



Rivista fondata da Giulio A. Maccacaro

EPIDEMIOLOGIA & PREVENZIONE

i
EDIZIONI **inferenze**

via Frangipani 4, 20148 Milano
segreteria@inferenze.it

Direttore scientifico
Benedetto Terracini
Direttore responsabile
Luca Carra

Redazione
via Giusti 4, 21053 Castellanza
epiprev@inferenze.it

Segreteria di redazione
e-mail: epiprev@inferenze.it

Impaginazione
Laboratorio srl

Comitato di direzione
Franco Berrino, Annibale Biggeri, Franco Carnevale, Cesare Cislighi, Nerina Dirindin, Francesco Forastiere, Giuseppe Gorini, Enzo Merler, Franco Merletti, Eugenio Paci, Salvatore Panico, Stefania Salmaso, Nereo Segnan.

Consiglio di redazione
Gianni Barro, Francesco Bellù, Pier Mario Biava, Luigi Bisanti, Stefano Bonassi, Mario Braga, Eva Buiatti, Claudio Cavazza, Alessandro Colombo, Pietro Comba, Giuseppe Costa, Paolo Crosignani, Adriano De Carli, Fiorella De Rosis, Giorgio Duca, Graziella Filippini, Giuseppe Gallus, Gemma Gatta, Valerio Gennaro, Donato Greco, Roberto Landolfi, Ugo Lucca, Maurizio Macaluso, Luigi Mara, Marco Marchi, Alberto Martinelli, Bruno Medici, Andrea Micheli, Maurizio Mori, Gianni Moriani, Pierluigi Morosini, Carlo Perucci, Alberto Piazza, Silvano Piffer, Agostino Pirella, Riccardo Puntoni, Stefania Rodella, Bruno Saia, Rodolfo Saracci, Roberto Satolli, Lorenzo Simonato, Giorgio Stanta, Paolo Strigini, Lorenzo Tomatis, Anna Valente, Umberto Veronesi, Gianni Vicario, Paolo Vineis, (soci cooperativa Epidemiologia & Prevenzione), Renaldo Battista, Paolo Boffetta, Paolo Bruzzi, Neil Caporaso, Egidio Celentano, Alessandro Liberati, Paolo Pasquini, Rossella Seniors, Francesco Taroni.

Modalità di abbonamento
Pagamento con carta di credito (American Express, Carta Sì, VISA, Eurocard, Master Card) comunicando il proprio nome, numero della carta di credito e data di scadenza per tel. 02-48702283, per fax 02-48706089 o via e-mail: abbonamenti@inferenze.it
Versamento su conto corrente postale n. 55195440 intestato a Inferenze scrl, via Frangipani n. 4, 20148 Milano (segnalare la causale del versamento).
Accredito tramite c/c bancario presso: UNIPOL BANCA Piazza Buonarroti n. 25, 20149 Milano, CC 0110003681, ABI 030127 CAB 01600 intestato all'impresa editoriale Inferenze scrl Via Frangipani n. 4, 20148 Milano.

Si ringrazia l'Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori di Milano.

© Cooperativa Epidemiologia & Prevenzione, via Venezian 1, Milano.

Anno 28 (3) 2004

Epidemiologia & Prevenzione
è indicizzata su Medline

Publicazione bimestrale Registrazione del Tribunale di Milano n. 239/1977 Spedizione in AP - 45% - art. 2 comma 20b legge 662/96 - Milano.

Iscrizione al Registro degli Operatori di Comunicazione (ROC) n. 4841.

Una copia: 13,50 euro.

Abbonamento annuo 2003: 70,00 euro (100,00 euro per le istituzioni). Privati estero: 85,00 euro. Istituzioni estero: 115,00 euro.

Arretrati 20,00 euro (+ spese postali)

Gestione abbonamenti: ufficio abbonamenti tel. 02-48702283, fax 02-48706089.

I dati necessari per l'invio della rivista sono trattati elettronicamente e utilizzati dall'editore Inferenze scrl per la spedizione della presente pubblicazione e di altro materiale scientifico. Ai sensi dell'art. 13 Legge 675/96 è possibile in qualsiasi momento e gratuitamente consultare, modificare e cancellare i dati, o semplicemente opporsi al loro utilizzo scrivendo a: Inferenze scrl, responsabili dati, via Frangipani 4, 20148 Milano.

IVA assolta dall'editore ai sensi dell'art. 74 lettera C del DPR 26/10/1972 n.633 e successive modificazioni e integrazioni nonché ai sensi del DM 29/12/1989. Non si rilasciano quindi fatture (art. 1 c. 5 DM 29/12/1989).

Testata associata

A.N.E.S.
ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA

Stampa

Arti grafiche Passoni srl - Milano



DISEGUAGLIANZE DI SALUTE IN ITALIA

Diseguaglianze di salute in Italia

Inequalities in health in Italy

A cura di:

Giuseppe Costa,¹ Teresa Spadea,² Mario Cardano³

Autori:

**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*

La presente monografia è stata realizzata nell'ambito del progetto di ricerca di rilevanza nazionale dal titolo «Un sistema informativo, un libro bianco, un modello di monitoraggio per implementare gli obiettivi di equità nella salute e nell'assistenza in Italia» (Ministero della sanità, «Programmi Speciali» ex art. 12 D.Lgs 502/92, edizione 1999).

Si ringrazia Gina D'Apa per la preziosa collaborazione redazionale



INDICE
CONTENTS

v	Prefazione Foreword	(C.A. Perucci)
viii	Prefazione Foreword	(F. Rufo)
<hr/>		
1	Summary	
3	Introduzione Introduction	(G. Costa, T. Spadea)
15	PARTE I I determinanti delle diseguaglianze di salute in Italia Determinants of health inequalities in Italy	
17	1. I determinanti sociali Social determinants	(G. Costa)
19	1.1 Il gradiente sociale The social gradient	(T. Spadea, E. Cois, F. Vannoni)
26	1.2 I primi anni di vita Early life	(T. Spadea, E. Cois)
32	1.3 L'emarginazione sociale Social exclusion	(F. Vannoni, E. Cois)
40	1.4 Il lavoro Work	(C. Marinacci, E. Cois)
51	1.5 La disoccupazione Unemployment	(A. Caiazzo, E. Cois, F. Vannoni)
57	1.6 Il supporto sociale Social support	(A. Caiazzo, E. Cois)
64	1.7 Gli stili di vita Lifestyles	(F. Vannoni)
76	1.8 Il contesto The context	(C. Marinacci)
82	1.9 Le politiche di contrasto Policies	(A. Caiazzo)
95	2. I determinanti sanitari Health care determinants	(T. Spadea)
97	2.1 La prevenzione primaria e la diagnosi precoce Primary prevention and early diagnosis	(T. Spadea)
103	2.2 I percorsi di cura Health care pathways	(T. Spadea, L. Venturini)
110	2.3 Il ruolo del sistema sanitario e le nuove politiche dell'offerta The role of the health care system	(G. Costa, T. Spadea, A. Caiazzo)



INDICE
CONTENTS

115	PARTE II	
	Fonti informative, classificazioni e misure per il monitoraggio delle diseguaglianze sociali nella salute in Italia	
	Sources of information, classification and measures for monitoring social inequalities in health in Italy	
117	1. Introduzione	<i>(M. Cardano)</i>
	Introduction	
119	2. Le fonti informative e le strategie di studio	<i>(G. Costa)</i>
	Sources of information and study models	
119	2.1 Una classificazione	
	A classification	
120	2.2 Modelli di studio basati sul <i>record-linkage</i>	
	Record-linkage based models	
121	2.3 Validità dei modelli	
	Model validity	
124	3. La rilevazione della posizione sociale	<i>(M. Cardano, C. Marinacci)</i>
	Measuring social position	
124	3.1 Modelli di rappresentazione della posizione sociale: classi e strati sociali	
	Models of social position: social classes and strata	
125	3.2 Classe sociale e salute	
	Social class and health	
127	3.3 Istruzione, reddito e salute	
	Education, income and health	
129	3.4 La lettura della relazione tra posizione sociale e salute	
	Interpreting the relation between social position and health	
131	3.5 Raccomandazioni per la rilevazione della posizione sociale	
	Recommendations on measuring social position	
138	3.6 Raccomandazioni per la costruzione di indicatori aggregati	
	Recommendations on the development of composite indicators	
143	4. L'analisi e la valutazione delle diseguaglianze di salute	<i>(T. Spadea)</i>
	Analysis and evaluation of health inequalities	
143	4.1 Indicatori dello stato di salute	
	Health status indicators	
149	4.2 Classificazione delle misure di diseguaglianza	
	Classification of inequality measures	
150	4.3 Indici sintetici e loro applicazione	
	Summary indices and their application	



INDICE CONTENTS

152	5. Conclusioni Conclusions	<i>(G. Costa)</i>
-----	--------------------------------------	-------------------

153	APPENDICE: le fonti dell'informazione socioeconomica ANNEX: Sources of socioeconomic information	
-----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

(T. Spadea, C. Marinacci, F. Vannoni)

155	Il programma ReSò The ReSò Program
155	Le schede di morte Mortality Registry
156	Le schede di dimissione ospedaliera Hospital Discharge Information System
157	Il censimento Census data
159	Le indagini multiscopo ISTAT ISTAT health interview surveys
159	Le rilevazioni INPS INPS Information System
160	L'Anagrafe tributaria Tax Registry

Nota: la stesura del capitolo 3 si deve a Mario Cardano per i paragrafi 3.1, 3.2, 3.3, 3.4 e 3.5 e a Chiara Marinacci per la sezione «Raccomandazioni per la rilevazione del reddito» all'interno del paragrafo 3.5 e per il paragrafo 3.6.

PREFAZIONE

FOREWORD

Che, nel suo insieme, la salute della popolazione stia migliorando sembra essere convinzione diffusa nella popolazione, e di certo i mezzi di informazione tendono ad accreditare questo senso comune. Che questo cambiamento medio sia (molto) eterogeneamente distribuito nella popolazione è fatto assai meno noto. Quando faticosamente emergono occasionali notizie sulla crescente disuguaglianza di salute in rapporto alle caratteristiche socioeconomiche degli individui e della popolazione, queste vengono dai più accolte con un misto di fastidio e di indifferenza. Troppo ovvio, quanto molto misconosciuto, il fatto che i ricchi, forti, colti e potenti godano di condizioni di salute migliori dei poveri, deboli, ignoranti ed emarginati.

Tra gli stessi addetti ai lavori di sanità pubblica gli esercizi di misura dell'associazione (quanto causale?) tra condizioni socioeconomiche e salute, sono stati per molto tempo considerati utili soprattutto per valutare e controllare le associazioni, queste si considerate rilevanti e pertinenti, tra salute e altri determinanti biologici, ambientali od occupazionali. Troppo raramente qualcuno si accorge di quanto spesso le condizioni socioeconomiche degli individui, delle popolazioni e del loro contesto ambientale, anziché essere confondenti di interessantissime associazioni eziologiche, ne possano invece essere (potenti) modificatori di effetto.

A parziale giustificazione sta la relativa indisponibilità di informazioni valide e riproducibili per la misura delle condizioni socioeconomiche e la conseguente ridotta sensibilità e validità nell'individuazione di fenomeni di modificazione di effetto per livello socioeconomico, in presenza di forti misclassificazioni dell'esposizione.

Non nascondiamoci che lo studio delle condizioni socioeconomiche come cause di danni alla salute viene considerato da molti ricercatori questione di livello scientifico inferiore rispetto a quelle poste da determinanti biologici, chimici, fisici e, gran moda dei tempi, genetici, genomici o post-genomici.

Quanto più fascinoso, per rigorosi epidemiologi moderni, lo studio degli effetti di caratteristiche genetiche, virus rari, impalpabili microinquinanti ambientali, quand'anche di piccoli rischi relativi, esigue frazioni di popolazione esposta, modesti rischi attribuibili, incerta possibilità di intervento. Anche perché articoli scientifici su cause biologiche, chimiche e fisiche, sono oggetto di pubblicazione con impact factor assai più interessanti di quelli delle poche riviste internazionali disponibili a pubblicare i risultati di studi su determinanti socio economici. Assai bizzarro, ma obiettivamente verificabile, come nel caso delle infezioni HIV, che eziologia virale, patogenesi, diagnosi, cura, anche prevenzione, siano considerati argomenti di grande interesse scientifico e di sanità pubblica, mentre il rapporto di causazione tra livello di reddito, stato socioeconomico e mor-

talità per AIDS, la sua patogenesi, l'efficacia di possibili interventi di prevenzione, anche solo di mitigazione, di riduzione del danno, siano ritenute meritevoli più di fumose discussioni socio-politiche, piuttosto che di rigorosi studi scientifici.

E anche quando rigorosi studi scientifici siano disponibili essi vengano perlopiù ignorati.

Tema, quello delle disuguaglianze socioeconomiche di salute, di confine con discipline, domini ed epistemologie ritenute (invero talora con qualche buona ragione) di scarso rigore scientifico.

Tanto affascinante, poi, quanto foriero di complicazioni ed effetti collaterali, il contatto tra la ricerca epidemiologica sulle disuguaglianze socioeconomiche di salute e il mondo della politica e della partecipazione sociale.

In tempi grami per il finanziamento della ricerca epidemiologica e quando le scarse risorse disponibili sono oggetto di un soffocante controllo politico (oltre all'usuale rituale, non solo italiano, delle clientele accademiche), molti epidemiologi diventano giocoforza embedded con qualche istituzione di governo, poco importa di quale orientamento politico. E comunque al «manovratore» le informazioni su disuguaglianze nella salute sembrano dare parecchio fastidio. Probabilmente un libro bianco sulle disuguaglianze socioeconomiche di salute in Italia sarebbe già stato pubblicato qualche anno fa, quando c'era un ministro alla sanità certamente molto sensibile ai temi dell'equità, se non fosse prevalso il timore che la pubblicazione dei dati sulle disuguaglianze diventasse uno strumento nelle mani dei «nemici» del Servizio sanitario nazionale. Meglio affermare comunque il dogma che l'SSN è, comunque, equo per definizione, piuttosto che sottoporre le ipotesi di disuguaglianze a rigorosa valutazione empirica.

Le prove scientifiche disponibili confermano che le più forti cause di disuguaglianze di salute sono esterne al sistema sanitario. Fatto non sorprendente, dato che non più del 20% degli attuali livelli di salute è attribuibile agli intereventi di diagnosi, cura e riabilitazione, quindi ai sistemi sanitari.

Nella società le disuguaglianze sociali ed economiche continuano ad aumentare. A livello «macro», tra paesi, tra Nord e Sud del mondo, tra paesi cosiddetti sviluppati e paesi eufemisticamente chiamati in via (quale?) di sviluppo; a livello «meso», all'interno dei singoli paesi e regioni, a livello «micro» nelle comunità locali.

Anni di integralismo liberista, durante i quali l'enfasi sulle doti miracolose del libero mercato ha prevalso sull'attenzione ai meccanismi di regolazione del sistema economico, hanno avuto come obiettivo strategico, soprattutto nei paesi poveri, la crescita del reddito medio, indipendentemente dalla sua distribuzione. Molta enfasi sulla competizione come leva dell'efficienza dei sistemi economici e produttivi, certo giustificata dal fal-

limento e dal drammatico crollo di sistemi economici e politici che negavano, oltre alla libertà, mercato e concorrenza.

Se è vero tuttavia che l'effetto dei sistemi sanitari sulla salute della popolazione è relativamente piccolo rispetto a quello dei sistemi di produzione e di altre caratteristiche della società, i sistemi sanitari sono percepiti dalla popolazione come l'attore più importante a tutela della salute.

Inoltre la ragione stessa di esistenza dei servizi sanitari nazionali sta proprio nella loro asserita capacità di redistribuire, attraverso interventi di diagnosi, cura e riabilitazione, quella salute che è nella popolazione iniquamente distribuita per effetto della diseguale distribuzione dei fattori socioeconomici. A fronte della grande difficoltà che incontrano le politiche fiscali, del lavoro e dell'istruzione nella redistribuzione dei redditi, delle capacità e delle opportunità per i cittadini, i sistemi di welfare nel loro complesso, e quelli sanitari in particolare, paiono offrire efficaci leve redistributive.

Per raggiungere tuttavia gli obiettivi di redistribuzione di una salute danneggiata in modo diseguale dall'organizzazione del lavoro e della società, i sistemi sanitari dovrebbero essere esplicitamente diseguali, nel senso di offrire maggiori servizi agli individui e alle popolazioni maggiormente danneggiate dalle condizioni sociali ed economiche di vita e di lavoro. Per essere equo quindi un sistema sanitario dovrebbe essere fortemente diseguale, favorendo i gruppi di popolazione più deboli.

Se però i servizi sanitari diventano uno dei tanti sistemi di servizi alla persona regolati solamente dalla mano invisibile del mercato, se i cittadini portatori di diritti di salute e di diseguali bisogni diventano «clienti» portatori di domanda di prestazioni da soddisfare (e misurare), allora i sistemi sanitari possono diventare moltiplicatori di diseguaglianze.

Nei fatti emergono prove di crescenti diseguaglianze di salute attribuibili al Servizio sanitario italiano. Iniquità nelle conoscenze per la prevenzione, nell'offerta di servizi e nella loro accessibilità, fino alle diseguaglianze nella qualità delle cure e nella loro efficacia.

In anni recenti, per esempio, il nostro SSN è stato ed è tuttora in molte regioni, teatro di un devastante esperimento naturale di determinazione esplicita di diseguaglianze socioeconomiche di accesso e qualità delle cure. Per obiettivi, legittimi, di efficienza del sistema, soprattutto di fidelizzazione del personale medico, di riduzione di conflitti di interessi e della concorrenza sleale, come contropartita all'affermazione di un teorico vincolo giuridico di esclusività del rapporto di lavoro, la cosiddetta attività libero professionale intramurale è diventata in molte regioni, per difetto di regolazione, una dichiarazione esplicita di doppio canale di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche: presto e di alta qualità a pagamento, liste di attesa infinite e spesso di minore qualità per il canale ordinario.

Inoltre la scadente regolazione dei sistemi di remunerazione delle prestazioni, ha determinato in molte regioni spinte perverse di eccesso di offerta di prestazioni inefficaci e inappropriate consumate soprattutto dai gruppi sociali più deboli. Con il para-

dosso che a queste prestazioni inutili e in qualche caso dannose, si accompagna un elevato livello di soddisfazione percepita. Al danno si aggiunge la beffa quando le persone economicamente, socialmente e/o culturalmente più svantaggiate oltre ad avere minore accesso e minore qualità per gli interventi efficaci e appropriati, hanno maggiori consumi di inappropriata e inefficacia.

Sullo sfondo delle diseguaglianze di salute attribuibili all'SSN, è rilevabile, da un lato, un'estrema debolezza della funzione pubblica di tutela della salute e di committenza di servizi, e dall'altro la presenza di aziende, pubbliche e private, di produzione di servizi sanitari in qualche caso inefficienti e parassitarie. In generale, i più hanno sempre dato per scontato l'impossibilità di massimizzare contemporaneamente efficienza ed equità nella società. Di certo abbiamo assistito al progressivo allargamento del divario di risorse sociali ed economiche tra i gruppi e gli individui favoriti, e quelli più svantaggiati.

Ammesso, anche se si tratta di una teoria contestata da molti economisti, che al crescere dell'efficienza di un sistema debba necessariamente corrispondere una riduzione di equità, e che, di converso, politiche mirate all'equità producano riduzione di efficienza, ci si deve domandare quali siano i costi e i benefici di diversi possibili livelli di trade-off tra efficienza ed equità. E come si distribuiscono questi costi e benefici anche, o soprattutto, in termini di salute.

Quale prezzo in salute la popolazione deve pagare per «unità» di efficienza guadagnata? Chi deve pagarlo e come deve essere distribuito nella popolazione il carico di danni alla salute associato all'aumento dei livelli di produttività?

Se, come sostiene Amartya Sen, la democrazia è soprattutto «discussione pubblica» è necessario che le decisioni sul (necessario?) trade-off tra danni alla salute «causati» dall'aumento di diseguaglianze socioeconomiche e vantaggi (anche per la salute) determinati da aumenti di efficienza del sistema economico produttivo, siano esplicitamente oggetto di conoscenza e valutazione da parte delle istituzioni, delle rappresentanze sociali e dei cittadini. La speranza di realizzare una società «decente», che non umili i cittadini, è anche condizionata dalla possibilità di trovare, di volta in volta, per ciascun tempo e ciascuna comunità, un «decente» equilibrio tra gli obiettivi di equità e quelli di efficienza.

Perché questo esercizio complesso e delicato di democrazia avvenga è necessario che prove scientifiche sull'associazione (causale) tra diseguaglianze socioeconomiche e salute non solo siano oggetto di rigorosa valutazione empirica, ma anche siano rese accessibili, comunicate e discusse.

Ciò vale sia per i risultati di studi che valutano esposizioni molto sintetiche e «grezze», sia di studi che mirano a entrare nei meccanismi eziopatogenetici, a esplorare, per esempio, il black box dell'associazione tra reddito, sua distribuzione e salute. Avendo presente che in questo campo sarà sempre difficile generalizzare relazioni causa-effetto tra caratteristiche socioeconomiche ed esiti di salute. La questione centrale, per esempio, non è di falsifi-

care un'ipotesi generale di relazione causale tra reddito, distribuzione del reddito e salute, tenendo conto del confondimento causato da altri fattori quali per esempio istruzione, livello di servizi, organizzazione e coesione sociale, tempo, struttura della rappresentanza politica, occupazione, livello gerarchico nella società. Semmai obiettivo principale è «scovare» le modificazioni di effetto, individuare le relazioni tra tutti questi determinanti e i loro esiti sulla salute in tempi, luoghi e popolazioni diverse. Nel campo della ricerca epidemiologica sulle diseguaglianze di salute l'illusione di identificare teorie eziologiche generali e omogenee deve lasciare il passo alla ricerca dell'eterogeneità dei processi e delle relazioni causali in società diverse, soprattutto per identificare interventi efficaci, possibili e specifici.

In questo campo si misurano diverse teorie, sviluppate sulla base delle conoscenze disponibili, che mirano a spiegare le associazioni osservate e i loro meccanismi di determinazione. Teorie talora complementari, altre volte decisamente in conflitto. A spiegazioni alternative si accompagnano quasi sempre proposte di intervento diverse, addirittura contrastanti.

Ma, soprattutto in questo campo, la valutazione delle prove scientifiche disponibili, il confronto tra diverse teorie e interpretazioni, la definizione di proposte e di programmi di intervento, non possono essere funzione riservata al dominio della ricerca scientifica, quando anche illuminata e onesta. Tanti sono gli attori, i soggetti sociali, i poteri, gli interessi legittimi che si misurano e si confrontano, quindi i sistemi di valori in gioco. E la ricerca epidemiologica sulle diseguaglianze di salute, con le sue eterogeneità di risultati, di metodi, di interpretazioni, non può che essere parte di questa discussione pubblica, portando il peso del proprio rigore metodologico, ma anche dei propri limiti e distorsioni, della propria implicita soggettività scientifica. Guai se la discussione sulle diseguaglianze di salute, sulle sue cause e sui

modi per affrontarle diventasse esclusivo terreno di discussione accademica, con presunzione di neutralità. Attenzione alle tentazioni schizzinose, ma molto rassicuranti, di rifiutare il confronto con altri saperi, non solo quelli delle altre discipline scientifiche empiriche, ma di altre epistemologie, soprattutto con la politica e la rappresentanza sociale, a livello locale e globale. Mai come in questo caso occorre coniugare rigore scientifico, capacità di comunicazione, disponibilità all'ascolto, partecipazione a una discussione pubblica che realizza l'essenza della democrazia. In Italia l'epidemiologia, la sanità pubblica, soprattutto attraverso la loro presenza nell'SSN in ciascuna comunità, hanno il dovere e il mandato istituzionale di valutare i determinanti economici e sociali delle diseguaglianze di salute, di esplorarne i processi e i nessi causali, di proporre possibili interventi, di valutarne efficacia e impatto. Certamente per quelle inaccettabili diseguaglianze di salute che nascono nel servizio sanitario nazionale e ne costituiscono la più grave minaccia di credibilità, legittimazione e mandato sociale. Ma anche, o soprattutto, per le diseguaglianze di salute che nascono, e oggi si ampliano nella società, legate alle caratteristiche dei rapporti di produzione, vita e lavoro; qui stanno i più grandi potenziali di guadagno di salute e rispetto a questi l'epidemiologia deve esercitare un forte ruolo di advocacy con tutto il rigore scientifico possibile, ma senza tema di disturbare i vari manovratori, fungendo anzi da stimolo rispetto a troppe reticenze e sottovalutazioni, anche, qualche volta, rinunciando ai privilegi di viaggiare embedded con il convoglio dei vincitori.

Carlo A. Perucci
Dipartimento di epidemiologia
ASL RM E, Roma

PREFAZIONE

FOREWORD

L'accresciuto interesse per i temi della salute, così come la realizzazione di politiche sanitarie adeguate, è sempre più affidato alla capacità delle persone e della collettività di recepire e comprendere che parlare di salute, significa, in primo luogo, creare le giuste condizioni affinché ogni individuo possa ottenere una qualità di vita pienamente riconosciuta ed eticamente responsabile.

Nella Ricchezza delle nazioni, Adam Smith scrive «nessuna società in cui la maggioranza dei membri sia povera e infelice potrà essere fiorente e felice. È solo equo, inoltre, che coloro che sfamano, vestono e forniscono alloggio all'intero corpo della popolazione fruiscono di una parte dei prodotti del loro lavoro, in maniera che essi possano essere adeguatamente nutriti, vestiti e alloggiati».

Queste considerazioni sono, in un certo senso, precorritrici di molte delle novità che sono emerse negli ultimi decenni nel campo delle politiche sanitarie. La presentazione del Rapporto sulle Diseguaglianze di salute in Italia conferma questa impostazione facendo proprie molte delle idee che stanno alla base degli studi più avanzati sul rapporto fra salute e società e nei quali è possibile rintracciare tre elementi caratterizzanti:

- la perdita di salute non dipende solo da fattori biologici, fisici, chimici, ma anche da cause sociali;
- la collocazione sociale influenza la condizione del malato determinando non solo la frequenza, ma anche il decorso e l'esito della malattia;
- è ampiamente dimostrata la validità di un modello di welfare state che integri un sistema di sicurezza sociale e un servizio sanitario nazionale pubblici.

Il Rapporto rappresenta anche una riflessione più generale sul welfare state italiano, in quanto fornisce indicazioni per ripensare questo modello oggi fortemente messo in discussione. L'incertezza dei possibili esiti della crisi sistemica, che a partire dai primi anni novanta ha destrutturato consolidate identità politiche e culturali, ha dato l'avvio a una nuova fase del processo di modernizzazione della società italiana e ha comportato la trasformazione profonda e spesso repentina delle strutture sociali ed economiche. Queste dinamiche di scomposizione e ricomposizione della società italiana sono accentuate dalla pressione di profonde trasformazioni internazionali (globalizzazione, integrazione europea), e comportano la necessità di arrivare alla definizione di categorie analitiche rinnovate sia dal punto di vista descrittivo sia dal punto di vista della loro capacità di misurazione dei fenomeni. Il welfare si trova ad assolvere un ruolo sostitutivo di uno sviluppo economico e istituzionale che non c'è e ad ammortizzare e filtrare le tensioni che ci sono e tendono ad aumentare.

In modo particolare le politiche sanitarie sembrano essere lo specchio fedele di questa crisi, nella quale si evidenzia la ripro-

posizione di fratture storiche che in modo puntuale il Rapporto registra:

«Il gradiente geografico Nord-Sud, al netto di tutti gli effetti compositivi e contestuali considerati, permane nella percezione di cattiva salute e nella morbosità cronica. Una successiva raccolta di indicatori regionali e macro-regionali di diseguaglianze, welfare, risorse economiche e di potere ha permesso di speculare sulle circostanze che influenzano la concentrazione di persone più svantaggiate nel Sud Italia e sulle caratteristiche contestuali che sono in grado di aggravare o attenuare le diseguaglianze sociali individuali nella salute. I risultati, che confermano lo svantaggio delle regioni meridionali in termini di condizioni sociali, economiche e culturali, forniscono anche alcuni indizi sul potenziale impatto delle diseguaglianze di reddito, della qualità dell'assistenza sanitaria e della coesione sociale, come elementi del contesto in grado di modificare il gradiente sociale di salute».

A queste storiche diseguaglianze si sommano questioni nuove e in rapida espansione, basti pensare alla massiccia immigrazione, al progressivo invecchiamento della popolazione e alle nuove tecnologie biomediche.

Tematiche queste che introducono elementi dirompenti nella politiche sanitarie, sia in termini di cultura delle prestazioni sia nelle modalità relative alla fornitura dei servizi.

Il Rapporto è incardinato sul concetto di «equità», una scelta di particolare significato, perché si fonda sull'idea che per costruire un miglioramento complessivo della qualità di vita non sia sufficiente stabilire una cura per ogni malattia e fare in modo che questa sia accessibile a tutti. Bisogna dunque trovare una nuova dimensione della salute che non sia determinata solo da fattori di natura biologica. Per questo vengono ampiamente citati aspetti come l'emarginazione, gli stili di vita, la condizione lavorativa come alcuni dei fattori che maggiormente concorrono a definire uno specifico stato di salute, «la violazione della norma di reciprocità, la percezione di uno squilibrio tra sforzi e ricompense produce un deterioramento del sistema di autoregolazione neurobiologica, processo responsabile di uno stato di tensione e dell'insorgere di problemi di salute».

Per eliminare o almeno cercare di limitare le diseguaglianze in salute, utilizzare un criterio come l'equità vuol dire costruire un sistema di prevenzione capace di rimuovere le cause che, prescindendo dalla volontà del singolo, gli impediscono di raggiungere il livello di vita desiderato. In questo senso è di particolare importanza l'attenzione che è posta sul nesso istruzione/salute. I dati presentati mostrano come i differenziali sociali non diminuiscano, non si annullino, anzi aumentino, se dall'analisi dello stato di salute dichiarato si passa a quella dell'incidenza delle malattie. Dati emblematici

tici sono quelli riferiti alle abitudini alimentari insalubri, al rischio di abortività, allo stato di salute generale, nei quali la correlazione tra istruzione e salute è fortissima, confermando in tal modo i risultati che emergono anche da altre ricerche internazionali.

Dal Rapporto emerge che discutere di diseguaglianze di salute non vuol dire occuparsi esclusivamente della quantità delle risorse necessarie. La stessa Organizzazione mondiale della sanità ha avvertito l'esigenza di ripensare il suo obiettivo «salute per tutti», nato nel 1978, che vedeva nell'allargamento dell'assistenza di base uno dei mezzi prioritari per il successo della strategia. Destinare risorse e fornire assistenza e cure sanitarie uguali per tutti può escludere dal diritto alla salute le persone più emarginate e maggiormente esposte ai rischi perché, spesso, non si è in grado di far fronte alle loro concrete esigenze, ai loro differenti bisogni, alle necessità diseguali; in questo senso, prestare attenzione al tema dell'emarginazione sociale è fondamentale e carico di implicazioni teoriche e pratiche.

Attuare questo cambio di prospettiva significa, in primo luogo, discutere dei diversi fattori che contribuiscono a rendere l'individuo e il suo gruppo di appartenenza meno vulnerabili di fronte alle malattie. Politiche sanitarie fondate sul miglioramento dell'informazione e sulle correzioni comportamentali, presentano due vantaggi: il primo è la possibilità di prevenire future sofferenze; il secondo è la possibilità di ridurre la forbice tra chi rimane escluso dalle cure e chi è in grado di usufruirne.

Una volta accettato che il rapporto tra stato di salute e posi-

zione sociale è un elemento prioritario, emerge la difficoltà, evidenziata nella seconda parte del Rapporto, di riuscire a individuare il nesso di causalità tra queste due dimensioni. Tale difficoltà è riconducibile alla complessità quantitativa e qualitativa dei fattori che sono costitutivi del nesso e alla necessità di tradurli in un quadro descrittivo soddisfacente; il Rapporto cerca in questo senso di considerare come prioritario il contesto «culturale e sociale»: incentivare l'istruzione, aumentare l'efficacia di penetrazione dei servizi sanitari, promuovere l'informazione e la consapevolezza delle proprie scelte di vita sono direzioni che, se intraprese, possono garantire realmente il diritto alla salute.

In ultima analisi il quadro delineato dal Rapporto sulle Diseguaglianze di salute in Italia riafferma l'idea che le politiche sanitarie debbano considerare sempre di più come necessario il riconoscimento a usufruire di una libera circolazione di idee, informazioni, e di un'adeguata sicurezza sociale-economica-culturale. Il nucleo del ragionamento delle due parti del documento impone, giustamente, il ripensamento e la ricerca di una filosofia sociale affrontando la quale non ci si allontani dai problemi centrali della società, ma al contrario si avanzi verso il nucleo centrale di questi: la capacità d'interrogarsi sull'agire reale degli uomini nella società.

Fabrizio Rufo

Dipartimento di biologia animale e dell'uomo

Facoltà di Scienze M.F.N.

Università «La Sapienza», Roma

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

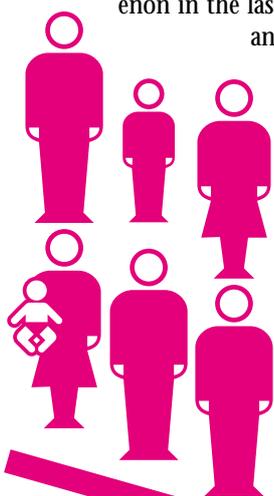
and interventions in both the social (chapter 1.9, Section I) and the health sector (chapter 2.3, Section I), which are potentially useful to reduce health inequalities. It is intended for anyone who is in a position to contribute to decision-making that will benefit the health of communities. For this 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.

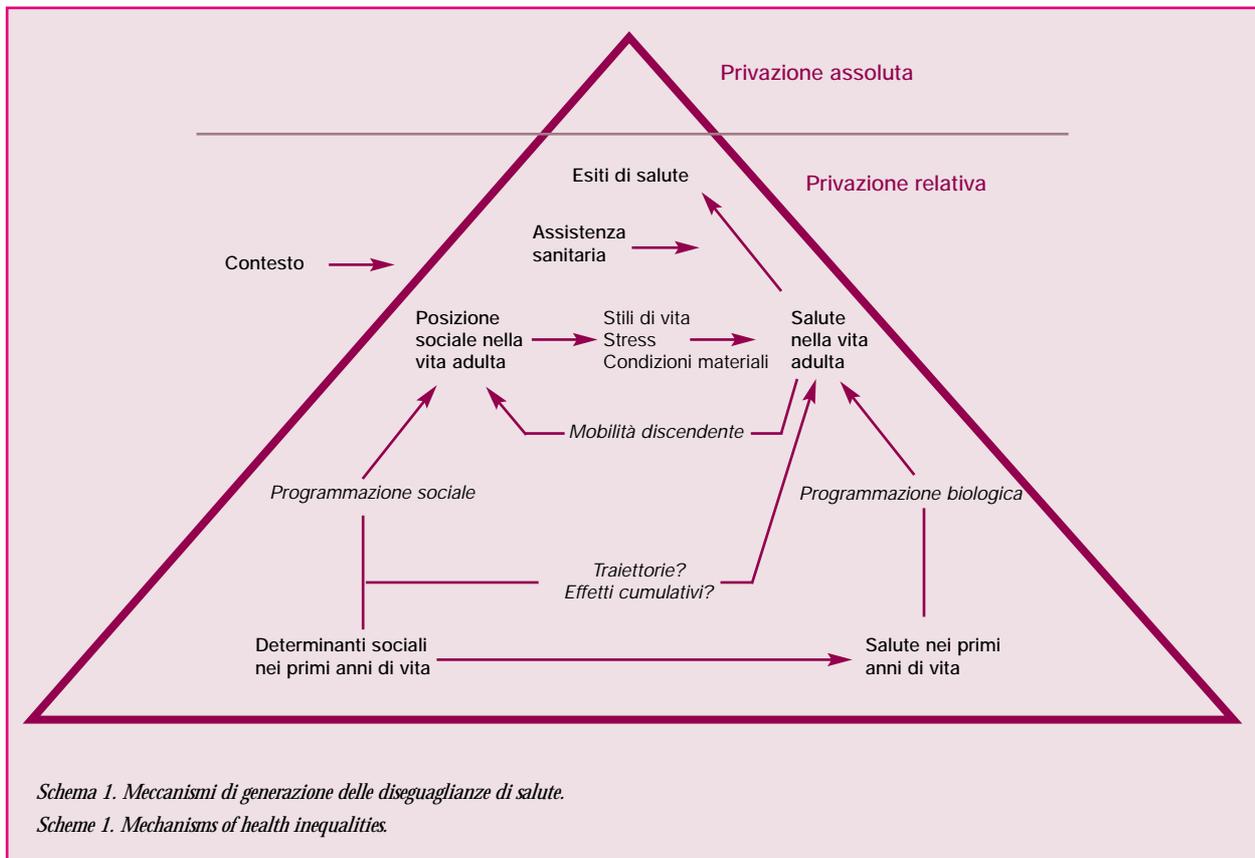
Dunque i dati sono sufficienti per mettere la questione in agenda, ma non sono ancora sufficientemente analitici per assistere la programmazione, soprattutto a livello regionale. Per ovviare a queste lacune informative il rapporto ha elaborato una serie di raccomandazioni (vedi Parte II) su come sia 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

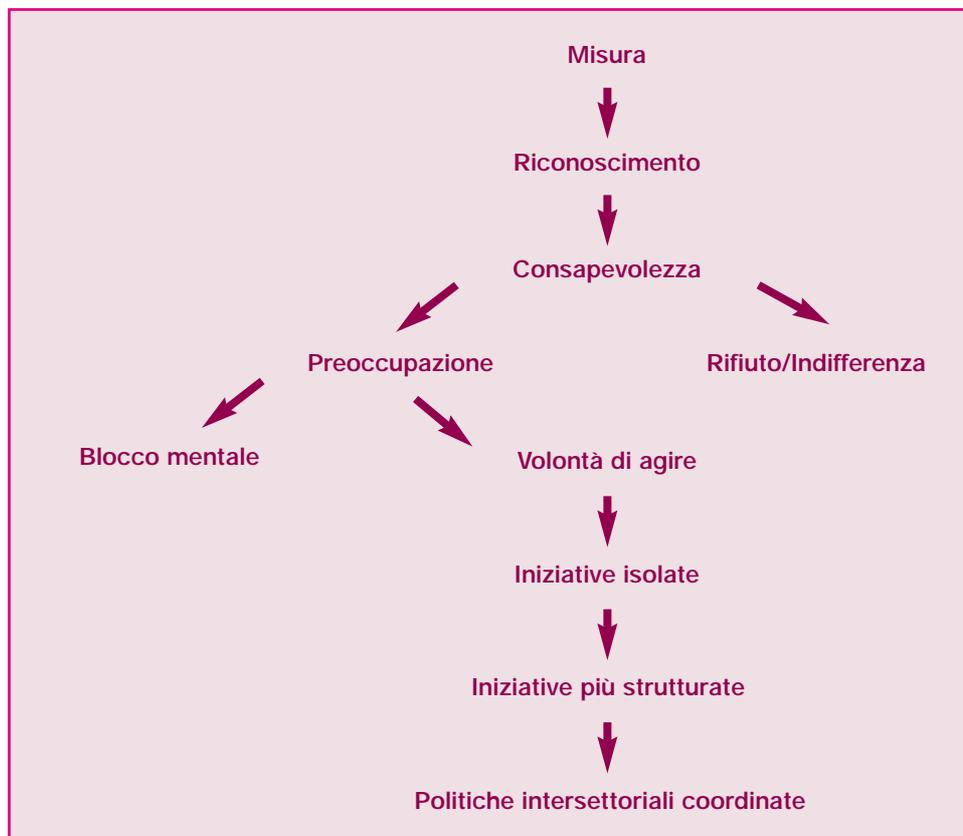
In alcuni paesi europei l'attenzione alle disuguaglianze nella salute e alle loro spiegazioni ha fatto nascere iniziative per contrastarle e una discussione sulla loro efficacia e utilità. Margaret Whitehead ha proposto uno schema – riprodotto di seguito – che rappresenta il percorso attraverso cui le 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, Groenof 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, Groenof 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 Westwern 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 organisation*. 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 Vannoni²

¹ 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-



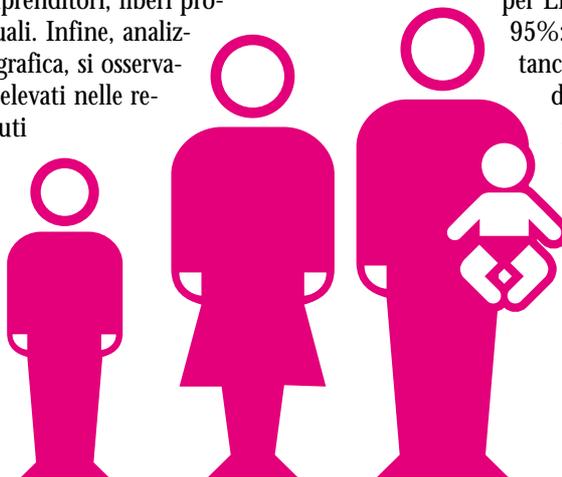
guaglianze negli stati di predisabilità fossero di intensità comparabile a quella negli stati di disabilit  nelle diverse fasce di et . Viceversa, pur con i limiti legati alla natura trasversale dell'indagine, questi dati suggeriscono la possibilit  che esista un ulteriore meccanismo, secondo il quale 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

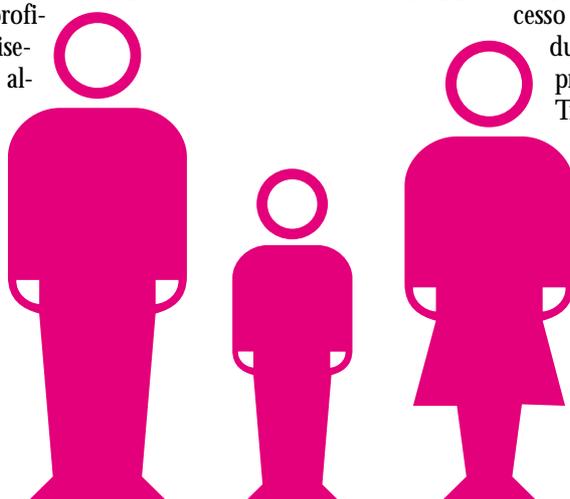
Dal punto di vista dell'andamento temporale, dalle ultime

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.

1.2 I primi anni di vita Early Life

Teresa Spadea,¹ Ester Cois²

¹ Servizio regionale di epidemiologia, ASL 5, Grugliasco (TO)

² Dipartimento di scienze sociali, Università di Torino

Messaggi chiave

■ La prospettiva del «corso di vita» offre un'interpretazione in chiave dinamica della relazione tra posizione sociale e squilibri di salute: il patrimonio di salute di un individuo sarebbe un prodotto dell'interazione tra fattori biologici e posizione sociale occupata lungo tutta la vita; si parla di «catene di rischio» biologiche e sociali, interdipendenti, attraverso le quali tutte le circostanze di possibile danno alla salute si associano trasversalmente e si cumulano nel corso degli anni.

■ La letteratura italiana documenta associazioni significative tra la bassa posizione sociale dei genitori e diversi esiti negativi di salute dei figli, a partire dalla nascita e dalla primissima infanzia: basso peso alla nascita, natimortalità, mortalità neonatale e infantile, patologie respiratorie nei bambini, obesità infantile.

■ Le malattie respiratorie e l'obesità – quale fattore di rischio per diverse patologie – rappresentano un buon paradigma per mostrare l'impatto sulla salute in età adulta di disturbi sofferti in età infantile, anche attraverso la mediazione di fattori socioeconomici.

■ Nonostante sia un tema ampiamente trattato nella letteratura internazionale, l'impatto diretto sulla salute adulta delle condizioni socioeconomiche vissute durante l'infanzia è stato poco studiato in Italia; risultati preliminari indicherebbero che lo stato socioeconomico nei primi anni di vita, dopo aver controllato per quello da adulti, rimane un forte fattore predittivo solo per alcune cause di morte più legate a una lunga storia di disagio (AIDS, *overdose* o tumore dello stomaco), mentre ha meno rilievo per le cause di morte più dipendenti dallo stile di vita dell'individuo (tumore del polmone).

Introduzione

Le disuguaglianze nella salute possono caratterizzare la storia di un individuo sin dalle fasi più precoci della vita. In base alla teoria della «programmazione biologica», già durante la gravidanza, a causa di scadenti condizioni di vita e di nutrizione della madre, nel bambino inizierebbero ad accumularsi ritardi di maturazione dei tessuti che potrebbero mostrare i loro effetti sia al momento della nascita sia in età adulta, con un aumento del rischio, rispettivamente, di natimortalità e mortalità infantile e di malattie respiratorie, cardiocircolatorie e metaboliche.¹

Alla programmazione biologica, si associa nei primi anni di vita la «programmazione sociale» della persona, secondo cui gli svantaggi sociali – e quindi il loro effetto sul capitale di salute di ciascun individuo – tenderebbero ad accumularsi a partire dall'infanzia e dall'adolescenza.^{2,3} È in questa fase di crescita, infatti, che si struttura la propria identità e si sviluppano le capacità di raccogliere e valorizzare le opportunità e le risorse educative e di lavoro e quelle di reagire alle difficoltà della vita senza conseguenze negative sulla salute. Ed è sempre da giovani che nascono e si consolidano comportamenti pericolosi per la salute e per la carriera sociale, come il fumo, la cattiva alimentazione o le dipendenze da alcol e da sostanze stupefacenti. In altri termini, è nelle condizioni di vita di questi anni che si concretizzano importanti mediato-

ri eziopatogenetici delle disuguaglianze sociali sulla salute in età adulta: i fattori materiali, che minacciano igiene e sicurezza, e i fattori psicosociali, capaci di condizionare la salute di per sé o attraverso un rinforzo della presenza di stili di vita dannosi. La posizione sociale di arrivo è già il risultato di questi processi, ma è anche il punto di partenza che genera risorse e opportunità per la persona e per la sua famiglia. È proprio in tale prospettiva diacronica che la salute infantile e i determinanti dei suoi differenziali acquistano una portata cruciale, sia in chiave specificamente individuale, perché lo stato di salute dei primi anni di vita costituisce, per ciascun bambino, la base del benessere psicofisico in età adulta, sia in chiave aggregata, perché se è vero che i bambini di oggi cresceranno per formare la prossima generazione di cittadini, genitori e lavoratori, è in essi che si iscrive buona parte del futuro della salute di ciascuna nazione.

La prospettiva del «corso di vita», secondo la quale la salute di un individuo è il risultato dell'interazione di processi biologici e sociali che si susseguono durante tutte le diverse fasi della vita, offre numerosi spunti di ricerca per l'individuazione delle caratteristiche bio-sociali che in un percorso esistenziale, unitariamente considerato, possono associarsi al mantenimento di una salute relativamente sana o, viceversa, alla prevalenza e all'esito di specifici danni fisiologici: dall'ambiente di crescita durante l'infanzia ai ri-

sultati scolastici e all'adozione di determinati comportamenti più o meno salubri; dalla prima occupazione alla posizione professionale, al livello di benessere economico e all'ambiente di vita in età adulta; dalla classe sociale da adulti al pensionamento e alla capacità di gestire il proprio invecchiamento. In generale, non sembra esistere uno specifico stadio della vita che abbia un maggiore impatto nel condizionare la salute: ha più senso parlare piuttosto di «catene di rischio» biologiche e sociali, interdipendenti, attraverso le quali si legano l'un l'altra – concentrandosi trasversalmente e cumulandosi longitudinalmente – tutte le circostanze di possibile danno alla salute, vissute in ciascun periodo della propria vita.⁴ Significative associazioni tra condizioni di deprivazione socioeconomica sperimentate nel corso della vita e salute, sia nell'infanzia che nella vita adulta, sono state rintracciate in tutti i paesi nei quali la ricerca epidemiologica si è direttamente focalizzata su queste tematiche, indipendentemente dalla metodologia utilizzata, dalla specifica offerta di cure sanitarie e dalle caratteristiche sociali, economiche e culturali delle aree indagate.^{3,5}

I tre paragrafi che seguono riassumono i risultati degli studi italiani che si sono occupati, rispettivamente, della relazione tra posizione sociale della famiglia e indicatori di salute nell'infanzia e nell'adolescenza; dell'impatto della salute infantile sulla salute adulta; e dell'impatto della deprivazione infantile sulla salute adulta.

Diseguaglianze socioeconomiche e salute nelle prime fasi di vita

La presenza, statisticamente significativa, di una relazione tra differenziali socioeconomici e disparità di salute, è stata documentata in rapporto allo stesso decorso ed esito della gravidanza, sin dai primi stadi di maturazione fetale. Un'analisi dell'andamento del fenomeno dell'abortività spontanea in Italia tra il 1980 e il 1993, condotta sulla base delle informazioni raccolte dall'ISTAT a livello nazionale, si è proposta di valutare l'influenza delle caratteristiche sociali sull'esito negativo della gravidanza, con particolare riferimento a tre distinti periodi di tempo: 1983, 1987 e 1991.⁶ Quanto è emerso è un aumento complessivo della frequenza di aborti spontanei nelle classi di età più giovani, per tutti i titoli di studio. Inoltre, a parità di età, il rischio di abortività nel 1991 aumenta al diminuire del titolo di studio: rispetto alle laureate, si osserva un OR = 1,20 (IC 95%: 1,15-1,24) per le donne con un diploma di scuola superiore, OR = 1,54 (IC 95%: 1,48-1,61) per quelle con il diploma di scuola media e OR = 1,42 (IC 95%: 1,36-1,49) per le donne con istruzione ancora inferiore. Tali eccessi di rischio sono probabilmente da ascrivere alla relazione tra condizione sociale e stili di vita pericolosi per la salute del feto, come il fumo, l'eccessivo consumo di alcol o un'alimentazione squilibrata (vedi capitolo 1.7, Parte I), o a un accesso differenziale all'assistenza (vedi capitolo 2.1, Parte I).

Un gradiente ben più evidente è stato rilevato per le condizioni di salute immediatamente successive alla nascita, nonché per i primissimi anni di vita del neonato. In particolare, diverse ricerche che hanno assunto quali indicatori dello stato di salute i tassi di mortalità infantile, perinatale e di natimortalità, hanno specificato in modo abbastanza netto l'influenza che sui relativi fattori di rischio esercitano le sperequazioni sociali. Se, infatti, è vero che in Italia, così come negli altri paesi occidentali, i tassi di mortalità hanno subito negli ultimi decenni una costante diminuzione, a seguito del miglioramento sia della qualità della vita in generale sia dell'assistenza durante tutto il percorso della nascita, tuttavia sono sempre esistite importanti differenze geografiche⁷ e sociali.⁸ Ancora oggi, nascere nel Sud Italia rappresenta uno svantaggio, visto che nel 1999 su mille nati vivi sono morti nel primo anno di vita 6,2 bambini meridionali, contro 3,9 al Nord e 4,6 al Centro.⁹ Inoltre si osserva come i figli di donne di basso livello culturale o socioeconomico continuano a correre un rischio di natimortalità e mortalità infantile più elevato di quello sperimentato dai figli di donne di livello superiore, anche a parità di importanti fattori biologici, quali l'età e la parità.^{10,11} Altrettanto correlato al livello socioeconomico risulta l'andamento del peso alla nascita,¹² anche in questo caso quale probabile conseguenza sia delle differenti possibilità di accesso alle strutture sanitarie, quanto di stili di vita più o meno sani.

Uno studio volto a descrivere l'impatto delle differenze sociali sugli esiti riproduttivi e sulla mortalità infantile in Piemonte lungo il quindicennio 1980-1995,¹³ ha offerto una sostanziale conferma ai risultati emersi in ricerche precedenti, secondo cui la bassa classe sociale era tra i più forti determinanti non clinici della mortalità infantile e perinatale, con valori superiori al 20% in termini di rischi attribuibili e tassi fino al 70% più alti tra le donne meno istruite.¹⁴ Nella ricerca piemontese i differenziali di rischio in funzione del livello d'istruzione materno sono stati calcolati per il basso peso alla nascita, per la natimortalità e per la mortalità neonatale, post-neonatale e infantile in quattro periodi di tempo: 1980-83, 1984-87, 1988-91, 1992-95. Anche controllando per i più importanti fattori clinici (età della madre, età gestazionale, parità, distanza tra i parti e gemellarità), i rischi di basso peso alla nascita dei figli delle madri con al più la licenza elementare rispetto ai figli di madri laureate sono apparsi significativi e leggermente crescenti nel tempo, da OR = 1,28 (IC 95%: 1,11-1,46), nel primo triennio analizzato, a OR = 1,62 (IC 95%: 1,38-1,89) nell'ultimo. Il tasso di mortalità post-neonatale (successiva al primo mese di vita) è risultato l'indicatore maggiormente associato al titolo di studio della madre, con rischi che appaiono aumentare lungo tutto il periodo osservato, da 1,81 (IC 95%: 1,32-2,49) a 2,24 (IC 95%: 1,36-3,70), a parità di peso alla nascita; leggermente inferiori ma sempre significativi sono anche i rischi di natimortalità. Viceversa, i rischi relativi alla

mortalità neonatale (nel primo mese di vita), l'indicatore più direttamente correlato all'assistenza al parto, si annullano dopo l'aggiustamento per il peso. Questi risultati suggeriscono la presenza di una sostanziale equità nell'offerta di assistenza ospedaliera a tutti i neonati, e danno ulteriore sostegno all'ipotesi secondo cui il motore primo delle disuguaglianze registrate alla nascita e nei primi mesi di vita sia da individuare nell'ambiente socioeconomico di vita delle donne e dei loro bambini durante il periodo della gravidanza.

Spostando il *focus* dell'analisi dagli indicatori di mortalità nella primissima infanzia all'incidenza della morbosità negli anni immediatamente successivi, numerosi studi hanno indagato l'associazione tra lo svantaggio socioeconomico e un'ampia gamma di patologie o fattori di rischio.

Un interessante contributo empirico è offerto, a tale proposito, da un'indagine condotta dal gruppo SIDRIA (Studio Italiano sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente) tra il 1994 e il 1995, su un campione stratificato di 18.737 bambini di età compresa tra i 6 e i 7 anni, provenienti da scuole elementari localizzate in otto centri dell'Italia settentrionale e centrale, che risultavano diversamente caratterizzati per condizioni geografiche, climatiche, livello di urbanizzazione e sviluppo industriale.¹⁵ La ricerca si proponeva di verificare l'ipotesi che l'ampia variabilità nell'incidenza dell'asma e di altri disturbi respiratori dei bambini fosse il risultato dell'interazione tra fattori clinici e fattori ambientali, tra cui, appunto, il livello socioeconomico. In generale, lo *status* socioeconomico, rappresentato attraverso il grado d'istruzione paterna e materna, non è apparso chiaramente associato all'incidenza della maggior parte dei sintomi indagati o agli indicatori di gravità dell'asma, ma è tuttavia risultato negativamente correlato con il numero di ricoveri ospedalieri per attacchi asmatici: l'incidenza complessiva di ricoveri è stata del 36% (IC 95%: 28-44%) nel livello d'istruzione più basso e si è ridotta fino al 18% (IC 95%: 12-26%) in quello più alto. Le patologie respiratorie e allergiche in età infantile erano state oggetto di una precedente ricerca condotta nel Lazio su un campione di bambini tra i 7 e gli 11 anni di età, allo scopo di stimare la relazione tra la positività a comuni test aero-allergenici, da una parte, e lo *status* socioeconomico, il numero di fratelli e le infezioni respiratorie nei primi anni di vita, dall'altra.¹⁶ Nell'analisi multivariata che controllava per diversi potenziali confondenti, la prevalenza di un esito positivo ai test per le allergie è risultata maggiore tra i bambini il cui padre presentava il livello d'istruzione più elevato rispetto ai figli di padri meno istruiti (OR = 1,80; IC 95%: 1,25-2,60), e inferiore tra i bambini appartenenti a famiglie più numerose (OR = 0,36; IC 95%: 0,13-1,06 per i bambini con almeno 4 fratelli *vs* i figli unici). Aver sofferto di gravi infezioni respiratorie prima dei due anni di età accresceva debolmente il rischio di positività e non sembrava spiegare l'associazione con i fattori sociodemografici.

L'associazione diretta tra il livello d'istruzione paterna e la prevalenza di eczema è stata confermata in uno studio condotto in Basilicata negli stessi anni, con l'obiettivo di studiare l'influenza di caratteristiche cliniche, ambientali e socioeconomiche della vita pre- e peri-natale sulle allergie e sui disturbi respiratori dei bambini.¹⁷

L'indagine ha verificato inoltre la presenza di un eccesso di rischio di riniti frequenti associato alle cattive condizioni abitative, in particolare all'umidità (OR = 2,6; IC 95%: 1,1-4,1) e al riscaldamento a gas (OR = 1,8; IC 95%: 1,0-3,4). Un'altra condizione che va sempre più diffondendosi tra i bambini e gli adolescenti è l'obesità, il più importante disordine alimentare nel mondo industrializzato. Dai dati dell'indagine speciale sulla salute condotta dall'ISTAT tra il 1999 e il 2000, è risultato che in Italia il 20% dei ragazzi tra i 6 e i 17 anni è in sovrappeso e il 4% è obeso.¹⁸ Il fenomeno mostra un chiaro andamento geografico, crescente da Nord a Sud, e appare fortemente associato – oltre che alla familiarità e agli stili di vita – anche alle risorse economiche della famiglia e al titolo di studio della madre. Un recente studio condotto in Piemonte su un campione di quinte classi della scuola elementare (bambini di 10-11 anni) ha inteso valutare se lo stato socioeconomico fosse associato al sovrappeso e all'obesità nella fase pre-puberale della vita.¹⁹ Sulla base della rilevazione congiunta dei dati antropometrici dei bambini (principalmente altezza e peso) e di alcune caratteristiche demografiche e sociali descritte dai genitori, il 23% del campione è risultato sovrappeso o obeso. I rapporti tra i tassi di prevalenza di tali condizioni, corretti per l'età della madre, l'area di nascita dei genitori e l'area di localizzazione della scuola, sono risultati pari a 1,59 (IC95%: 1,19-2,13) per le madri con il più basso livello d'istruzione rispetto a quelle più istruite. Rischi ancora più elevati sono emersi prendendo in considerazione l'occupazione dei genitori, in particolare del padre: i rapporti di prevalenza per i padri disoccupati e per quelli dediti a un'occupazione manuale in confronto a quelli provenienti dalle classi occupazionali superiori sono stati, rispettivamente, pari a 2,63 (IC95%: 1,72-4,03) e 1,63 (IC95%: 1,27-2,09).

Il ruolo delle disparità socioeconomiche rispetto al dipanarsi della storia di salute individuale emerge altrettanto chiaramente in uno studio focalizzato su una patologia del tutto differente: l'infezione, in età adolescenziale, da *Helicobacter pylori*, una forma estremamente diffusa di infezione gastrica il cui esito clinico nel 50% dei casi è lo sviluppo nel giro di qualche anno di una gastrite cronica, a sua volta fattore di rischio per l'insorgenza successiva di ulcera peptica, cancro gastrico e linfoma gastrico di tipo non-Hodgkin. La ricerca, condotta in Toscana a metà degli anni novanta su un campione di 164 studenti delle scuole superiori, ha esaminato la relazione tra il rischio di contrarre tale infezione, e lo *status* socioeconomico, indicato dalla professione paterna e dalle condizioni di sovraffollamento, promiscuità e igiene

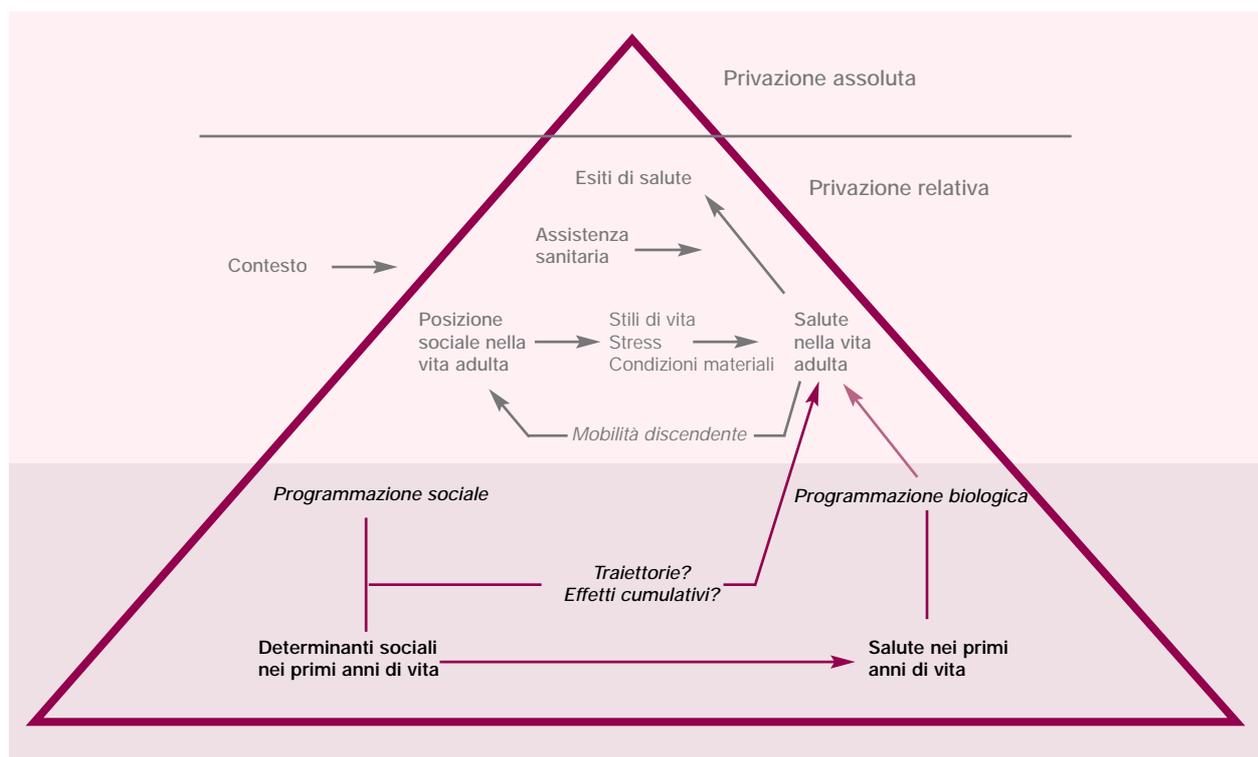
abitativa.²⁰ Tra tutte le variabili considerate, tuttavia, solo l'occupazione paterna in una professione manuale aumentava significativamente il rischio di infezione, mentre la presenza nell'appartamento di più di quattro persone o di animali domestici è risultata associata all'incidenza dell'infezione al limite della significatività statistica, probabilmente a causa della scarsa numerosità campionaria.

Salute in età infantile e impatto sulla salute in età adulta

Da un punto di vista di sanità pubblica, i problemi di salute dei giovani e giovanissimi rappresentano un grave danno per l'intera collettività. Infatti, anche in ambito italiano negli ultimi decenni sono stati offerti diversi riscontri empirici all'ipotizzata esistenza di una relazione tra stato di salute in età infantile e adolescenziale e stato di salute in età adulta, relazione che spesso consente agli svantaggi di salute sofferti nelle prime fasi della vita di conservarsi, o addirittura amplificarsi, nel corso della vita.

Una delle condizioni sperimentate durante i primi anni di vita, il cui impatto è stato dimostrato persistere in età adulta come fattore di rischio per cause specifiche di morbosità e mortalità, è costituita dall'obesità. Una recente rassegna di studi epidemiologici internazionali²¹ ha sottolineato che in entrambi i sessi l'obesità infantile non solo è un importante fattore di rischio per l'obesità da adulti (circa il 43% dei bambini obesi rimane tale nella vita adulta e un ulteriore 29% ri-

mane sovrappeso)²² ma questa condizione si correla a un eccesso di rischio di incidenza, gravità e mortalità per tutte le cause, e in particolare per diabete e malattie cardio- e cerebro-vascolari; inoltre, soprattutto nelle donne, l'obesità durante l'adolescenza si accompagna a un'alta prevalenza di disturbi psicosociali. Sotto il profilo dei determinanti sociali, come sottolineato anche nel precedente paragrafo, l'incidenza dell'obesità è risultata – sempre più marcatamente lungo gli ultimi decenni – superiore presso gli strati svantaggiati della popolazione, sia nelle prime fasi della vita che in età adulta (vedi capitolo 1.7, Parte I) e, in quest'ultimo caso, con ulteriori ricadute sulla diffusione infantile della patologia, come dimostrato da uno studio condotto nella prima metà degli anni novanta su un campione di bambini tra i 4 e i 12 anni di età, in cui si è rilevato che il maggior fattore di rischio per un bambino obeso di mantenere la sua obesità in età adulta era, assieme al suo peso alla nascita, l'obesità dei genitori.²³ La stessa rassegna ha inoltre evidenziato come sia possibile individuare durante l'infanzia diverse fasi critiche per lo sviluppo dell'obesità in età adulta e per l'insorgere conseguente delle patologie correlate a questa condizione: il periodo prenatale, laddove sono soprattutto le scorrette abitudini alimentari della gestante (per eccesso, per difetto o per composizione nutrizionale) a incidere sulla compiuta formazione del metabolismo fetale; il primo anno di vita, soprattutto in relazione alla delicata fase di introduzione dei vari cibi nella dieta infantile, circostanza nella quale intervengono svariati fat-



tori che sono in stretto rapporto con le capacità culturali ed economiche del nucleo familiare, come l'ambiente di vita, le abitudini alimentari dei genitori e la stessa disponibilità di una gamma completa e adeguata di alimenti; l'età prescolare, quando il bambino comincia a sviluppare comportamenti autonomi, e gli anni dello sviluppo puberale, cui corrispondono profondi cambiamenti fisici, due fasi che incidono fortemente sullo sviluppo psicologico e sugli stili di vita. L'obesità rappresenta dunque un perfetto paradigma per mettere in luce la relazione tra fattori socioeconomici, patologie occorse in età infantile ed esiti pregiudizievoli in termini di morbosità e mortalità in età adulta, sequenza rappresentata, in questo caso, dalla concatenazione tra condizioni di svantaggio socioeconomico, incidenza dell'obesità nelle prime fasi di vita, persistenza del sovrappeso in età adulta e configurazione di quest'ultima condizione quale fattore di rischio per l'insorgenza di diverse malattie, con particolare riferimento alla patologia più diffusa: i disturbi cardiovascolari. Il riferimento empirico per completare questa sequenza è uno studio condotto nella città di Verona su una popolazione costituita da 979 individui diciottenni nel 1988,²⁴ che ha dimostrato l'associazione esistente tra la concentrazione di insulina nel plasma e l'insorgenza di patologie cardiovascolari, ponendo in evidenza il ruolo cruciale ascrivibile all'obesità nel mediare tale relazione e confermando inoltre che già tra i giovani l'eccesso di adiposità totale può influire negativamente sul profilo di rischio cardiovascolare nelle età successive.

L'approccio del ciclo di vita nella spiegazione delle disuguaglianze di salute in età adulta è stato adottato, nella letteratura epidemiologica, anche per ricostruire l'eziologia di altre patologie, in particolare delle affezioni respiratorie, che appaiono spesso correlate alle condizioni di vita nell'infanzia.²⁵ In questa prospettiva, uno studio longitudinale condotto su un campione di 2.382 soggetti tra i 20 e i 64 anni di età, residenti nell'area del delta del Po,^{26,27} ha confermato l'impatto delle infezioni respiratorie occorse durante l'infanzia e l'adolescenza (bronchiti ricorrenti, polmonite, pertosse, crup) rispetto all'insorgenza di patologie polmonari croniche in età adulta, anche a parità di altri importanti fattori di rischio, quali il fumo di sigaretta, la familiarità e l'esposizione professionale: il rischio di essere affetti da sintomi asmatici negli uomini adulti, per esempio, rispetto a chi non aveva mai avuto infezioni respiratorie precedenti, è risultato notevolmente accresciuto (OR = 2,66; IC 95%: 1,38-5,12) nel caso di infezione infantile, e ancor di più (OR = 4,31; IC 95%: 2,56-7,25) in caso di infezione sofferta in età adolescenziale. Questo secondo fattore, in particolare, è apparso fortemente associato a tutti i sintomi e le patologie respiratorie analizzate, con rischi superiori a quelli stimati per il fumo di sigaretta. Tuttavia, la ricerca non ha potuto offrire alcun supporto all'ipotesi per cui questi rischi siano da ricondurre, in ultima istanza, a disparità di natura socioeconomica speri-

mentate nei primi anni di vita; lo stato socioeconomico è stato infatti introdotto nell'analisi con esclusivo riferimento alla posizione di classe al momento della rilevazione e, in ogni caso, non ha mostrato alcuna associazione significativa con i tassi di incidenza dei disturbi respiratori.

Diseguaglianze socioeconomiche nel corso della vita e loro impatto sulla salute

Meno studiato finora in Italia, è invece l'impatto sulla salute da adulti delle condizioni socioeconomiche vissute durante l'infanzia, ovvero di tutte le circostanze di svantaggio sociale – e di conseguente possibile danno alla salute – che si cumulano nel corso della vita.

A questo scopo, è stato recentemente condotto uno studio su una coorte di circa 3.500 soggetti nati a Torino tra il 1920 e il 1929, di cui è stato possibile rintracciare le cartelle cliniche alla nascita, e ancora residenti nella città al censimento del 1971.²⁸ L'obiettivo specifico era quello di stimare l'effetto indipendente sulla morbosità e mortalità, tra il 1971 e il 1999, delle caratteristiche biologiche alla nascita (peso, lunghezza, età gestazionale, età materna, parità, allattamento al seno), dello stato socioeconomico durante l'infanzia (professione del padre, stato civile della madre, onere della degenza) e dello stato socioeconomico da adulti (istruzione, professione e stato civile). I risultati delle analisi multivariate hanno messo in evidenza negli uomini una relazione inversa del peso alla nascita con la mortalità, in particolare per tumore, con una riduzione del rischio di circa il 30% per i bambini nati con peso superiore ai 2.500 grammi; non si è evidenziata invece alcuna correlazione con gli indicatori sociali nell'infanzia. Viceversa, nelle donne i risultati variavano in funzione della causa di morte o morbosità considerata: il basso peso alla nascita è apparso un fattore di rischio significativo solo per l'incidenza di ricoveri per diabete, mentre un'occupazione manuale del padre aumentava il rischio di mortalità cardiovascolare di circa l'80% (*Hazard Ratio* = 1,79; IC 95%: 0,96-3,33). A parità di condizioni alla nascita, il più forte predittore della mortalità complessiva è rimasto tuttavia, soprattutto per gli uomini, lo stato socioeconomico da adulti, rappresentato dall'istruzione (HR = 2,13; IC 95%: 1,73-2,63, per gli uomini con meno di 8 anni di istruzione *vs* quelli che hanno fatto almeno 11 anni di scuola).

Sulla stessa scia dello studio precedente, un'analisi preliminare condotta sui dati dello Studio Longitudinale Torinese^{29,30} sembra confermare che le caratteristiche socioeconomiche della famiglia di origine, dopo aver controllato per lo stato socioeconomico da adulti, rimangono un fattore predittivo solo per alcune cause di morte più strettamente legate a una lunga storia di disagio, quali l'AIDS o le morti correlate a droga e alcol, mentre hanno meno rilievo per le cause di morte più dipendenti dallo stile di vita dell'individuo, come i tumori (dati non pubblicati).

Bibliografia

- Barker DJP. *Mothers, babies, and disease in later life*. London, BMJ Publishing Group, 1994.
- Wadsworth M. Family and education as determinants of health. In: Blane D, Brunner E, Wilkinson R, (eds), *Health and social organisation*. London, Routledge, 1996: 152-170.
- Wadsworth M. Early life. In: Marmot M, Wilkinson G, (eds), *Social determinants of health*. Oxford, Oxford University Press, 1999.
- Kuh D, Power C, Blane D, Bartley M. Social pathways between childhood and adult health. In: Kuh D, Ben-Shlomo Y, (eds), *A life course approach to chronic disease epidemiology*. Oxford, Oxford University Press, 1997.
- Davey Smith G. Socioeconomic differentials. In: Kuh D, Ben-Shlomo Y, (eds), *A life course approach to chronic disease epidemiology*. Oxford, Oxford University Press, 1997.
- Cattaruzza MS, Spinelli A. Aborto spontaneo in Italia: differenze sociali e tendenze temporali. *Epidemiol Prev* 2000; 24: 166-171.
- Parazzini F, La Vecchia C. Perinatal and infant mortality in various geographic areas of Italy. *Am J Public Health* 1991; 81: 933.
- Parazzini F. Social class differences in infant mortality. *BMJ* 1992; 305: 1228.
- www.istat.it/Banche-dat/Indicatori/03/index.html Tavola 3.2. Roma, ISTAT, 2003.
- Astolfi P, Zonta LA. Delayed maternity and risk at delivery. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2002; 16: 67-72.
- Lauria L, De Stavola BL. A district-based analysis of stillbirth and infant mortality rates in Italy: 1989-93. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2003; 17: 22-32.
- Farchi S, Di Lallo D, Perucci CA. Temporal changes in social factors and risk of low birth weight in a region of central Italy. In: *XV International Scientific Meeting of the International Epidemiological Association*. Florence, 1999. Abstract book, Volume II: 436.
- Gnavi R, Costa G. Esiti della gravidanza, mortalità infantile e titolo di studio della madre in Piemonte dal 1980 al 1995. *Epidemiol Prev* 2002; 26: 225-233.
- Parazzini F, Pirotta N, La Vecchia C, Bocciolone L, Fedele L. Determinants of perinatal and infant mortality in Italy. *Rev Epidemiol Santé Publique* 1992; 40: 15-24.
- SIDRIA (Italian Studies on Respiratory Disorders in Childhood and the Environment). Asthma and respiratory symptoms in 6-7 yr old Italian children: gender, latitude, urbanization and socioeconomic factors. *Eur Respir J* 1997; 10: 1780-1786.
- Forastiere F, Agabiti N, Corbo GM et al. Socioeconomic status, number of siblings, and respiratory infections in early life as determinants of atopy in children. *Epidemiology* 1997 Sep; 8(5):566-570
- Stazi M-A, Sampogna F, Montagano G, Grandolfo ME, Couilliot M-F, Annesi-Maesano I. Early life factors related to clinical manifestations of atopic disease but not to skin-prick test positivity in young children. *Pediatr Allergy Immunol* 2002; 13:105-112.
- Brescianini S, Gargiulo L, Gianicolo E. Eccesso di peso nell'infanzia e nell'adolescenza. In: Istituto Nazionale di Statistica. Informazione statistica e politiche per la promozione della salute. Atti del Convegno. Roma, ISTAT, 2004, in stampa.
- Gnavi R, Spagnoli TD, Galotto C, Pugliese E, Carta A, Cesari L. Socioeconomic status, overweight and obesity in prepuberal children: a study in an area of Northern Italy. *Eur J Epidemiol* 2000; 16: 797-803.
- Giannuzzi F, Giannuzzi U, Bianciardi L, et al. Risk factors for acquiring *Helicobacter pylori* infection in a group of Tuscan Teenagers. *Microbiol* 2001; 24: 165-170.
- Maffei C, Tatò L. Long-term effects of childhood obesity on morbidity and mortality. *Horm Res* 2001; 55 (Suppl 1): 42-45.
- Maffei C, Moghetti P, Grezzani A, Clementi M, Gaudino R, Tatò L. Insulin resistance and the persistence of obesity from childhood into adulthood. *J Clin Endocrinol Metab* 2002; 87: 71-76.
- Maffei C, Micciolo R, Must A, Zaffanello M, Pinelli L. Parental and perinatal factors associated with childhood obesity in North-East Italy. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1994; 18: 301-305.
- Bonora E, Targher G, Zenere MB et al. Relationship between fasting insulin and cardiovascular risk factors is already present in young men: the Verona Young Men Arteriosclerosis Risk Factors Study. *Eur J Clin Invest* 1997; 27: 248-254.
- Strachan DP. Respiratory and allergic diseases. In: Kuh D, Ben-Shlomo Y, (eds), *A life course approach to chronic disease epidemiology*. Oxford, Oxford University Press, 1997.
- Paoletti P, Prediletto L, Carrozzi G et al. Effects of childhood and adolescence-adulthood respiratory infections in a general population. *Eur Respir J* 1989; 2: 428-436.
- Viegi G, Carrozzi L, Di Pedè F et al. Risk factors for chronic obstructive pulmonary disease in a North Italian rural area. *Eur J Epidemiol* 1994; 10: 725-731.
- Spadea T, Faggiano F, Armaroli P, Maina L, Costa G. Effect of socioeconomic factors and fetal growth on adult mortality and morbidity. In: *Joint conference of the SSM and the IEA European Group*. 12-15 September 2001, Oxford, UK. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55 (supplement I): A25-94.
- Costa G, Demaria M. Un sistema longitudinale di sorveglianza della mortalità secondo le caratteristiche socioeconomiche, come rilevate ai censimenti di popolazione: descrizione e documentazione del sistema. *Epidemiol Prev* 1988; 10:37-47.
- Costa G, Cardano M, Demaria M. *Torino - Storie di salute in una grande città*. Città di Torino, Ufficio di statistica, Osservatorio Socio-economico. Torino, 1998.

1.3 L'emarginazione sociale Social exclusion

Francesca Vannoni, Ester Cois

Dipartimento di scienze sociali, Università di Torino

Messaggi chiave

- Il fenomeno dell'esclusione sociale – che riguarda, oltre ai senza fissa dimora e agli immigrati, soprattutto i bambini e gli adolescenti delle famiglie povere – ha un'incidenza crescente nel nostro paese e il conseguente danno alla salute non deriva esclusivamente dalla privazione materiale, ma anche dai problemi sociali e psicologici che conseguono al vivere in relativa povertà.
- In questi ultimi anni si è assistito a una modificazione della composizione dei senza tetto: tra i fattori che portano alla perdita dell'abitazione, compaiono oggi lo sgretolamento delle reti di solidarietà familiari, l'aumento della precarietà lavorativa e la disoccupazione in età matura della manodopera non qualificata; è però difficile riuscire a quantificare il fenomeno e scarsi sono gli studi sul suo impatto sulla salute.
- Le fasce di popolazione più emarginate si sono allargate per l'arrivo di molti stranieri da paesi poveri. Il difficile processo di inserimento nel paese d'accoglienza

ha un notevole impatto su più di una dimensione della salute fisica e mentale e minaccia di intaccare il potenziale di salute di questi gruppi di popolazione.

- La salute degli immigrati è condizionata dall'accumulazione di condizioni di svantaggio e di emarginazione, fra cui condizioni abitative scadenti, la mancata tutela dei lavoratori a causa della violazione delle norme sul lavoro regolare e sulla sicurezza nel lavoro, un'alimentazione squilibrata o carente di alcuni nutrienti, la detenzione in carcere e, per le donne, la prostituzione, che comporta un forte rischio di contagio di malattie sessualmente trasmissibili.
- Le condizioni di salute dei bambini immigrati risulta minacciata, oltre che da precoci danneggiamenti del capitale di salute nelle prime fasi della vita – assai importanti per gli effetti sulla salute in età adulta – anche dalla bassa copertura delle vaccinazioni obbligatorie, dalla carenza dell'intervento della pediatria di base e dai possibili effetti negativi sulla maturazione psico-affettiva esercitati dall'interruzione prematura dell'allattamento al seno.

Introduzione

La povertà, il grado di deprivazione relativa e i processi di esclusione sociale in una società hanno un impatto considerevole sulla salute della sua popolazione. Il fenomeno dell'esclusione sociale ha un'incidenza crescente in quegli stessi paesi, Italia compresa, in cui il benessere economico aggregato appare seguire lo stesso andamento ascensionale. Il danno alla salute non deriva esclusivamente dalla privazione materiale, ma anche dai problemi sociali e psicologici che conseguono al vivere in relativa povertà.

Se il concetto di «povertà» enfatizza la carenza di risorse economiche, e quello di «privazione relativa» pone l'accento sulle condizioni di vita, la nozione di «esclusione sociale» è più estesa, perché si riferisce non solo alla precarietà materiale della povertà economica relativa, ma incorpora anche l'elemento dinamico del processo di emarginazione: di come, lungo il corso delle proprie vite, gli individui finiscano per essere esclusi e posti ai margini rispetto a molteplici aspetti della vita sociale e di comunità. Benché a livello europeo non esista una definizione condivisa di «esclusione sociale», la natura multidimensionale del concetto non è messa in discus-

sione: «I processi di esclusione, nella loro essenza, sono dinamici e multidimensionali. Sono legati non solo alla disoccupazione e/o al basso reddito, ma anche alle condizioni abitative, ai livelli di istruzione, alle opportunità, alla salute, alla discriminazione, alla cittadinanza e all'integrazione nella comunità locale». ¹ L'esclusione sociale si correla anche agli aspetti culturali della discriminazione, ponendo l'accento sulla relazione tra gli inclusi e gli esclusi, e sul processo di costruzione o destrutturazione dell'identità degli uni e degli altri. Probabilmente sarebbe più corretto riferirsi non a una, ma a diverse «esclusioni sociali», alla luce delle svariate dimensioni dello svantaggio, così come sarebbe opportuno individuare le sfumature che modulano questi processi, graduandone l'intensità esattamente come accade nel rapporto tra classi sociali e deprivazione economica relativa. Il termine «socialmente escluso», inoltre, ricomprende anche soggetti trascurati dalle analisi tradizionali della privazione economica, come per esempio gli individui sieropositivi, per i quali l'emarginazione è innescata e aggravata dallo stigma sociale. Coloro che, nella scala continua dell'inclusione (o dell'esclusione) sono «più» socialmente inclusi, godranno di un

accesso più ampio alle risorse, non solo di natura economica ma soprattutto derivanti, quali esternalità positive, dal vivere all'interno di una società, costituendone parte integrante: opportunità formative, reti di relazioni, supporto sociale. Chi è «un escluso» se le vedrà negare.²

I processi che conducono all'esclusione sociale in Europa rinviano a transizioni economiche (crescita della disoccupazione e dell'insicurezza occupazionale), demografiche (incremento della proporzione di persone sole, famiglie monogenitoriali, anziani isolati), dei regimi di *welfare* (tagli e ridimensionamenti) e a specifici processi spaziali di segregazione e separazione (la stigmatizzazione di determinate minoranze può talvolta condurre alla loro segregazione spaziale). La distinzione di quattro espressioni dell'esclusione sociale consente di delineare la fisionomia degli individui che, con maggiore probabilità, ne sono fatti oggetto: anzitutto, esiste una forma di esclusione dalla società civile ratificata da vincoli legali e regolamenti giuridici, particolarmente gravosa per gli immigranti stranieri, o almeno per quelli privi di un regolare permesso di soggiorno; in secondo luogo, la mancanza di un'adeguata offerta di beni sociali ad un gruppo con particolari necessità può, di fatto, decretarne l'emarginazione, come nel caso dell'assenza di adeguati servizi per i disabili, di centri interlinguistici per gli stranieri, di alloggi per i senzatetto; l'esclusione dalla produzione sociale, ossia l'impossibilità sanzionata di dare un contributo attivo alla società, configura una terza forma, diretta in genere verso gruppi etichettati come «indesiderabili», «intollerabili», o «pericolosi», come i rom; infine, esiste un tipo di esclusione economica dal normale consumo sociale, che si esplica genericamente nelle barriere di accesso alle esperienze di *routine* della vita quotidiana.³

Un ultimo aspetto dell'esclusione sociale appare rilevante: se è vero che essa può riferirsi ai singoli individui o ai singoli gruppi, esiste anche una dimensione spaziale del fenomeno. La concentrazione fisica e la segregazione degli esclusi in aree circoscritte può far diventare queste ultime, a loro volta, deprivate, svantaggiate, stigmatizzate, estendendone l'impatto a tutti i residenti della zona, e condizionando il loro potenziale di mobilità. Per esempio, vivere in un'area dove le fabbriche stanno chiudendo i battenti e dove non ci sono opportunità di lavoro incrementa la probabilità di disoccupazione di un individuo; è anche probabile che un'area caratterizzata da elevata disoccupazione e alti livelli di deprivazione manchi di buone scuole: la combinazione tra le opportunità di partenza e i successi futuri di un individuo è largamente debitrice della sua collocazione geografica. E ha un impatto anche sulla sua salute, come posto in luce da diverse ricerche che hanno trovato una chiara associazione tra il benessere psicosociale percepito e la rappresentazione soggettiva del proprio *habitat* sociale e fisico, in termini di qualità ambientale, reputazione della zona, paura del crimine, grado di soddisfazione.

L'obiettivo di questo capitolo consiste nel cercare di tracciare un profilo di salute di alcuni gruppi di popolazione a maggiore rischio di esclusione sociale, in particolare i bambini e gli adolescenti delle famiglie maggiormente esposte al pericolo della povertà, i senza fissa dimora e gli immigrati.

Povertà e salute tra bambini e adolescenti

Anche in Italia, a fronte di un benessere e di una ricchezza sempre più ampiamente diffusi, permangono sacche di povertà via via più concentrate, focolai di numerosi fattori di rischio e di più frequenti patologie, particolarmente per le fasce demografiche più deboli, come i bambini e gli adolescenti. Dal *Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale* relativo al periodo 1997-2001⁴ è emerso il peggioramento della condizione delle famiglie con figli minori, tra le quali la diffusione della povertà è passata dal 14% nel 1997 al 15,1% nel 2000, valore che, per il 2001, sfiora addirittura il 28% nelle famiglie con tre o più figli minori.⁵ Insieme all'Inghilterra, l'Italia è il paese che presenta il più alto tasso di povertà minorile. Le stime indicano in 1 milione e 704 mila il numero di minori poveri nel 2000, pari al 16,9% di tutti i minori, valori che aumentano ulteriormente nelle regioni meridionali e nelle isole, dove è povero il 27,4% di tutti i minori. L'incidenza maggiore della povertà si verifica nelle famiglie in cui la persona di riferimento è in cerca di occupazione, ma costituisce un problema rilevante anche nella famiglie con minori in cui c'è un solo percettore di reddito.

Alle precarie condizioni socioeconomiche delle famiglie maggiormente esposte al rischio di povertà risulta associata la compromissione dello stato di salute dei figli minorenni. Un esempio di questo tipo di associazione è fornito dai dati dell'indagine ISTAT sulle condizioni di salute 1999-2000, da cui è risultato che i giudizi negativi sullo stato di salute dei figli sono associati soprattutto con la disoccupazione di entrambi i genitori (*Prevalence Rate Ratio* PRR = 1,71 nei maschi e 1,35 nelle femmine), della madre (PRR = 1,43 e 1,32) e con l'insoddisfazione per le risorse economiche (PRR = 1,49 e 1,31). Quando entrambi i genitori sono disoccupati e quando la madre non lavora appare inoltre meno frequente lo svolgimento di esercizio fisico intensivo o regolare e si registra una sensibile diminuzione nel ricorso alle visite odontoiatriche, presumibilmente per carenze di reddito, considerato che questo tipo di visite avvengono, per la maggior parte, in strutture private a causa della bassa offerta nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.⁶

La povertà e l'esclusione giocano un ruolo rilevante anche sulla salute fisica e psichica delle classi di età più giovani dal momento che il maltrattamento e la violenza sono prevalenti tra gli strati socioeconomici più bassi. Per quanto riguarda i maltrattamenti, stime recenti ne valutano la prevalenza intorno al 5%, di cui il 12% è rappresentato da violenza fisica e l'88% da trascuratezza da parte dell'ambiente familiare. Di questi bambini, un quarto proviene da famiglie povere,

altrettanti da famiglie con storia di alcolismo o droga e, in generale, in ogni storia è possibile rinvenire condizioni di disagio familiare o sociale.⁵

Nel complesso, bambini e adolescenti svantaggiati appaiono sempre più bisognosi che in passato di acquisire capacità di tipo relazionale e psicologico.⁷ Lungo questa direzione di ricerca può collocarsi uno studio condotto sull'incidenza di sintomi depressivi in un campione di 284 bambini italiani di 8 anni, provenienti da tre distinte aree (rurale, urbana e suburbana) della provincia di Como.⁸ Lo studio ha rilevato una discreta influenza dello *status* socioeconomico sull'incidenza dei sintomi depressivi, misurati dal CDI (*Children's Depression Inventory*), negli anni dello sviluppo comportamentale ed emotivo. La percentuale di individui che aveva ottenuto un punteggio superiore alla soglia «di rischio» individuata nel CDI risultava quasi triplicata procedendo dal livello socio economico più alto a quello più basso. Le diseguaglianze nello stato di salute messe in luce in questo studio potrebbero essere inquadrare nel più ampio contesto dei disordini psicopatologici, se è vero, come rilevato da alcuni recenti lavori internazionali⁹ e italiani,¹⁰ che gli individui appartenenti alle famiglie socialmente più svantaggiate presentano rischi più elevati per un'ampia gamma di disturbi di origine psichiatrica.

Povertà estreme: il profilo epidemiologico dei senza-tetto

Alle povertà tradizionali costituite dalle famiglie economicamente depresse e dagli anziani con il minimo pensionistico, già da tempo, si sono affiancate altre situazioni. L'aumento della precarietà lavorativa, la disoccupazione che sopravviene in età matura e che coinvolge manodopera non qualificata difficilmente inseribile nel mercato del lavoro, insieme allo sgretolarsi delle reti di solidarietà familiari, sono tutti fattori che portano molte persone, in assenza di reddito, alla perdita dell'abitazione. Ne è una spia significativa la recente modificazione della popolazione dei dormitori:¹¹ a fianco della tradizionale fascia di persone alcol-dipendenti o tossicodipendenti e di persone con problematiche psichiatriche, è numericamente significativa la presenza degli stranieri immigrati, ma soprattutto risulta sempre più consistente la presenza di persone «prive di dimora stabile, in precarie condizioni materiali di esistenza, priva di una adeguata rete formale/informale di sostegno».⁴ Il diffondersi di questo tipo di situazioni di emarginazione «dura», raccoglie dunque in sé percorsi di deriva oggettiva e soggettiva, coniugando la fragilità della risposta personale all'evento sociale negativo, per lo più rappresentato da difficoltà economiche improvvise o persistenti, spesso concomitanti con l'espulsione dal mercato del lavoro, ciò che con più probabilità e maggiore rapidità porta a spirali di emarginazione e di auto-espulsione. L'emarginazione dura si è infoltita, in questi anni recenti, dei molti stranieri, provenienti dall'Est Europa, dall'Africa e dal-

l'Asia in cerca di lavoro e di reddito: l'irregolarità per la mancanza del permesso di soggiorno, la lotta per la sopravvivenza, uno stato protratto di emarginazione, lo sfruttamento del lavoro nero, la difficoltà di reperire un'abitazione dignitosa, un vissuto di non accoglienza, condizioni di precarietà acuite dalla delusione per la mancata realizzazione del proprio progetto migratorio, hanno costretto alcuni di loro a stili di vita insostenibili, trovando successivamente nell'alcol e in altre droghe un'illusoria compensazione.¹²

Particolarmente difficile è riuscire a definire il numero di persone che in un certo momento sono senza dimora in Italia, sia perché si tratta di una popolazione mobile e spesso poco disponibile a essere contattata, sia perché la stima può variare in funzione della definizione adottata. Le rilevazioni appaiono perciò spesso non coincidenti:⁴ dati europei relativi al 1998 indicano in 2.000.000 il numero delle persone che, all'interno dell'Unione Europea, si sono rivolte ai servizi di assistenza perché senza casa; in Italia il dato è di 78.000 persone. Ben più elevato appare il dato ISTAT relativo al 1999, che evidenzia in Italia la presenza di oltre 400.000 persone senza dimora, a conferma di un trend da anni in crescita. Infine, la stima risulta molto più contenuta nel caso dell'*Indagine sulle persone senza dimora* condotta dalla Fondazione Zancan di Padova, che, sulla base di una definizione ristretta delle persone senza fissa dimora, ha fornito per il 2001 un'indicazione di circa 17.000 senza tetto presenti in Italia.¹³

La relazione tra la condizione di senza tetto e la fragilità psicofisica di norma associata, appare emblematica dell'impatto esercitato da forme estreme di emarginazione socioeconomica sullo stato di salute. La natura biunivoca del rapporto tra emarginazione e salute si conferma anche nel caso dei «senza dimora». Infatti, se la povertà più grave, esasperata dalla mancanza di un'abitazione fissa, può essere causa o concausa di serie compromissioni della salute o di aggravamenti del decorso di patologie diffuse, risulta altrettanto robusta l'interpretazione inversa. La malattia stessa potrebbe essere un fattore determinante rispetto alla povertà, non solo nel caso di patologie gravi e invalidanti tali da mettere il soggetto in condizioni di totale dipendenza dalla famiglia (laddove presente) o dai servizi sociali, ma anche nel caso di malattie ad andamento cronico e altalenante, che potrebbero finire per determinare l'espulsione dal mercato del lavoro di chi ne sia affetto.

Scarsi sono gli studi condotti su questa frangia marginale, e si tratta prevalentemente di casistiche ricavate da dati ambulatoriali. Per esempio, l'Osservatorio clinico-epidemiologico presso il Servizio di medicina preventiva delle migrazioni dell'Ospedale San Gallicano di Roma, riferisce dati relativi alle persone senza fissa dimora assistite presso il presidio sanitario dal 1° gennaio 1999 al 28 febbraio 2001.¹⁴ Si tratta di 1.631 persone, che rappresentavano tra il 10 e il 15% dell'intera popolazione dei senza fissa dimora di Roma,

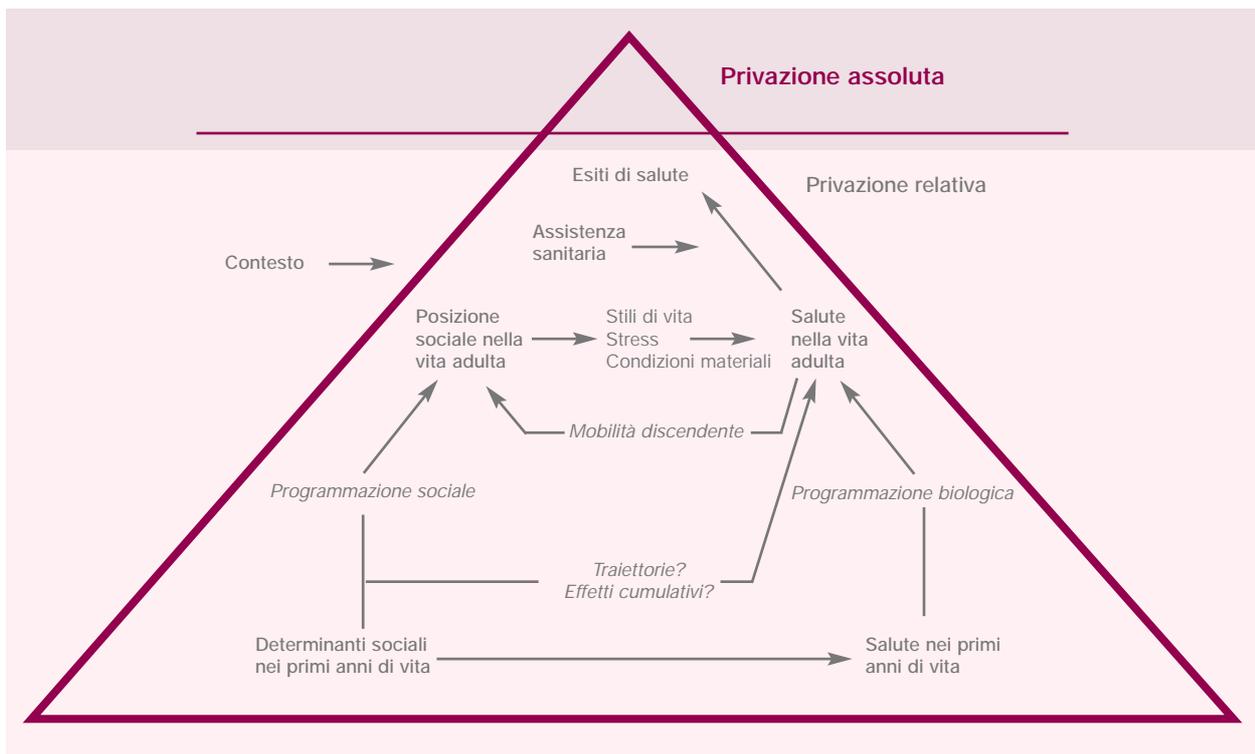
in prevalenza maschi (75,9%) giovani adulti. Il 32,9% di questa popolazione era italiana, il 40,9% veniva da paesi europei non appartenenti all'Unione Europea, la restante quota da altri paesi poveri ad alta pressione demografica. La grande maggioranza dei senza fissa dimora non aveva nessuna fonte di sostentamento economico, eccetto le elemosine. Il 26,9% riferiva di avere rapporti (costanti o episodici) con persone di famiglia, ma solo nel 17,9% dei casi non conflittuali. L'analisi dei dati riguardanti lo stato di salute dei senza fissa dimora ha evidenziato una distribuzione proporzionale per patologia nettamente differente rispetto alla popolazione generale: malattie infettive, gastrointestinali e della pelle, patologie psichiatriche e dipendenza da droghe per il 70% dei casi. Le differenze erano riconducibili all'intreccio tra lo stato di grave deprivazione materiale (dimora, esposizione agli agenti atmosferici, nutrizione), la scarsità del capitale sociale (mancanza del supporto dei rapporti familiari e sociali) e i comportamenti nocivi per la salute (alcol, fumo e droghe), tale da comportare un alto rischio di malattia e di morte prematura.

Una ricerca etnografica condotta a Torino negli anni 1993-95 ha documentato la dipendenza da psicofarmaci e le precarie condizioni di salute dei senza casa, nei quali sono risultati frequenti le malattie da raffreddamento, le patologie dell'apparato respiratorio (con ricoveri per infezione tubercolare) e le patologie alcol-correlate, sindromi depressive e forme di disagio psichico che portano al complessivo degrado della persona.¹⁵

Immigrazione e disuguaglianze di salute

Tra le categorie sociali esposte al rischio di esclusione, una, in particolare, mostra una ben documentata correlazione tra esperienza di marginalità e compromissione dello stato di salute: quella degli immigrati. Le persone che intraprendono un progetto migratorio infatti godono generalmente di buone condizioni di salute su cui potere contare per sostenere la fatica fisica e psicologica di migrare verso un altro paese. Il difficile processo di inserimento nel paese d'accoglienza – esperienze traumatiche passate, perdita della famiglia e degli amici, distruzione delle reti di supporto sociale, problemi di adattamento nel nuovo ambiente – hanno un notevole impatto su più di una dimensione della salute fisica e mentale e quindi minacciano di intaccare il potenziale di salute di questi gruppi di popolazione. La condizione di immigrato, inoltre, è rilevante da un altro punto di vista: chi emigra conserva alcuni tratti del profilo epidemiologico delle aree geografiche di provenienza, e d'altra parte tende ad acquisire con il tempo le caratteristiche epidemiologiche dell'ambiente nuovo che lo ospita.¹⁶

Nel contesto italiano, il fenomeno dell'immigrazione è alimentato quasi integralmente dai ricchi flussi di «migranti economici», ossia individui che si spostano alla ricerca di un lavoro. La letteratura internazionale riporta svariati esempi di disuguaglianze di salute, in termini di mortalità e di specifici fattori di rischio (per esempio infortuni sul lavoro, propensione al suicidio), a scapito degli immigrati più poveri e delle minoranze etniche rispetto alla popolazione



generale della società di accoglienza, diseguaglianze che sembrano estendersi anche alla seconda generazione.³ Anche la posizione sociale condiziona la salute degli immigrati: gran parte della variazione nella salute in ragione dell'etnia può essere spiegata attraverso gli standard di vita (per esempio, la segregazione spaziale in aree deprivate, o la concentrazione in occupazioni manuali non qualificate), o tenendo conto degli effetti psichici della discriminazione e dell'umiliazione.

Recenti ricerche hanno posto in luce la molteplicità dei ruoli che la diversità culturale (reale o immaginata) può giocare sullo stato di salute, malattia e cura del soggetto. Il tema è complicato, perché implica la messa in discussione di concetti quali salute e malattia nei diversi contesti culturali, il tema dei diritti, l'interazione tra sociale-sanitario-culturale. La popolazione degli immigrati è altamente composita e varia in ragione del retroterra etnico-culturale, delle caratteristiche socio-anagrafiche, dei tratti temporali e spaziali del progetto migratorio del singolo, della generazione di immigrazione, della definizione giuridica (regolare vs irregolare), dei processi motivazionali (neo-residenza, stato di lavoratore-ospite, condizione di rifugiato/esule/profugo).¹⁷ Occorrerebbe tenere conto di tutte queste caratteristiche per poter definire un profilo epidemiologico della popolazione straniera in Italia. Inoltre servirebbero delle stime attendibili delle presenze, che comprendessero, cioè, anche la quota di irregolari, al fine di fornire delle valutazioni in termini di incidenza e prevalenza delle singole patologie e della loro evoluzione nel tempo.

Inoltre, l'utilizzo delle schede di dimissione ospedaliera permette di definire un profilo di salute della popolazione immigrata e di confrontarlo con la popolazione italiana solamente in modo indicativo. Le discriminazioni nell'accesso ai servizi sanitari da parte degli stranieri irregolari e la possibilità di utilizzare i servizi ospedalieri solo in caso di urgenza causano infatti una selezione dei soggetti e delle patologie analizzate.

L'incidenza di ricoveri di cittadini stranieri provenienti da paesi non appartenenti all'Unione Europea presenta una forte variabilità regionale: sulla base dei dati delle schede di dimissione ospedaliera del 1998 essa risulta più elevata nel Lazio (44 ricoveri di stranieri ogni 1.000 ricoveri totali) e nella Basilicata (32 per 1.000) e più bassa nelle regioni meridionali.¹⁸

Tra le principali cause di ricovero in regime ordinario per le quali gli stranieri – in prevalenza nordafricani e slavi – differiscono dagli italiani rientrano quelle connesse alla gravidanza e al parto; maggiormente frequenti tra gli immigrati sono anche i ricoveri per malattie infettive e per dolore addominale non ulteriormente specificato. Per contro, tra gli stranieri si registra una minore percentuale di ricoveri per neoplasie e altre patologie cronico-degenerative, anche a causa della più giovane età media della popolazione immigrata.

Risultati relativi alle principali cause di ricovero nelle persone straniere consistenti con quelli nazionali sono emersi anche dai dati rilevati a livello regionale e sub-regionale. Nel Lazio, nel 1998, il 14,5% delle dimissioni riferite a stranieri consistevano in ricoveri per gravidanza e parto, il 7,2% erano attribuiti a malattie infettive parassitarie e il 4,7% a disturbi psichici.¹⁹ Profili simili a quelli osservati a livello nazionale e nel Lazio erano stati precedentemente individuati anche in Lombardia sulla base dei dati delle schede di dimissione ospedaliera degli anni 1991 e 1992¹⁷ e, più recentemente, in Piemonte dove, nel quinquennio 1997-2001, è stato osservato un aumento costante dei ricoveri degli stranieri, per quanto continui a trattarsi di una quota molto esigua rispetto ai ricoveri degli italiani.²⁰

Su questo profilo di salute, sostanzialmente più sano di quello della popolazione ospite, incide una serie di fattori di rischio per la salute fisica e psichica legati alla precarietà della condizione dell'immigrato all'arrivo nel nostro paese, come indicato dall'alta incidenza di tubercolosi,²¹ malattia per la cui insorgenza è ben documentato il ruolo giocato dal disagio socioeconomico, dalla promiscuità e dalle scadenti condizioni igieniche di vita. Uno studio condotto nella provincia di Milano,²² caratterizzata da elevati tassi di immigrazione proveniente dai paesi in via di sviluppo, ha mostrato che gli immigrati rappresentavano il 22,8% di tutti i casi di tubercolosi diagnosticati nel periodo 1993-96: tra essi il tasso di incidenza del morbo è risultato ben 8 volte più alto rispetto alla popolazione italiana, ma il contagio nei confronti di quest'ultima è rimasto solo episodico. L'incidenza della tubercolosi è apparsa più elevata tra gli individui di più recente immigrazione e si è rivelata nella maggioranza dei casi dovuta alla riattivazione di un'infezione latente contratta nel paese d'origine.

Il primo e il secondo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia sottolineano come la salute degli immigrati sia condizionata dall'accumulazione di condizioni di svantaggio e di emarginazione, fra cui condizioni abitative scadenti e la mancata tutela dei lavoratori a causa della violazione delle norme sul lavoro regolare e dell'inosservanza delle norme sulla sicurezza nel lavoro.²³ Prendendo come riferimento uno studio condotto a livello europeo,²⁴ da cui è emerso che il tasso di incidenti occupazionali nei lavoratori stranieri è circa due volte più elevato rispetto ai lavoratori nativi, gli autori del rapporto sottolineano che nel nostro paese questo fenomeno è difficile da monitorare perché mancano dati nazionali relativi agli infortuni dei lavoratori stranieri. Inoltre è presumibile una forte sottostima del numero di infortuni sul lavoro degli immigrati a causa della mancata denuncia degli incidenti che coinvolgono lavoratori irregolari e la conseguente minore tendenza da parte degli stranieri che accedono al pronto soccorso a riferire l'infortunio al contesto lavorativo in cui è maturato. I casi gravi di infortuni sul lavoro non denunciati secondo Marceca po-

trebbero concorrere a spiegare la quota più elevata di ricovero in degenza ordinaria per traumi dei non residenti (17,5% delle cause di ricovero nel 1998) rispetto ai residenti (10,5%). Risultati in linea con i dati europei emergono da uno studio effettuato a livello locale sugli infortuni nel settore conciarario del territorio vicentino effettuato nel 1996, da cui è emerso che la percentuale di infortuni sul lavoro tra gli stranieri sembrerebbe superiore a quella registrata tra gli italiani e che quasi la metà degli infortuni gravi (con prognosi uguale o superiore ai trenta giorni) hanno colpito lavoratori stranieri.²⁵

Nella popolazione immigrata è inoltre particolarmente forte il nesso tra esclusione abitativa ed esclusione sociale, con presumibili rilevanti conseguenze sulla salute oltre che sul buon esito del ricongiungimento familiare. La carenza di dati sulle condizioni abitative degli immigrati impedisce tuttavia di valutare la relazione tra condizioni di salute e una serie di fattori di rischio, fra cui rientrano, oltre all'instabilità abitativa, le carenze igieniche e le cattive caratteristiche microclimatiche dell'abitazione (umidità, carenza di ricambio d'aria, scarsa luminosità), insieme al sovraffollamento e alla collocazione dell'abitazione nelle zone più degradate.

La maggior parte della popolazione immigrata (dal 50 al 70% secondo le stime riportate nel primo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia)²⁶ riesce a trovare una sistemazione abitativa evitando di cadere nella condizione di senza dimora. Il problema quindi riguarda prevalentemente la qualità delle condizioni abitative piuttosto che la mancanza di un'abitazione. Da un'indagine sulla condizione abitativa di alcune migliaia di stranieri effettuata nel 1998 emergono delle variazioni nella gravità del problema dell'affollamento abitativo tra una comunità e l'altra di immigrati, con differenze in ragione della regione anche all'interno della stessa comunità. Per esempio in Campania il 30% dei marocchini risulta vivere in sistemazioni di fortuna e l'indice medio di affollamento è pari a due mentre in Veneto questo gruppo di popolazione immigrata può beneficiare di migliori condizioni abitative con un valore più basso dell'indice medio di affollamento.²⁷

Nella lista dei problemi che affliggono la salute delle persone immigrate rientrano anche un'alimentazione squilibrata o carente di alcuni nutrienti, a causa delle difficoltà di adattamento ad una tradizione gastronomica diversa, alla difficoltà di reperire cibarie di largo consumo nel proprio paese di origine e ai vincoli economici nell'acquisto di alimenti. La salute di una parte della popolazione immigrata, prevalentemente di quella femminile, è inoltre fortemente minacciata dal problema della prostituzione con un forte rischio di contagio di malattie sessualmente trasmissibili. Una condizione di estremo disagio è costituita, infine, dalla detenzione in carcere che espone le persone immigrate ad una serie di fattori di rischio per la salute, insieme alle difficoltà di assistenza sanitaria.

Salute riproduttiva e salute infantile negli immigrati

Le donne immigrate, oltre a presentare una quota più elevata di ricoveri ordinari per gravidanza e parto, si differenziano nettamente dalle italiane per il maggior ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza. I ricoveri ordinari per questa causa ammontano all'1,7% per le straniere residenti e al 2,1% per quelle non residenti, contro lo 0,5% delle italiane. La percentuale di aborti praticati e registrati in Italia varia in ragione della zona di emigrazione (nel 1999 la quota più elevata riguardava le donne provenienti dall'Europa centro-orientale e dell'America centro-meridionale) e presenta sensibili differenze tra Nord e Sud Italia, dove in valori assoluti si praticano, rispettivamente, il maggior e il minore numero di interventi.²⁸ Come sottolineato nella Relazione sullo stato sanitario del paese nel 1999,²⁹ si stima che il numero complessivo di interruzioni di gravidanza sia ancora più elevato se si considerano i periodici ritrovamenti di abitazioni private in cui vengono praticati gli aborti clandestini, in particolare nella comunità cinese. Emerge inoltre che gli aborti effettuati sulle straniere, oltre a presentare un trend in crescita, coinvolgono donne con età media inferiore a quella delle italiane; dall'analisi dei racconti delle esperienze personali risulta che si tratta spesso di giovani donne nubili per le quali la maternità indesiderata si somma alla precarietà della condizione di vita e che ricorrono all'interruzione volontaria di gravidanza come sistema anticoncezionale.³⁰

Sensibili differenze nella salute riproduttiva delle donne immigrate rispetto alle italiane emergono anche quando si considera il modo in cui viene vissuta e portata a termine la gravidanza. La relazione sanitaria del 1999²⁹ riporta i dati di un'indagine dell'Istituto superiore di sanità sull'accesso e l'utilizzo dei servizi sanitari da parte delle donne immigrate nel corso della gravidanza, che ha rilevato ritardi e minore ricorso a controlli ed esami nel corso della gravidanza: il 42,5% delle immigrate non si era sottoposta ad un controllo nel primo trimestre di gravidanza, contro il 10,7% delle italiane; il 68% delle italiane aveva eseguito almeno quattro prelievi del sangue, contro il 11% delle immigrate; il numero medio di ecografie effettuate da ciascuna donna nell'intero corso della gravidanza ammontava a 4,8 nelle italiane e a 1,7 nelle immigrate, nelle quali si è anche rilevato un ritardo di almeno due mesi rispetto alle italiane nell'epoca media in cui effettuavano l'ecografia. Questa indagine aveva inoltre rilevato una grave carenza di informazioni nelle donne extracomunitarie rispetto all'assistenza e, più in generale, di supporto psicosociale offerto dalle strutture pubbliche alle donne in gravidanza. Le barriere culturali e linguistiche all'accesso alle visite ginecologiche e alle diagnosi prenatali, insieme ad un'alimentazione sbilanciata o insufficiente, a condizioni abitative insalubri e alla solitudine con cui le donne immigrate spesso vivono la maternità e il parto, costituiscono un insieme di fattori che concorrono a spie-

gare il maggiore rischio di complicanze durante la gravidanza, di parti prematuri, di basso peso alla nascita e di nati morti tra la popolazione immigrata.

Uno studio multicentrico³¹ condotto nel 1996-97 su scala nazionale su 3.906 neonati figli di genitori immigrati comparati con un gruppo di neonati italiani ha rilevato una maggiore frequenza di prematurità, di basso peso alla nascita e tassi più alti di mortalità neonatale per asfissia nei bambini nati da immigrati rispetto ai figli degli italiani. Tali eccessi sono apparsi correlati ad alcuni fattori di rischio come il più alto numero di parti sostenuto dalle donne immigrate, la più precoce età media alla gravidanza, infezioni materne, tossicodipendenza della madre, scarso reddito familiare, inadeguate cure ostetriche e difficoltà di accesso ai servizi sanitari pubblici. In base ai dati dell'Agenzia di sanità pubblica della Regione Lazio per gli anni 1997-98,³² il tasso di prematurità (età gestazionale <37 settimane) è risultato pari a 8,3% per i figli delle immigrate contro un tasso nei nati da donne italiane pari al 6,6%. Inoltre, fra questi bambini prematuri, si è osservato un tasso di mortalità ospedaliera del 46,8 per 1.000 negli immigrati contro il 27,2 degli italiani. Differenze nella percentuale di parti pretermine e di basso peso alla nascita a sfavore dei figli delle immigrate sono emerse anche dai dati di una ricerca su 15 anni di attività assistenziale condotta da un'azienda ospedaliera emiliana dal 1980 al 1995.²⁹ Congruenti con i risultati di tutti questi studi sono anche i dati relativi a natimortalità e basso peso alla nascita per i bambini stranieri nati o residenti in Piemonte, tratti dagli archivi ISTAT per gli anni 1995-96:³³ nascere da entrambi i genitori stranieri ha fatto aumentare del 43% il tasso di natimortalità e del 30% la percentuale di nati vivi di basso peso. Nel primo anno di vita per i bambini stranieri, soprattutto se non regolari, è stato più frequente il ricovero per malattie dell'apparato respiratorio, digerente e di competenza otorinolaringoiatrica, possibili sintomi di una maggiore esposizione a fattori di rischio abitativi e di un minore o più tardivo accesso all'assistenza primaria. Anche per i bambini da 1 a 14 anni, la maggiore percentuale di ricoveri (intorno al 10%) è apparsa legata a patologie dell'apparato respiratorio, con una notevole differenza rispetto agli italiani (circa 1%). Il peso della disuguaglianza letteralmente «incorporata» in uno stato di salute più precario, può essere caricato molto precocemente su una persona, addirittura sin dalla nascita o dalla gestazione (vedi capitolo 1.2, Parte I). Le condizioni di salute dei bambini immigrati risulta dunque minacciata, oltre che da precoci danneggiamenti del capitale di salute nelle prime fasi della vita, assai importanti per gli effetti sulla salute in età adulta, anche da altri aspetti particolarmente critici. Fra questi rientrano i possibili effetti negativi sulla maturazione psico-affettiva esercitati dalla precoce interruzione dell'allattamento al seno, spesso accompagnata dall'allontanamento dalla madre e dal nucleo familiare anche per periodi prolungati. Altri due aspetti critici sono rappresen-

tati dalla bassa copertura delle vaccinazioni obbligatorie, il più delle volte come risultato di un'insufficiente conoscenza dell'obbligo, e dalla carenza dell'intervento della pediatria di base, con conseguente improprio ricorso al pronto soccorso.

Immigrazione e salute mentale

L'esperienza migratoria, destabilizzante nel senso più proprio e più ampio del termine, comportando non solo una difficile ricollocazione fisica ma anche una più complessa transizione tra vissuti spesso diametralmente opposti, può rappresentare una linea di cesura e una disarmonia tale nel ciclo di vita individuale da incidere profondamente, e in forme molteplici, sullo stato di salute mentale delle persone che ne sono protagoniste. L'impatto sul benessere dei migranti risulta particolarmente lacerante quando tale scelta di radicale cambiamento si risolve in una sconfitta, comunque essa venga declinata, che si tratti della mancata integrazione, anche a distanza di anni, nella società d'accoglienza, specialmente se questa non si rivela poi così «accogliente», o del drastico rifiuto fisiologico o psicologico di stili di vita troppo distanti da quelli nativi per facilitare la benché minima assimilazione.

La tecnica delle «storie di vita» si è rivelata particolarmente utile nel mettere a fuoco alcune delle dinamiche che modellano il rapporto emigrazione-salute, ancora più proficua qualora si tratti della storia di un insuccesso, laddove talvolta i numeri e le statistiche non danno conto delle storie vissute da tanta parte della popolazione marginale che subisce sconfitte sociali devastanti. La raccolta di decine di biografie di migranti affetti da gravissime patologie psichiche, realizzata da alcuni psichiatri nel corso della propria attività professionale ultratrentennale, offre numerose indicazioni per far luce su alcune specifiche disuguaglianze di salute, in questo caso mentale, immediatamente correlate all'emigrazione e, in senso più ampio, all'emarginazione sociale.³⁴ I primi dati non sono recenti, essendo stati rilevati circa trent'anni fa in un ospedale psichiatrico della Sardegna, caratterizzato dalla particolarità un po' curiosa, e quindi stimolante a fini di ricerca, per cui molti degenti, prima di esservi rinchiusi avevano percorso la strada dell'emigrazione conclusasi con un fallimento. Anzitutto, ciò che è emerso è che alla base di ogni migrazione di lavoro c'è la miseria, l'indigenza, la disoccupazione, «un'esigenza di profitto che sposta gli uomini come merci, li sradica dal loro mondo domestico e comunitario, li amputa dei loro diritti sociali e politici di cittadinanza, li costringe a una situazione difficile dove il conflitto tra sopravvivenza materiale, necessità economica e soffocamento dei sentimenti costitutivi della persona, che legano ai propri luoghi, alla storia in cui si è nati e vissuti, è fonte di sofferenza». Nelle storie di migrazione tratte dai casi psichiatrici esaminati emergono tutti gli ingredienti delle esperienze di vita emarginata: lo scacco esistenziale, il senso di impotenza verso un progetto di

lavoro, lo smarrimento autocolpevolizzante di una mutilazione temporale. «Più che i segnali premonitori della follia o i tratti morbosi di personalità, in questi casi si sono intraviste le trame insidiose di una condizione di vita marginalizzata che hanno irretito il percorso dell'emigrante, soprattutto povero, lo hanno respinto, e hanno giocato in modo tale che alla fine fosse la sconfitta sociale a vincere». Più tardi, nella seconda metà degli anni ottanta, quando ufficialmente si dichiarò che l'Italia, sulla base delle statistiche

dei flussi migratori del 1973, aveva cessato di essere un paese di emigrazione, lo stesso gruppo di psichiatri ha iniziato a occuparsi di storie di immigrati extracomunitari giunti nei Servizi di Salute Mentale: anche in questa seconda fase di studi sull'immigrazione degli «altri», ciò che è risaltato è stato che a vincere è spessissimo la sconfitta, specialmente quando è in gioco il lavoro, il salario, il bisogno, l'imperativo categorico di sopravvivere altrove, e la casistica psicopatologica lo conferma.

Bibliografia

- Marmot M, Wilkinson G. *Social determinants of Health*, New York, Oxford University Press, 1999.
- Wilkinson R G. *Unhealthy societies. The afflictions of Inequality*, Londra, Routledge, 1996, p.215.
- Shaw M, Dorling D, Davey Smith G. Poverty, social exclusion, and minorities. In: Marmot M, Wilkinson G. *Social determinants of Health*. New York, Oxford University Press, 1999.
- Commissione d'indagine sull'esclusione sociale 1997-2001, Saraceno C. (A cura di). *Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale*. Roma, Carocci, 2002.
- ISTAT. La povertà in Italia. *Note rapide*, 1 Luglio 2002.
- Vannoni F, Costa G, Saraceno C, Negri N, Cardano M, Marinacci C. Famiglie con figli in condizione socio-economica svantaggiata. In: Istituto Nazionale di Statistica. *Informazione statistica e politiche per la promozione della salute. Atti del Convegno*. Roma, ISTAT, 2004 in stampa.
- Panizon F, Tamaro P, Facchin P. L'infanzia in Italia: morbosità, handicap e qualità della vita. In: Geddes M. *La salute degli italiani*. Roma, NIS, 1992.
- Frigerio A, Pesenti S, Molteni M, Snider J, Battaglia M. Depressive symptoms as measured by the CDI in a population of northern Italian children. *Eur Psychiatry* 2001; 16: 33-7.
- Roberts RE, Attkinsson SS, Rosenbalt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 715-25.
- Saraceno B., Barbui C. Poverty and mental illness. *Can J Psychiatry* 1997; 42: 285-90.
- Grosso L, Tabacchi G. (A cura di). *Inclusione sociale e nuove povertà: persone senza fissa dimora, immigrati, accompagnamenti lavorativi*. Documento per il gruppo di lavoro «Vivibilità delle città e inclusione sociale». Torino, 20-22 settembre 2002.
- Morrone A, Latini O. Le persone senza fissa dimora: salute senza esclusione. In AAVV. *Storie di barboni rasati a secco*. Armando editore Roma 2000; pagg. 25-52.
- Fondazione Zancan. Indagine sui senza dimora. In: Commissione d'indagine sull'esclusione sociale 1997-2001, Saraceno C. (A cura di). *Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale*. Roma, Carocci 2002.
- Morrone A, et al. *La condizione di salute delle persone senza fissa dimora a Roma. Servizio di Medicina preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale dell'Ospedale S. Gallicano di Roma (IRCCS)*, Roma 2001.
- Meo A. *Vite in bilico. Sociologia della reazione a eventi spiazzanti*. Napoli, Liguori, 2000, p. 147.
- Fox AJ, Goldblatt PO. Longitudinal study socio-demographic mortality differentials. London, HMSO Office of Population Censuses and Surveys, 1982, (Series Ls n° 1).
- Bandera L. Salute e malattia nel contesto migratorio. *Quaderni di sociologia* 1992; 60: 78-116.
- Ministero della Sanità. *Relazione sullo stato sanitario del paese 2000*. Roma, 2001: 191-197.
- Regione Lazio, Assessorato alla Salvaguardia e Cura della Salute. Proposta del piano sanitario regionale del triennio 2000-02. Roma, 1999: 115-118.
- Coffano ME, Migliardi A, Mondo L. Stranieri e sanità. In: *Osservatorio interistituzionale sugli stranieri in provincia di Torino*. Rapporto 2002, Torino, 2003: p.187-199.
- Rapiti E, Fano V, Forestiere F, et al. Determinants of tuberculosis in an immigrant population in Rome. *Int J Tuberc Lung Dis* 1998; 2: 479-83.
- Codecasa LR, Porretta AD, Gori A et al. Tuberculosis among immigrants from developing countries in the province of Milan, 1993-1996. *Int J Tuberc Lung Dis* 1999; 3: 589-95.
- Marceca M. La salute. In: Zincone G. (a cura di), *Secondo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*. Il Mulino, Bologna, 2001
- Bollini P, Siem H. No Real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. *Soc Sci Med* 1995; 41:819-828 (citato da Marceca M. La salute. In: Zincone G. (a cura di), *Secondo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2001).
- Fiorio A. Comunicazione al convegno «Lavorare in Italia: la salute e la sicurezza dei lavoratori immigrati», Venezia 1998 (citato da Marceca M. La salute. In: Zincone G. (a cura di), *Secondo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2001).
- Zincone G. Introduzione e sintesi. Un modello di integrazione ragionevole. In: Zincone G. (a cura di), *Primo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*. Il Mulino, Bologna, 2000: 89.
- Golini A, Strozza S, Amato F. Un sistema di indicatori di integrazione: primo tentativo di costruzione. In: Zincone G. (a cura di), *Secondo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*. Il Mulino, Bologna, 2001.
- Caritas Immigrazione. *Dossier statistico immigrazione 2002*. Roma, Nuova Anterem, 2002, p. 115
- Ministero della Sanità. *Relazione sullo stato sanitario del paese 1999*. Roma, 2000: 156-179.
- Parolai L, Sacchetti G. Diversità culturali e contraccezione. In: Percorsi di donne, Percorsi Editoriali, Roma, Carocci, 2002 (citato in: Caritas Immigrazione. Dossier statistico immigrazione 2002, Roma, Nuova Anterem, 2002, p. 115).
- Bona G, Zaffaroni E. Infants of immigrant parents in Italy. A national multicentre case control study. *Panminerva Med* 2001; 43: 155-9.
- Di Lallo D, Franco F, Miceli M, Farchi S, Perucci C. Disegualianza negli esiti riproduttivi e nell'offerta di assistenza perinatale fra le donne immigrate. In: Associazione Italiana di Epidemiologia, XXIV Riunione annuale - Riassunti dei contributi scientifici, Roma, 2000: 91.
- Regione Piemonte. Assessorato alla Sanità. *La salute in Piemonte 2000*. Torino, 2001.
- Mellina S, Mellina C. Emigrare. Quando vince la sconfitta. Storie di migranti raccontate da uno psichiatra ad un'antropologa. *Critica sociologica* 1992-93; 104: 53.

1.4 Il lavoro Work

Chiara Marinacci,¹ Ester Cois,²

¹ Servizio regionale di epidemiologia, ASL 5, Grugliasco (TO)

² Dipartimento di scienze sociali, Università di Torino

Messaggi chiave

- La relazione tra salute e classe sociale, attribuita agli individui in ragione dell'occupazione svolta, ha evidenziato tra gli uomini forti gradienti nella mortalità, nella morbosità, nella disabilità e nei traumatismi, con significativi e persistenti svantaggi tra gli individui di classe operaia rispetto alla borghesia. A ciò si accompagnano gradienti simili in comportamenti e stili di vita insalubri.
- Tra le donne, il gradiente di mortalità per classe sociale appare invece più modesto; se analizzato in ragione della gerarchia di dominio, sono le posizioni sovraordinate a presentare lievi eccessi di mortalità. Il profilo di salute diviene tuttavia più favorevole, per ciascuna classe occupazionale, in presenza di figli a carico.
- La letteratura scientifica ci indirizza a considerare due classi di spiegazioni, legate al lavoro, che possono dar conto del gradiente di salute per classe sociale: da un lato quella che riguarda la sicurezza tecnica

e ambientale, dall'altro quella legata agli aspetti organizzativi delle relazioni professionali e al contenuto delle attività svolte.

- Nonostante l'ampia documentazione epidemiologica e l'estesa legislazione che tutela i lavoratori dai rischi di infortuni e di malattie professionali, l'ambiente di lavoro continua a presentare condizioni di rischio sia per l'occorrenza di infortuni sia per l'insorgenza di malattie legate a esposizione prolungata nell'esercizio della mansione; la frequenza di queste condizioni varia fortemente in ragione della classe sociale.

- Anche i processi sociali e organizzativi del lavoro hanno mostrato effetti sulla salute: situazioni caratterizzate da forti richieste e bassa autonomia decisionale sono risultate associate ad assenteismo per malattia più frequente, maggiore prevalenza di fattori di rischio cardiovascolare e di disturbi muscolo-scheletrici, maggior rischio di mortalità generale e per malattie cardiovascolari.

Introduzione

Il lavoro costituisce una dimensione imprescindibile nell'analisi dei determinanti sociali della salute: ha un'importanza centrale nel produrre ricchezza, con conseguente impatto sulle condizioni di vita, le opportunità, lo stile di vita; contribuisce inoltre alla formazione di un'identità sociale e ad alimentare l'autostima, costituendo il criterio più importante di stratificazione sociale; è l'ambito entro cui si manifestano alcune delle più importanti esperienze sociali e psicologiche, e in cui si produce, in ragione del tempo di lavoro, il maggior rischio per la salute in presenza di condizioni di rischio e fattori ambientali di esposizione.^{1,2}

Il contesto patogenetico della realtà lavorativa ha costituito un autentico terreno d'elezione per la formulazione e la verifica di ipotesi circa i determinanti sociali delle disuguaglianze di salute e i meccanismi psicofisiologici sottesi. Infatti, se al lavoro è riconosciuta una potenzialità strutturante rispetto alle gerarchie socioeconomiche, il suo svolgimento in ambienti tangibili, i suoi schemi organizzativi i rapporti di potere e di solidarietà, possono acquisire un'importanza discriminante nell'interpretazione di gradienti di salute. A co-

minciare dai nessi tra agenti patogeni, con specificità di reazione, e affezioni clinicamente diagnosticabili nell'uomo entro specifiche condizioni fisiche e ambientali proprie di alcune mansioni, tali da configurare vere e proprie malattie professionali. In questo ambito, gli studi epidemiologici sono risaliti, dall'analisi dei danni conclamati, all'identificazione delle soglie di rischio, rendendo possibili estese iniziative preventive. Meno palese, rispetto al quadro eziologico delle cosiddette «malattie professionali» può risultare il nesso tra fattori di rischio psicosociale e salute, ossia tra fattori più specificamente legati ai processi sociali e organizzativi del lavoro e lo stato di benessere dei soggetti coinvolti. Uno stimolo cruciale all'orientamento della ricerca verso tali tematiche è stato prodotto dagli studi sullo *stress*³

La partecipazione alle diverse forme di interazione sociale ha un riflesso immediato nella mente degli individui, sia sul piano cognitivo sia su quello emotivo e affettivo. L'interazione e i suoi riflessi nella psiche possono costituire fattori di *stress* (*stressors*), inducendo negli individui una tensione (*strain*) alla quale corrisponde, da un lato una reazione psicologica costituita da ansia, frustrazione, collera o risentimento, dall'al-

tra una reazione fisiologica espressa dall'attivazione del sistema neuroendocrino. Se le occasioni di tensione scandiscono normalmente la quotidianità individuale, la reazione fisiologica innescata dagli stimoli stressanti può convertirsi in un rischio per il benessere psicofisico quando tali sollecitazioni superano una certa soglia di intensità, di frequenza e di persistenza temporale, generando una condizione di *stress* cronico direttamente correlata a un ampio ventaglio di comportamenti dannosi per la salute, patologie fisiche e psichiche.^{4,6} Il nesso tra posizione sociale e salute (vedi anche capitolo 3.2, Parte II) è stato ancorato proprio alla sfera delle relazioni sociali, specificamente a quelle che si definiscono in ragione dei processi di «strutturazione» delle classi,⁷ per i quali l'occupazione costituisce un parametro centrale. L'impatto di tali relazioni sulla definizione e sulla costante riconferma dell'identità personale sarebbe all'origine dei processi biologici determinanti le patologie per le quali è stato documentato un gradiente sociale.⁸ Tra i meccanismi attivati in questo tipo di processo, ampiamente accreditato appare quello della cosiddetta «privazione relativa» un senso di squilibrio percepito da ciascun individuo in virtù della propria posizione come membro di un gruppo o in ragione della posizione, all'interno della società, del proprio gruppo di appartenenza.^{9,10} Il senso di privazione tenderebbe a crescere con regolarità, dalle classi sovraordinate a quelle subordinate, sebbene il processo di adozione di «un gruppo di riferimento comparativo» rispetto al quale maturare la propria inferiorità in termini di vantaggi sociali, possa non essere lineare, risentendo non tanto della semplice posizione nella struttura sociale, quanto piuttosto delle proprie caratteristiche biografiche o di quelle della rete di relazioni cui si appartiene.

Uno dei principali processi di strutturazione dei rapporti di classe è stato indicato nella distribuzione differenziata delle opportunità di mobilità sociale anche in ambito professionale:^{7,11} sarebbe tale struttura di opportunità a influenzare il rapporto tra aspirazioni e realizzazioni, definendo così l'intensità del senso di privazione relativa e le sue conseguenze. Quali che siano le aspirazioni di ascesa sociale di un individuo, le probabilità di concretizzarle variano in ragione della classe sociale cui esso appartiene, sia che si tratti di mobilità a corto raggio (diretta verso la più vicina classe sovraordinata), che a lungo raggio. La percezione di una discrepanza, più o meno marcata, tra aspirazioni e realizzazioni, in un contesto sociale fortemente competitivo e segnato dal valore del successo e dell'affermazione individuale, ha dei costi pesanti a scapito della salute: può minare l'autostima, può indurre uno stato di costante tensione nei continui adeguamenti di obiettivi ideali e conseguimenti reali, può soggiogare a pesanti carichi psichici.⁸ In definitiva, può generare una condizione di *stress* cronico¹² e, per suo tramite, tradursi in diseguaglianze di salute.

Nel medesimo solco interpretativo delle diseguaglianze sociali di salute in termini di privazione relativa, possono an-

noverarsi le spiegazioni che ricorrono al concetto di *controllo*, il cui contesto teorico di riferimento è costituito dalla tradizione di studi sullo *stress* lavorativo avviata da Karasek;¹³ il suo contributo teorico formalizzato nel modello *demand/control* ipotizza l'effetto stressogeno, con conseguenze sulla salute, prodotto dalla combinazione tra un basso livello di controllo sui tempi e modi di esecuzione del proprio lavoro (*job decision latitude*) e un elevato grado di richieste psicofisiche (*demand*).²

Numerosi studi hanno documentato la presenza di una relazione significativa tra la combinazione alte richieste/ basso controllo (*job strain*) e occorrenza di malattie cardiovascolari.¹⁴⁻¹⁶ Questo modello teorico è stato successivamente arricchito attraverso l'introduzione di un'ulteriore dimensione, quella del sostegno sociale, supposto modificatore dell'effetto del *job strain* sulla salute.¹⁷

I recenti e profondi cambiamenti registrati nel mercato del lavoro, caratterizzati da una crescente diffusione del lavoro «flessibile» e dell'instabilità lavorativa, hanno richiesto una estensione del concetto di *job control*, da molti considerata la dimensione più rilevante,⁶ rispetto alla precedente concettualizzazione, prettamente centrata sulle caratteristiche delle mansioni lavorative. Il modello *effort/reward imbalance* elaborato da Siegrist¹⁸ individua quale determinante dello *stress* lo squilibrio tra sforzi (*efforts*) e ricompense (*rewards*), distribuite queste ultime attraverso tre sistemi di remunerazione: denaro, stima e opportunità di carriera, ivi inclusa la sicurezza del lavoro. La «tossicità» di talune circostanze, caratterizzate dalla violazione della norma di reciprocità tra costi e guadagni, condurrebbe a una compromissione del benessere psicofisico. Tra i tre ruoli considerati nel modello (lavorativo, familiare e di tipo «civico»), è principalmente in relazione a quello lavorativo che viene teoricamente configurato l'impatto sulla salute di uno squilibrio sforzi/ricompense. L'impatto della cosiddetta «sindrome da remunerazione inadeguata» è stato documentato non soltanto sulle patologie cardiovascolari ma anche sulla salute mentale e sulla salute percepita.²

In ultimo, un largo credito scientifico e un altrettanto consistente supporto di ricerca, può vantare un'ulteriore modello teorico che presta attenzione alla collocazione individuale nelle diverse gerarchie sociali; si tratta della «teoria dell'inconsistenza di *status*» secondo la quale le tensioni insite nell'esperienza di uno *status* inconsistente (quale, per esempio, quello caratteristico di soggetti che, collocati in una determinata classe occupazionale dispongano di un'istruzione superiore rispetto a quella richiesta dalla loro collocazione), potrebbero essere sufficientemente acute o suscettibili di un'accumulazione progressiva tale da generare una condizione di *stress* cronico e, per suo tramite, tradursi in un malessere psicofisico diffuso o in specifiche patologie.¹⁹

Merita comunque uno specifico richiamo il contributo di un'altra chiave interpretativa delle diseguaglianze sociali nel-

la salute, basata sull' «effetto selezione» o *drift hypothesis*²⁰⁻²¹ che istituisce una relazione causale tra lo stato di salute degli individui e le loro opportunità di mobilità sociale inter e intra-generazionale, e che quindi individua nel capitale biologico di nascita dell'individuo il principale determinante della posizione sociale che esso ricopre in età adulta. Rientrano in questo ambito i meccanismi di discriminazione professionale basati sullo stato di salute, che possono cioè limitare o impedire l'accesso e la progressione nelle carriere di lavoro.

Coinvolta dal *trend* generale delle economie di mercato occidentali, anche l'Italia attraversa da tempo un processo di profonda trasformazione del lavoro, la cui mutata fisionomia costituisce una cornice imprescindibile nell'interpretazione dei più recenti risultati di ricerca. Tra le evoluzioni più significative emergono: un ridimensionamento del lavoro in produzione e un aumento nel settore dei servizi, soprattutto dei servizi alla persona; una maggiore discontinuità e segmentazione del mercato del lavoro; una riduzione delle occupazioni a tempo pieno; un aumento della flessibilità delle soluzioni occupazionali; una maggiore presenza femminile nel mercato del lavoro; l'estensione dell'età lavorativa e, quindi, un invecchiamento della popolazione occupata; una diminuzione dello *stress* fisico e un aumento dello *stress* psichico o, più probabilmente, una maggiore attenzione teorica ed empirica, anche nell'ambito dell'epidemiologia italiana, verso l'impatto sulla salute dei determinanti psicosociali correlati all'ambiente lavorativo.^{22,23}

La relazione tra professione e salute sarà trattata nei capitoli seguenti secondo un ordine deduttivo, partendo cioè dalla considerazione del gradiente socio-occupazionale riscontrabile nella speranza di vita e attraverso indicatori di morbosità e mortalità, e successivamente distinguendo le due componenti di rischio insite nel lavoro che possono dar conto di simili diseguaglianze: quella che riguarda la sicurezza tecnica e ambientale e quella di matrice psicosociale, legata più propriamente agli aspetti organizzativi delle relazioni professionali, al contenuto delle attività svolte, alla percezione dello *stress* legato alla propria situazione lavorativa.

Classi occupazionali e diseguaglianze di mortalità

Le differenze nella speranza di vita in ragione del tipo di lavoro svolto sono state analizzate nell'ambito dello Studio Longitudinale Torinese²² nel periodo 1981-1991, distinguendo la popolazione attiva al 1981 in tredici classi occupazionali secondo i criteri proposti da Esping-Andersen.²⁴⁻²⁵

Tra gli uomini, la speranza di vita è apparsa ridursi muovendo dalle classi occupazionali sovra-ordinate (professionisti dipendenti e dirigenti) verso quelle subordinate (operai comuni, addetti ai servizi non qualificati), su cui grava uno svantaggio, rispetto alle prime, di circa tre anni.

La relazione tra mortalità e classe sociale, attribuita agli in-

dividui in ragione dell'occupazione presente o passata, è stata inoltre analizzata prendendo in considerazione altri due differenti raggruppamenti di occupazioni, rispettivamente basati sulle proposte teoriche di Schizzerotto²⁶⁻²⁸ e Dahrendorf,²⁹ non sulla base della somiglianza dei ruoli tecnici, quanto piuttosto sui ruoli sociali sottesi all'esercizio delle differenti professioni. Prendendo in considerazione la prima classificazione occupazionale, significativi eccessi nella mortalità generale si riscontrano tra gli uomini, in età compresa tra 18 e 59 anni, nella classe operaia (SMR = 109, IC 95%: 106-112), mentre i dirigenti (SMR = 69, IC 95%: 62-75), la classe media impiegatizia (SMR = 88, IC 95%: 84-92) e la piccola borghesia con dipendenti (SMR = 88, IC 95%: 79-99) risultano protette. Tra gli operai, la costellazione delle cause di morte responsabili dell'eccesso osservato appare piuttosto ampia e con chiara connotazione; essa contiene le cause legate alle condizioni dell'ambiente di lavoro (malattie respiratorie e cadute), quelle legate allo *stress* (malattie ischemiche del cuore e cerebrovascolari), l'insieme delle cause legate a stili di vita insalubri (tumore al polmone e cirrosi), quelle che esprimono situazioni di disagio sociale (*overdose*), cause che esprimono processi pregressi di esclusione sociale (tumore allo stomaco) e di difficoltà di accesso a servizi sanitari e cure adeguate (morti evitabili) e infine le morti per malattie psichiche e nervose, espressione di eventuali processi di selezione per i quali la precarietà della salute influenza il destino occupazionale individuale. Tra le donne invece si osservano eccessi modesti e non significativi sia nella classe operaia sia tra le dirigenti, mentre mostrano profili epidemiologici più favorevoli la classe media impiegatizia e le donne imprenditrici. Il profilo della mortalità generale della popolazione attiva femminile diviene consistentemente più favorevole, per ciascuna classe occupazionale, in presenza di figli a carico, indipendentemente dallo stato civile, forse per effetto dell'adozione di stili di vita più salutari in questo gruppo.

Analizzando gli andamenti dei differenziali occupazionali di mortalità tra gli anni ottanta e gli anni novanta, a un generale miglioramento dello stato di salute della popolazione occupata, più marcato tra le donne, corrisponde un aumento delle diseguaglianze sociali.

L'analisi della relazione tra mortalità e classe occupazionale definita secondo la proposta teorica di Dahrendorf, sempre nella popolazione torinese di età compresa tra 18 e 59 anni nel 1981 e seguita fino al 1991, ha fatto registrare una forte relazione tra salute e posizione occupazionale nella gerarchia di dominio. La classe collocata nella posizione gerarchica più elevata (costituita da chi «dà ordini») e quella intermedia («dà e riceve ordini») godono di una significativa protezione (SMR = 87, IC 95%: 83-92) tra gli uomini, mentre la classe che occupa la posizione di maggiore subordinazione («riceve ordini») presenta un eccesso significativo (SMR = 112, IC 95%: 109-115), con una elevata

mortalità per specifiche cause che ripropongono il profilo esposto precedentemente per la classe operaia. Tra le donne sono invece le posizioni sovraordinate a presentare gli eccessi di mortalità più consistenti.

La regolarità della relazione lineare, osservata in particolare tra gli uomini, tra classe socio-occupazionale e salute ha tuttavia fatto registrare una sorta di «anomalia» nell'ambito del profilo di mortalità e morbosità di una specifica categoria professionale, quella dei lavoratori autonomi. Tale irregolarità è stata documentata da uno studio condotto sui lavoratori autonomi di Torino e del Piemonte negli anni ottanta e novanta,³⁰ utilizzando le informazioni dello Studio Longitudinale Torinese e dell'Indagine Multiscopo sulla famiglia condotta dall'ISTAT negli anni 1994-95.³¹ Considerati nel loro insieme, i lavoratori autonomi hanno mostrato un profilo epidemiologico intermedio tra quello di imprenditori, liberi professionisti e dirigenti, da un lato, e quello degli operai dall'altro. Un'analisi più ravvicinata dei lavoratori autonomi ha fatto però osservare una peculiarità: i titolari di imprese individuali, che svolgevano la loro attività senza il supporto di dipendenti, hanno mostrato un profilo epidemiologico sistematicamente meno favorevole degli operai specializzati e, talvolta, peggiore di quello degli operai comuni, ossia di coloro che ricoprivano una posizione sociale a essi subordinata. Il confronto temporale tra gli anni ottanta e gli anni novanta dei tassi standardizzati di mortalità ha inoltre messo in luce una sensibile divaricazione dei profili epidemiologici delle due classi piccolo borghesi incluse nella categoria studiata, cioè la piccola borghesia con e senza dipendenti, a scapito di quest'ultima per effetto, tra gli uomini, di un decremento della mortalità più scarso di quello osservato nella popolazione generale e, tra le donne, di un andamento lievemente crescente; al contrario, la piccola borghesia con dipendenti è risultata essere, in entrambi i generi, la classe con un miglioramento più sensibile del proprio stato di salute. Una delle ipotesi più accreditate per dar conto dell'«anomalia» del lavoro autonomo ha individuato, quale causa degli eccessi di mortalità osservati, i carichi di lavoro relativamente più elevati sopportati dai lavoratori senza dipendenti che offrono servizi alle imprese (la categoria segnata dai rischi relativi più marcati per un ampio spettro di cause di morte). In altri termini, soprattutto il lavoro condotto in imprese di piccole dimensioni e in imprese individuali esporrebbe a due peculiari fattori di rischio: lo *stress* e l'erosione del tempo necessario per la cura della propria salute. Tuttavia, per alcune sotto-categorie il sovraccarico lavorativo configura una situazione di rischio, per altre risulta associato a una condizione protettiva, forse dovuta a un fenomeno di selezione. Il quadro delle cause di morte responsabili degli eccessi di mortalità osservati tra questi lavoratori si è prestato a un'interpretazione coerente con l'ipotesi del sovraccarico lavorativo: si sono infatti ritrovati eccessi tali da valere, da un lato, come indizi di pesanti condizioni di *stress* (malattie

cerebrovascolari, ischemiche del cuore, *overdose*, cirrosi, tumore al polmone), legate in parte a comportamenti insalubri di compensazione a situazioni di tensione,³² dall'altro come indizi di barriere d'accesso a cure mediche appropriate (diabete, morti evitabili).

Prendendo in considerazione le differenze socio-occupazionali su indicatori di morbosità, il patrimonio informativo dell'indagine trimestrale dell'ISTAT sulle forze lavoro è stato utilizzato su campioni delle regioni Veneto e Lombardia relativi agli anni 1985, 1986 e 1989.³³ Le informazioni sulle assenze temporanee dal lavoro, sul lavoro a tempo parziale, sull'abbandono del lavoro, sulla mancata ricerca di lavoro, ciascuna in relazione a problemi di salute, sono state confrontate tra classi occupazionali basate sulla posizione nella professione. Nell'ambito del lavoro dipendente, i risultati dello studio hanno evidenziato una maggiore frequenza di assenze per malattia tra i lavoratori manuali, rispetto ai colletti bianchi; la quota di abbandoni del lavoro per motivi di salute è risultata invece più elevata tra i lavoratori in proprio e coadiuvanti.

L'indagine «Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari» condotta dall'ISTAT nel 1999-2000 su un campione di 52.300 famiglie, per un numero complessivo di circa 140.000 individui,³⁴ ha fornito un utile strumento per analizzare differenze professionali sullo stato di salute, espresso attraverso una pluralità di dimensioni.³⁵ In generale, nei giudizi negativi sul proprio stato di salute sono emerse significative differenze per classe sociale tra borghesia e classe media impiegatizia da una parte e l'insieme della piccola borghesia e della classe operaia dall'altra (con una prevalenza di cattiva salute più che raddoppiata tra gli operai rispetto alla classe borghese). Anche la prevalenza di malattie croniche è apparsa decrescente al crescere della classe sociale: negli uomini la relazione è risultata regolare ma meno intensa rispetto a quella rilevata per la salute percepita (con un eccesso dell'8% nella prevalenza di malattie croniche nella classe operaia rispetto alla classe borghese; tale eccesso cresce al 17% per due o più malattie croniche); tra le donne il quadro è apparso simile: gli eccessi nelle classi sfavorite hanno variato dal 6 al 12% per una malattia cronica e dal 22 al 28% per due o più malattie croniche, rispetto alla classe borghese. La classe sociale è apparsa anche associata con differenti prevalenze di disabilità: per gli uomini della classe operaia e della piccola borghesia il rischio di avere almeno una disabilità è apparso incrementarsi del 90% rispetto alla borghesia, con eccessi di rischio più che raddoppiati nelle difficoltà motorie; nelle donne le disuguaglianze osservate sono risultate meno intense e gli svantaggi sono apparsi maggiormente concentrati nella piccola borghesia. Per quanto riguarda l'occorrenza di traumi, fra gli uomini occupati la maggiore frequenza ha contraddistinto la piccola borghesia e la classe operaia, con eccessi superiori al 60% rispetto alla borghesia. La combinazione tra le differenze sociali e professionali nel-

la speranza di vita ricavabili dallo Studio Longitudinale Torinese e le differenze socio-occupazionali nello stato di salute percepito, nella morbosità cronica, nella disabilità e nella prevalenza di alcuni fattori di rischio (fumo, obesità, inattività fisica) ha permesso di confrontare le diverse classi combinandovi l'esperienza di mortalità e quella di morbosità.³⁶ tra gli uomini di 35 anni si osservano differenze tra le classi estreme (borghesia e classe operaia) più elevate per la speranza di vita in buona salute (2,7 anni) e per quella libera da malattie croniche (2,2 anni) e meno intense per la speranza di vita libera da disabilità (0,6 anni). A 55 anni sono soprattutto la speranza di vita libera da malattie croniche (1,4 anni) e quella libera da disabilità (1,3 anni) a mostrare differenze più sensibili tra le classi estreme. Tra le donne, le modeste differenze di classe, tra gli estremi, nella speranza di vita totale a 35 anni (0,2 anni) sono confermate per quella in buona salute e quella libera da disabilità, mentre sono più accentuate per la speranza di vita libera da malattie croniche (1,4 anni). A 55 anni il quadro rimane invariato per la speranza di vita in buona salute (0,2 anni), mentre mostra differenze sensibili per quella libera da malattie croniche (1 anno) e da disabilità (0,7 anni).

Molte delle differenze di classe sociale nella salute si accompagnano a evidenti differenze in comportamenti e stili di vita dannosi (vedi capitolo 1.7, Parte I), generando gradienti sociali di specifiche cause di morbosità e mortalità, ma influenzando anche evidenti differenze sociali nei comportamenti delle generazioni successive, come emerge da un'analisi condotta sul sotto-campione piemontese dell'indagine ISTAT sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari del periodo 1994-1995:³⁷ nei maschi tra i 14 e i 30 anni si osserva una quota maggiore di fumatori tra i figli di operai (36%) e della piccola borghesia (31%) rispetto ai figli della classe media impiegatizia (21%) e della borghesia (27%), con una propensione a iniziare più precocemente e a fumare un maggior numero di sigarette tra i primi. Tra le ragazze della stessa età il gradiente sociale appare invertito, simile a quello delle precedenti generazioni.

Le informazioni dello Studio Longitudinale Torinese hanno permesso di sottoporre a verifica l'«effetto selezione» come chiave interpretativa delle diseguaglianze occupazionali nella salute a Torino, valutando in particolare in quale misura lo stato di salute, espresso dai ricoveri ospedalieri nel periodo 1984-86, condizioni le opportunità di mobilità occupazionale nel periodo 1981-1991; il contributo della mobilità occupazionale all'interno e nell'intorno (disoccupazione e pensionamento precoce) del mercato del lavoro nella generazione delle diseguaglianze; e infine il contributo della mobilità condizionata dalla salute nella strutturazione delle diseguaglianze di salute.³⁸ L'impatto delle condizioni di salute sulla mobilità occupazionale è risultato piuttosto modesto; più rilevante è risultato invece l'effetto dei ricoveri sul pensionamento precoce. Lo studio stima inoltre, in

un massimo del 13% tra gli uomini e del 22% tra le donne, la quota di morti attribuibili alle diseguaglianze prodotte da processi di mobilità occupazionale condizionata dallo stato di salute.

Rischi fisici e salute: malattie professionali e infortuni

L'esposizione ad agenti patogeni fisici e chimici sul luogo di lavoro, così come i rischi per l'incolumità personale correlati allo svolgimento di mansioni pericolose, costituiscono alcuni dei terreni di osservazione più battuti dalla medicina del lavoro e dalla ricerca epidemiologica, in vista della definizione di un quadro sempre più esaustivo dei nessi esistenti tra posizione professionale e salute. Numerosi studi italiani hanno dato conto delle associazioni tra storie professionali e occorrenza di patologie:³⁹⁻⁵⁷ a essi si rimanda per una trattazione specifica del tema.

Nonostante l'ampia legislazione che tutela i lavoratori dai rischi di infortuni e di malattie professionali, l'ambiente di lavoro continua a presentare condizioni di rischio sia per l'occorrenza di eventi acuti che per l'insorgenza di malattie legate a un'esposizione prolungata nell'esercizio della mansione.³⁷ Il progetto CAREX (*Carcinogen Exposure*) ha stimato come circa il 24% della forza lavoro italiana sia esposta ad agenti cancerogeni.⁵⁸ Negli ultimi anni, nella maggior parte delle industrie è stata registrata una progressiva diminuzione dell'esposizione ai fattori di rischio tradizionali (fumi, polveri, metalli, silice, asbesto, rumore, solventi, eccetera) che, congiuntamente ai cambiamenti nella struttura produttiva, fa ipotizzare una futura riduzione dell'occorrenza di malattie professionali. Una indagine campionaria del 1999, di fonte sindacale, sulle condizioni di lavoro e di salute dei lavoratori piemontesi di alcuni comparti produttivi, evidenzia tuttavia la presenza, per quasi la metà del campione, di fattori di rischio tradizionali, legati a fumi, polveri o eccessivo rumore e riporta che, tra gli uomini, circa il 25% del campione affermi di manipolare sostanze pericolose.⁵⁹

Lo Studio Longitudinale Torinese, la cui natura offre il vantaggio di prendere in considerazione la latenza con cui si manifestano gli effetti dei rischi occupazionali, ha valutato la mortalità nel periodo 1981-1995 in funzione dell'esposizione nel 1981 ai principali fattori di rischio degli ambienti di lavoro (oli minerali, fumi di saldatura, fumi di fonderia, polveri di silice, polveri di asbesto, vapori di solventi e rischi per la sicurezza), attraverso l'attribuzione di una specifica matrice di classificazione che raggruppa tutte le combinazioni di professioni o attività economiche che hanno una buona probabilità di essere esposte a ciascun fattore di rischio.²² Lo studio ha analizzato in dettaglio l'impatto dei singoli fattori di rischio sulle cause di morte che risultano essere, dalla letteratura, il bersaglio della loro azione nociva (in particolare, tumori delle vie digestive, del sistema respiratorio e di quello urinario; malattie broncopolmonari croniche, cause acciden-

tali). Eccessi statisticamente significativi sono emersi negli esposti a oli minerali per tumore all'esofago (SMR = 179, IC 95%: 107-279); negli esposti ai fumi di saldatura per tumori della laringe (SMR = 268, IC 95%: 115-529); negli esposti a polveri di asbesto e silice e a solventi per tumori sia della laringe (rispettivamente, SMR = 193, IC 95%: 118-298; e SMR = 256, IC 95%: 139-429) sia del polmone (SMR = 130, IC 95%: 112-150; e SMR = 145, IC 95%: 118-176). Relativamente ai fumi di fonderia, il gruppo degli esposti ha mostrato alcuni eccessi non significativi per alcune cause di morte frequentemente associate a questi fattori, come i tumori respiratori e le broncopneumopatie croniche ostruttive; infine, nelle professioni esposte a rischi per la sicurezza si è osservato un eccesso nella mortalità generale (SMR = 111, IC 95%: 104-118), spiegato sia da morti correlate all'alcol e al fumo, sia da morti per cause accidentali, soprattutto incidenti di trasporto (SMR = 141, IC 95%: 100-194) e cadute (SMR = 210, IC 95%: 139-303).

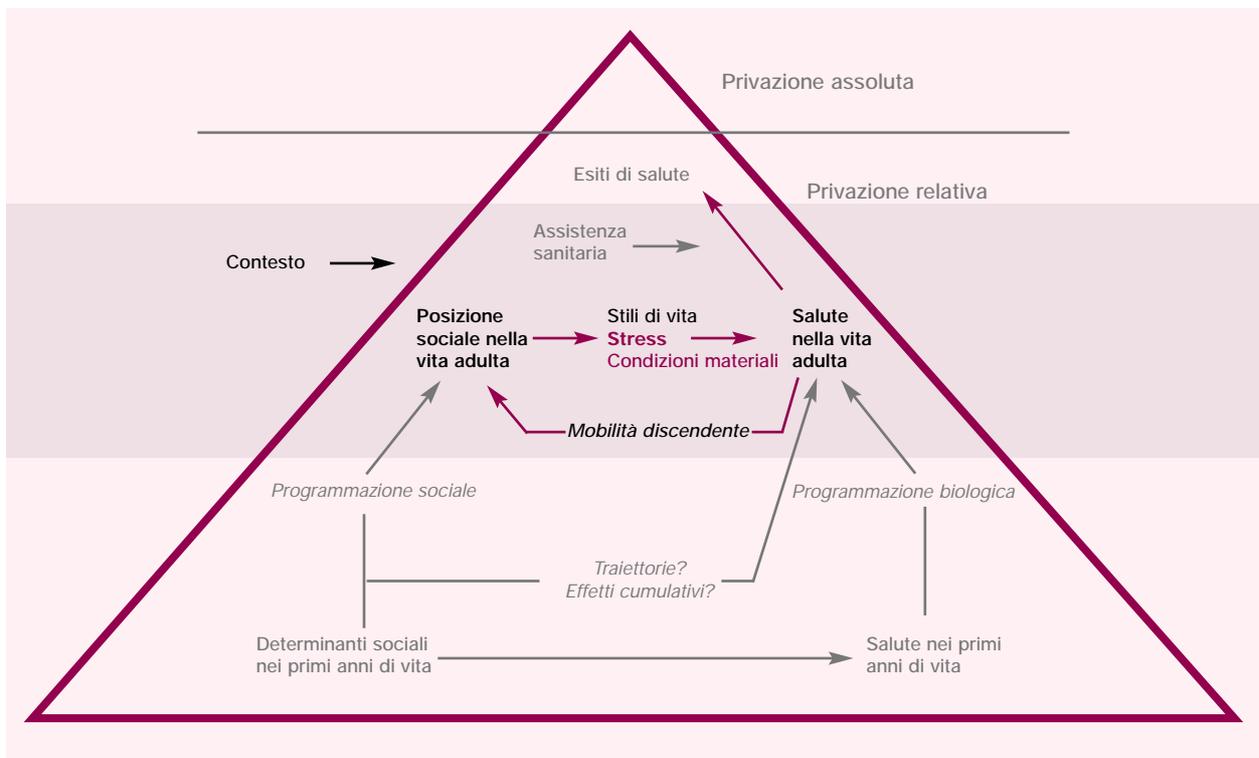
Con specifico riferimento al fenomeno degli infortuni, l'andamento del tasso di infortuni sul lavoro in Italia negli anni novanta è in leggera discesa, sebbene vi sia da segnalare un lieve incremento a partire dal 1998,⁶⁰ non omogeneo tra le diverse attività economiche. Grazie ai dati nazionali pubblicati periodicamente dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL), gli Atlanti Infortuni⁶¹⁻⁷⁰ sono in grado di descrivere con maggiore analiticità le caratteristiche degli eventi infortunistici, tra cui la loro distribuzione per aree geografiche e per settori lavorativi. Esiste tuttavia un'evidente limitazione alle capacità di documentazione epidemiologica degli Atlanti: gli archivi rilasciati dall'INAIL – realizzati a scopo assicurativo e non con finalità epidemiologiche – permettono di costruire quadri descrittivi della situazione infortunistica solo in termini assoluti, non essendo possibile la stima di misure specifiche di occorrenza, poiché il sistema informativo dell'INAIL non fornisce informazioni dettagliate sulla popolazione assicurata per alcune importanti dimensioni quali per esempio la professione, il lavoro a turni, il lavoro straordinario, il lavoro festivo. È pertanto sorta recentemente l'esigenza di ricercare modelli di studio che consentano di stimare differenze di occorrenza degli infortuni avendo a disposizione informazioni dettagliate solo sugli eventi e non sul denominatore, attraverso modelli di studio di tipo caso-controllo in cui i controlli (quindi i soggetti rappresentativi della popolazione attiva generale) siano estratti dall'insieme degli eventi in studio. Un esempio di questi studi⁷¹ è stato condotto analizzando gli eventi infortunistici di fonte INAIL occorsi in Italia nel periodo 1995-1998 nel settore industria-artigianato; i casi in studio sono stati rappresentati da tre serie di infortuni gravi: gli infortuni mortali; gli infortuni che hanno dato luogo a inabilità permanente superiore al 10%; gli infortuni che hanno dato luogo a inabilità temporanea maggiore di 40 giorni. I controlli sono stati rappresentati dagli infortuni lie-

vi che hanno dato luogo a una inabilità temporanea compresa tra 8 e 13 giorni. I risultati dello studio evidenziano eccessi di infortuni, elevati in tutte le fasce d'età e per tutte le classi di gravità considerate, tra i maschi, in alcune professioni prevalentemente esercitate all'interno del comparto costruzioni (muratori, conduttori di macchine edili, gruisti), tra i conduttori di mezzi di trasporto, i corrieri, i lavoratori agricoli, i minatori. I lavoratori del legno presentano rischi elevati per infortuni con esito permanente. Anche la categoria dei custodi e guardiani presenta rischi elevati nei maschi in tutte le classi d'età considerate per tutte le serie di casi in analisi. Tra le donne, nonostante i limiti dell'analisi dovuti alla scarsa numerosità degli eventi in studio, è da segnalare l'elevato rischio infortunistico per le infermiere.

Sempre utilizzando la base dati di eventi infortunistici di fonte INAIL, occorsi in questo caso tra il 1996 e il 1999, è stato valutato il rischio di ripetizione di infortunio entro due anni per alcuni raggruppamenti di professioni; le professioni a maggior rischio di avere almeno due infortuni nella stessa professione nel periodo considerato sembrano essere, tra gli uomini, gli addetti alle pulizie e al trattamento rifiuti, i facchini e gli scaricatori, i fonditori, i muratori, i lavoratori del legno, i portalettere e fattorini postali; tra le donne, oltre a quest'ultima categoria professionale, le addette alle pulizie e trattamento rifiuti e le cameriere, insieme alle cuoche e le bariste, risultano a maggior rischio di infortuni ripetuti.⁷²

Lavoro, fattori di rischio psicosociale e malattie psicosomatiche

Uno studio comparativo condotto nel 1989 su campioni rappresentativi di undici Paesi (tra cui l'Italia),⁷³ nell'ambito dell'*International Social Survey Program* (ISSP), ha sottoposto a verifica l'ipotesi secondo cui, indipendentemente dalla reale presenza di condizioni insalubri o pericolose, la preoccupazione e l'incertezza individuale circa i rischi fisici subiti siano una fonte importante di tensione psichica e di *stress*. In secondo luogo, lo studio si è proposto di analizzare la percezione dei rischi nel lavoro in ragione della classe sociale e dell'appartenenza ad associazioni sindacali. Infine ha stimato il contributo indipendente dei rischi fisici e delle condizioni sociali dell'organizzazione del lavoro nei confronti dello *stress* autoriferito. I lavoratori, tra 7.742 adulti impiegati a tempo pieno o *part-time*, che hanno risposto di lavorare spesso o sempre in condizioni insalubri hanno mostrato una probabilità superiore di riportare *stress* rispetto agli altri: l'associazione, ovunque forte, è tuttavia risultata non statisticamente significativa nel campione italiano (n = 577) dove l'incremento di *stress* autodichiarato in relazione al lavoro in condizioni insalubri è risultato molto più basso rispetto a quanto osservato nella maggioranza degli altri Paesi. Il lavoro in condizioni pericolose è risultato, invece, associato a un aumento dello *stress* dichiarato in Italia e in altri 7 dei Paesi partecipanti. A con-



ferma dell'assunto per cui i rischi lavorativi sarebbero uno «svantaggio nascosto di classe»⁷⁴ l'affermazione di lavorare in condizioni insalubri o pericolose è risultata variare significativamente in ragione della classe sociale: in media, all'appartenenza alla classe più bassa ha corrisposto un incremento della percezione individuale di esposizione a condizioni lavorative pericolose di oltre il 125% rispetto alla classe più elevata. Uno studio condotto su 90 utenti del Servizio di prevenzione igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro, del Centro di salute mentale e del Servizio di igiene pubblica di alcune ASL romane, ha evidenziato la rilevanza per la salute mentale, in particolare tra le donne, di alcune criticità organizzative (come le limitazioni alla carriera, la relazione con il pubblico e i carichi di lavoro inadeguati).⁷⁵

Un approfondimento condotto nell'ambito dello Studio Longitudinale Torinese²² ha identificato un insieme di fattispecie occupazionali, distinte in ragione del grado di fatica richiesto e del grado di controllo sulle condizioni di svolgimento del lavoro, così come rilevate attraverso le informazioni sulla professione al censimento 1981, e ne ha osservato l'associazione con la mortalità nel periodo 1981-1991. Nella popolazione maschile, a parità di fatica, i rischi relativi di mortalità sono apparsi crescere in ragione del grado di controllo; a parità del grado di controllo, i rischi relativi sono cresciuti muovendo dai lavori non faticosi verso quelli classificati come tali. Se l'interazione tra gli aspetti più gravosi del lavoro, la fatica e il controllo medio o basso, ha individuato eccessi di mortalità statisticamente significativi, la

dimensione dell'autonomia nel proprio lavoro è stata esplorata più approfonditamente dalla classificazione del dare e ricevere ordini, secondo la definizione di classe sociale di Dahrendorf, già analizzata nei precedenti capitoli. I risultati di un aggiornamento delle analisi per il periodo 1991-95 hanno confermato che le due condizioni più protettive per il rischio di morte in generale (e per le malattie ischemiche del cuore in particolare) sono quelle in cui si danno ordini, soprattutto se non se ne ricevono.⁷⁶ Risultati congruenti sono stati prodotti dallo Studio Longitudinale Toscano,⁷⁷ sulla base di una classificazione del tipo di lavoro svolto secondo una matrice a due dimensioni, la fatica e il rapporto di dipendenza, utilizzando l'informazione sulla condizione professionale e sulla posizione nella professione: il lavoro manuale, sia dipendente che autonomo, ha presentato i rischi relativi di mortalità generale maggiori, tendenti ad aumentare nel tempo e statisticamente significativi nell'ultimo periodo considerato (per il lavoro manuale dipendente: RR = 1,13; IC 95%: 0,93-1,39 nel periodo 1981-85 e RR = 1,32; IC 95%: 1,00-1,74 nel periodo 1991-95; per il lavoro manuale autonomo, rispettivamente, RR = 1,24; IC 95%: 0,88-1,76 e RR = 1,90; IC 95%: 1,35-2,66).

Uno studio che ha preso in considerazione le relazioni tra salute e fattori fisici, organizzativi e psicosociali del lavoro, è stato condotto nel 1999 su un campione di 4.507 lavoratori piemontesi (operai, impiegati tecnici – inclusi i quadri e i capi intermedi – e impiegati amministrativi), iscritti alla CGIL;⁴ l'analisi si è proposta di valutare, in primo luogo, la

presenza di problemi di salute o di danni alle funzioni dell'organismo, l'occorrenza di infortuni e l'assenteismo, in relazione a fattori psicosociali, rilevati con riferimento agli schemi teorici di Karasek e Siegrist; in particolare, attraverso la somministrazione di una versione modificata del *Job Content Questionnaire* di Karasek,⁷⁸ lo studio si è basato sulla costruzione di scale di domanda, controllo e soddisfazione, successivamente combinate elaborando tre modelli di *stress*: modello richiesta/controllo; modello richiesta/soddisfazione; modello richiesta/controllo/soddisfazione. In seconda istanza il lavoro si è concentrato sull'associazione tra lo *stress* e l'esposizione a specifici fattori organizzativi, rischi chimici, fisici ed ergonomici. Sotto il profilo degli effetti dei fattori psicosociali sulla salute, l'analisi ha riscontrato prevalenze significativamente maggiori di insonnia, ansia, mal di stomaco, dolori alle articolazioni e assenze brevi ripetute in corrispondenza di situazioni lavorative classificate come stressanti per i tre modelli considerati. Ha altresì evidenziato un'associazione tra squilibrio *demand/control* e malattie cardiovascolari riferite tra le donne operaie. Le condizioni lavorative più associate a *stress* tra gli operai, secondo i tre modelli presi in considerazione, sono state le seguenti: esposizione a rumore eccessivo, frequente sollevamento di pesi, sudare spesso nell'esecuzione dei propri compiti, il lavoro a turni, in spazi ristretti, in posizioni scomode, a cottimo o in posizione vincolata (cioè senza potersi allontanare dal posto di lavoro in mancanza di un sostituto).

Il modello fisiopatologico maggiormente esplorato per le malattie associate allo *stress* da lavoro è, a tutt'oggi, quello delle malattie cardiovascolari. Tra gli studi italiani, una ricerca condotta su un campione di 527 lavoratori tra i 25 e i 64 anni di età, residenti a Monza, ha esaminato l'associazione tra la percezione di *stress* da lavoro (secondo il modello di Karasek) e la pressione sanguigna. Tra i lavoratori normotesi il valore medio più elevato della pressione sanguigna sistolica è stato trovato nel gruppo «*high-strain*» mentre valori progressivamente più bassi sono stati individuati nelle altre categorie definite da Karasek («*passive*», «*active*» e «*low-strain*»).⁷⁹ Risultati solo parzialmente congruenti sono stati ottenuti in uno studio condotto su 80 controllori di volo impiegati all'aeroporto di Linate,⁸⁰ confrontati con un campione ricavato dai dati del programma PAMELA (Studio delle pressioni ambulatoriali e delle loro associazioni) e rappresentativo della popolazione della vicina città di Monza. Pressione diastolica e battito cardiaco sono risultati simili tra i due gruppi, mentre la pressione sistolica è risultata significativamente maggiore tra i controllori di volo; tuttavia dall'esame ambulatoriale notturno, diurno e relativo alle 24 ore, nessuna differenza di pressione e di battito cardiaco è stata evidenziata tra i due gruppi, il che farebbe supporre che, trattandosi di un gruppo di lavoratori altamente selezionato per preparazione psicofisica, il campione dei controllori di volo sia adeguatamente in grado di fronteggiare lo *stress* associato al proprio lavoro.

Uno studio epidemiologico condotto a metà degli anni novanta su un piccolo campione di 70 impiegati postali addetti allo sportello presso uffici della provincia di Firenze,⁸¹ ha evidenziato una maggiore frequenza di disturbi psicosomatici, in particolare ipertensione arteriosa, laddove si è riscontrata una situazione di alta domanda e bassa autonomia decisionale, basso coinvolgimento nel lavoro e ridotte aspettative. Diversi studi in ambito nazionale si sono focalizzati anche sulla valutazione dei rischi muscolo-scheletrici innescati da fattori stressogeni operanti sul luogo di lavoro. Un'indagine, condotta su 162 operai addetti alla linea di assemblaggio di un'industria tessile del Nord-Est,⁸² ha confermato l'esistenza di una relazione significativa tra basso controllo (inteso come impossibilità a «capire la mansione» a causa dei ritmi incalzanti), comportamento passivo (caratterizzato da «forte resistenza al cambiamento» soprattutto a causa di insufficienti iniziative aziendali di formazione) e due sintomi principali: tensione generalizzata e dolore al rachide inferiore e superiore.

Si allineano ai precedenti anche i risultati di un altro studio, condotto alla fine degli anni novanta su 1.182 lavoratori, distribuiti tra il personale ausiliario, infermieristico e tecnico di 3 grandi ospedali milanesi,⁸³ su cui l'incidenza di disturbi muscolo-scheletrici risulta essere significativamente associata a *stress* tensione psichica. L'analisi condotta sullo staff di un ospedale del nord d'Italia ha confermato una significativa associazione tra disturbi della regione lombare della colonna vertebrale e fattori psicosociali, rilevati attraverso la traduzione italiana validata del *Job Content Questionnaire* di Karasek: episodi pregressi di mal di schiena acuto sono risultati associati con la limitazione della capacità di assumere decisioni indipendenti e con l'insicurezza professionale.⁸⁴ Un ultimo aspetto ha riguardato l'effetto sulla salute del lavoro a turni, per quanto la questione sia difficile da studiare a causa di un possibile effetto di selezione, empiricamente confermato, che porta solo i lavoratori più sani a scegliere mansioni con questo tipo di organizzazione. Tuttavia a Torino si è osservato un aumento del rischio di mortalità tra gli uomini che lavoravano a turni nel 1981, selezionati cioè per essere sani a quell'epoca, e che hanno modificato il proprio orario di lavoro nel 1991, suggerendo la presenza di un effetto sulla salute a distanza di tempo.²²

Un caso peculiare di rischio per la salute: lavoro retribuito, lavoro domestico e maternità

In un contesto d'indagine piuttosto dissimile, è stata esaminata un'altra sfaccettatura del poliedrico e reciproco condizionamento operante tra le condizioni di lavoro e le disuguaglianze di salute, costituita dalle sperequazioni sociali nel godimento di determinati benefici e diritti, legalmente sanzionati a tutela dei lavoratori o, meglio, di ben individuate categorie di occupati, «più protette» di altre. Un caso esemplare è costituito, sotto questo profilo, dalla legislazione a

protezione della maternità (PML) indirizzata alle lavoratrici incinte e alle neo-madri. Nel tentativo di perseguire i suoi scopi, la PML si è spesso scontrata con due principali limitazioni: il fatto che questi regolamenti riguardassero non tutte le donne incinte e non tutti i tipi di lavoro da esse svolto; la certezza che le «aventi diritto» potessero concretamente beneficiarne.

L'individuazione delle differenze specificamente osservate nell'attuazione della PML per le donne incinte (prima dell'entrata in vigore di sostanziali modifiche in materia di protezione della maternità, come da Legge 53/2000 e in seguito all'istituzione dell'assegno di maternità per le neo-mamme prive di copertura previdenziale), in Italia e Francia, ha costituito l'obiettivo di ricerca di uno studio⁸⁵ condotto su due campioni di primipare, che avevano svolto un lavoro retribuito durante la gravidanza e i cui figli erano vivi al momento dell'intervista. Lo studio ha mostrato come i diritti di base previsti dalla PML fossero stati generalmente garantiti per le donne regolarmente occupate; tuttavia anche tra le aventi diritto, le lavoratrici meno qualificate o occupate nel settore privato hanno beneficiato meno delle misure protettive pur indicate, come l'allungamento del congedo prenatale, il congedo per malattia, la riduzione dell'orario di lavoro. Si tratta di diseguaglianze che hanno esiti diretti sulla salute delle donne incinte, spesso anche attraverso meccanismi «nascosti» e difficili da cogliere. La tendenza più frequente a congedare le donne incinte che lamentino condizioni rischiose di lavoro, piuttosto che a spostarle a mansioni più appropriate nell'ambito della stessa impresa, ha rivelato un impatto negativo sul benessere psicofisico delle gestanti, non solo per effetto di una riduzione del salario ma anche a causa del senso di isolamento e depressione che frequentemente colpisce le lavoratrici costrette a lasciare il lavoro e restare a casa.⁸⁶⁻⁸⁷

L'universo delle giovani madri ha offerto anche una peculiare prospettiva per esaminare un'altra ambivalenza nella relazione tra lavoro e salute, a seconda che l'impegno professionale si qualifichi come fattore di esposizione a *stress* per le madri-lavoratrici – sottoposte al «doppio carico» del lavoro domestico e di cura⁸⁸ – o come fonte di supporto e riconoscimento sociale, dagli effetti benefici per il rafforzamento dell'autostima e la costruzione di un'identità «altra» rispetto agli stereotipi della moglie-madre (vedi anche capitolo 1.6, Parte I). Benché un numero costantemente crescente di madri di bambini molto piccoli sia inserito a pieno titolo nel mercato del lavoro, la tematica dell'impatto del lavoro stesso sul loro benessere psicofisico non è stata molto esplorata, almeno nella ricerca italiana, che ha affrontato il più delle volte un'analisi della relazione tra lavoro retribuito e salute

delle madri in generale, senza considerare specificamente le madri di neonati, né tutto il lavoro di cura che essi comportano.⁸⁹ La questione se, in tale contesto, il lavoro retribuito possa danneggiare la salute delle neo-madri risulta controversa, stando ai principali contributi di ricerca finora accumulati, che si ripartiscono tra due opposti modelli: il modello del «rafforzamento di ruolo» secondo cui un lavoro pagato sarebbe un fattore protettivo per la salute delle donne, non solo per ragioni economiche ma perché offre un'alternativa preziosa alle pareti domestiche; il modello del «sovraccarico di ruoli» dato che la somma di un lavoro extradomestico e del lavoro non retribuito in casa, imporrebbe eccessive richieste alle donne, compromettendone la salute. Nel già menzionato studio condotto su un campione di primipare che erano occupate durante la gravidanza, a 15 mesi dal parto le associazioni più significative con i problemi di salute sono state osservate rispetto all'istruzione e allo stato civile:⁹⁰ le madri non sposate e le madri meno istruite hanno presentato una maggiore probabilità di soffrire di mal di schiena e spossatezza; essere occupate o meno non è risultato significativamente associato alla prevalenza di tali problemi di salute.

L'impatto sulla salute dovuto alla somma di lavoro retribuito e domestico è stato osservato nell'ambito del già citato studio sullo stato di salute dei lavoratori autonomi a Torino e in Piemonte,³⁰ limitatamente alla componente femminile del campione selezionato, osservata nel periodo compreso tra il 1991 e il 1998. In quattro delle categorie occupazionali considerate (classi borghesi, classe media impiegatizia, lavoratrici autonome in studio e titolari di aziende di servizi alle imprese, operaie specializzate e semi-specializzate) la presenza di un carico familiare, più precisamente di un figlio o di una figlia minore in famiglia, ha configurato una situazione di protezione per la mortalità, significativa per la classe media impiegatizia (SMR = 77, IC 95%: 62-95), rispetto a chi svolgesse un lavoro analogo e non risultasse gravato da questo impegno familiare. Tra le lavoratrici autonome si è osservata un'interazione, sebbene non significativa, tra carichi di lavoro retribuito e di lavoro domestico in una sola categoria, quella che aggregava negozianti e titolari di imprese che offrono servizi alle famiglie; questa categoria comprende le donne che lavorano in un negozio o in una bottega, per le quali più stringenti risultano i vincoli organizzativi legati al rapporto con il pubblico.

Ringraziamenti: si ringrazia il dottor Osvaldo Pasqualini per il contributo al reperimento delle fonti bibliografiche utili per la stesura del paragrafo *Rischi fisici e salute: malattie professionali e infortuni*.

Bibliografia

- Marmot M, Feeney A. Work and health: implications for individuals and society. In: Blane D, Brunner E, Wilkinson R. *Health and Social Organization*. London, Routledge, 1996.
- Marmot M, Siegrist J, Theorell T, Feeney A. Health and the psychosocial environment at work. In: Marmot M, Wilkinson R. *Social determinants of health*. Oxford, Oxford University Press, 1999.
- Maggi B. Sociologia, ergonomia e scienze biomediche. *Soc del lav* 1992; 45: 89-105.
- Cardano M, D'Errico A, Marinacci C. *Lavoro e fattori di rischio psicosociale. Un'indagine campionaria su lavoratori piemontesi*. Regione Piemonte, Rapporto di Ricerca, 2000.
- Levenstein S. The very model of a modern etiology: a biopsychosocial view of peptic ulcer. *Psychosom Med* 2000; 62(2): 176-85.
- Hemingway H, Marmot M. Psychosocial factors in the etiology and prognosis of coronary heart disease: systematic review of prospective cohort studies. *BMJ* 1999; 318: 1460-67.
- Cardano M, Costa G. Classi sociali e salute. Le disuguaglianze di mortalità a Torino. *Quaderni di Sociologia* 1998; 17: 86-121.
- Tarlov A R. Social determinants of health. The sociobiological translation. In Blane D, Brunner E, Wilkinson R. (a cura di), *Health and social organization. Toward a Health policy for the 21st Century*. London, Routledge, 1996; 71-93.
- Marmot M. Improvement of social environment to improve health. *Lancet* 1998; 351: 57-60.
- Runciman WG. *Ineguaglianza e coscienza sociale. L'idea di giustizia sociale nelle classi lavoratrici*. Torino, Einaudi, 1972.
- Cobalti A, Schizzerotto A. *La mobilità sociale in Italia*. Bologna, Il Mulino, 1994.
- Wilkinson RG. *Unhealthy societies. The afflictions of Inequality*. London, Routledge, 1996.
- Karasek RA. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly* 1979; 24: 285-308.
- Karasek R, Baker D, Marxer F, Ahlborn A, Theorell T. Job decision latitude, job demands and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. *Am J Publ Health* 1981; (71): 694-705.
- Karasek RA, Theorell T. *Healthy work*. New York, Basic Books, 1990.
- Schnall PL, Landsbergis PA. Job strain and cardiovascular disease. *Ann Rev Public Health* 1994; 15: 381-411.
- Johnson JV, Hall EM. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am J Public Health* 1988; 78: 1336-42.
- Siegrist JA. *Theory of Occupational Stress*. In Dunham J. (ed.), *Stress in Occupations: Past, Present and Future*. London, Whurr Publishers Limited, 1999.
- House JS, Bates Harkins E. Why and when is status inconsistency stressful? *Am J Sociology* 1975; 81(2): 395-412.
- West P. Rethinking the Health Selection Explanation for Health Inequalities. *Soc Sci Med* 1991; 32(4): 373-84.
- Blane D, Davey Smith G and Bartley M. Social selection: what does it contribute to social class differences in health? *Social Health Illn* 1993; 15(1): 1-15.
- Costa G, Cardano M, Demaria M. *Torino. Storie di salute in una grande città*. Osservatorio socio economico torinese, Ufficio Statistico città di Torino, 1998.
- Cesana G. Uomo e lavoro: un sistema compatibile? Problematiche attuali di salute e benessere lavoro correlate. *G Ital Med Lav Ergon*. 1998; 20(3): 157-62
- Esping-Andersen G. Occupazioni o classi sociali: esiste un proletariato post-industriale? *Polis* 1993; VII(3): 457-475.
- Esping-Andersen G. Strutture di classe post-industriali: un confronto tra Germania, Svezia e Stati Uniti. *Stato e Mercato* 1991; (32): 219-47.
- De Lillo A, Schizzerotto A. *La valutazione sociale delle occupazioni. Una scala di stratificazione occupazionale per l'Italia contemporanea*. Bologna, Il Mulino, 1985.
- Schizzerotto A. Problemi concettuali e metodologici nell'analisi delle classi sociali. In: Palumbo M, (ed), *Classi disuguaglianze e povertà. Problemi di analisi*. Milano, Franco Angeli, 1993.
- Cobalti A, Schizzerotto A. *La mobilità sociale in Italia*. Bologna, Il Mulino, 1994.
- Dahrendorf R. *Classi e conflitto di classe nella società industriale*. Roma, Laterza, 1970.
- Cardano M, Demaria M, Vannoni F. *L'anomalia del lavoro autonomo. Lo stato di salute dei lavoratori autonomi a Torino e in Piemonte*. Libreria Stampatori, Torino 2001.
- Istituto Nazionale di Statistica. Direzione Centrale delle Statistiche su Popolazione e Territorio Regione Piemonte. *Indagine Multiscopo sulle famiglie - Anni 1994-1995*. Livello di precisione dei risultati.
- Brunner E, Marmot M. Social organization, stress and health. In: Marmot M, Wilkinson R.G. (eds), *Social Determinants of Health*, Oxford University Press, 1999.
- Bellini P, Campostrini S, Costa G, Mazzi M. Indicatori indiretti di morbosità e differenze sociali nella rilevazione trimestrale delle forze lavoro ISTAT. *Epid Prev* 1995; 19: 259-65.
- Istituto Nazionale di Statistica. Le condizioni di salute della popolazione. *Indagine Multiscopo sulle famiglie. Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 1999-2000*. 2001, Roma, ISTAT.
- Vannoni F, Demaria M, Gargiulo L, Costa G. Differenze per professione nello stato di salute. In: Costa G, Perticaroli S, Passerini M, Campo G, Marconi M (a cura di), *Rapporto conclusivo della ricerca Ispesl: Lavori usuranti: identificazione, misura e valutazione degli effetti correlati*. Regione Piemonte, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia - ASL 5 Piemonte, 2002.
- Costa G, Spadea T, Vannoni F, Biocca M, Perticaroli S. Salute e lavoro in una popolazione che invecchia. In: Istituto Nazionale di Statistica. *Informazione statistica e politiche per la promozione della salute*. Atti del Convegno. Roma, ISTAT, 2004, in stampa.
- Morgagni S, Valpreda M, Gnani R, Costa G (a cura di), *La salute in Piemonte 2000*. 2001. Torino: Regione Piemonte, Assessorato alla sanità, Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari.
- Cardano M, Costa G, Demaria M. Social mobility and health in the Turin Longitudinal Study. *Soc Sci Med* 2004; 8: 1563-74.
- Campo G, Baldasseroni A, Marconi M, Cantoni S. MALPROF anno 2000. Roma, 2001, Monografico di «Fogli d'informazione Ispesl» ISPESL
- Mirabelli D, Bena A, D'Errico A, Costa G. Sorveglianza epidemiologica della patologia professionale: un programma della regione Piemonte (PRiOR). *Epid Prev* 1998; 22(4): 212-20.
- Magnani C, Leporati M. Mortality from lung cancer and population risk attributable to asbestos in an asbestos cement manufacturing town in Italy. *Occup Environ Med* 1998; 55(2): 111-14.
- Albin M, Magnani C, Krstev S, Rapiti E, Shefer I. Asbestos and cancer: An overview of current trends in Europe. *Environ Health Perspect* 1999; 107 Suppl 2: 289-98.
- Mirabelli D, Chiusolo M, Calisti R, et al. Database di occupazioni e attività industriali che comportano rischio di tumore del polmone. *Epidemiol Prev* 2001; 25(4-5): 215-21.
- Merler E, Baldasseroni A, Laria R, Faravelli P, Agostini R, Pisa R, Berrino F. On the causal association between exposure to leather dust and nasal cancer: further evidence from a case-control study. *Br J Ind Med* 1986; 43(2): 91-95.
- Mattioli S, Truffelli D, Baldasseroni A, et al. Occupational risk factors for renal cell cancer: a case-control study in northern Italy. *J Occup Environ Med* 2002; 44(11): 1028-36.
- Baldasseroni A, Tartaglia R, Carnevale F. Rischio di sindrome del tunnel carpale in alcune attività lavorative. *Med Lav* 1995; 86(4): 341-51.
- Seniori Costantini A, Quinn M, Consonni D, Zappa M. Exposure to benzene and risk of leukemia among shoe factory workers. *Scand J Work Environ Health* 2003; 29(1): 51-9.
- Iaia TE, Bartoli D, Calzoni P, et al. Studio di coorte della mortalità degli addetti alla concia del cuoio e delle pelli nel territorio dell'azienda USL 11 - Zona Valdarno Inferiore. *Med Lav* 2002; 93(2): 95-107.
- Artuso M, Angotzi G, Bonassi S, et al. Cytogenetic biomonitoring of styrene-exposed plastic boat builders. *Arch Environ Contam Toxicol* 1995; Aug, 29(2): 270-74.
- Vanacore N, Nappo A, Gentile M, et al. Evaluation of risk of Parkinson's disease in a cohort of licensed pesticide users. *Neurol Sci* 2002; 23 Suppl 2: S119-20.
- Forastiere F, Goldsmith DF, Sperati A, et al. Silicosis and lung function decrements among female ceramic workers in Italy. *Am J Epidemiol* 2002; 156(9): 851-6.
- Lo Presti E, Sperati A, Rapiti E, Di Domenicantonio R, Forastiere F, Perucci CA. Mortalità per causa dei lavoratori della raffineria di Roma. *Med Lav* 2001; 92(5): 327-37.

53. Innocenti A, Carnevale F, Ciani Passeri A, Loi AM, Seniori Costantini A. La sorveglianza sanitaria degli ex-esposti a cancerogeni occupazionali: qualche riflessione operativa. *Med Lav* 2002; 93(2): 118-20.
54. Patuzzi V, Mazzucato S, Lorusso A, et al. Storage mites and their role in the onset of asthma and oculorhinitis among cattle farmers in north-east Italy. *Med Lav* 1994; Sep-Oct; 85(5): 402-11.
55. Merler E, Gioffre F, Rozio L, Bizzotto R, Mion M, Sarto F. Mesoteliomi pleurici insorti in donne, residenti in Veneto, addette alla cernita di stracci presso «robe vecchie» e cartiere. *Med Lav* 2001; May-Jun; 92(3): 181-86.
56. Romano C. Valutazione del rischio o presunzione dello stesso? *Med Lav* 1998; 89(1): 445.
57. Polizzi S, Pira E, Ferrara M, et al. Neurotoxic effects of aluminium among foundry workers and Alzheimer's disease. *Neurotoxicology* 2002; 23(6): 761-74.
58. Mirabelli D. Stima del numero di lavoratori esposti a cancerogeni in Italia, nel contesto dello studio europeo CAREX. *Epidemiol Prev* 1999; 23: 346-59.
59. Cardano M, d'Errico A, Marinacci C, Costa G. Le condizioni di lavoro. In: Costa G, Perticaroli S, Passerini M, Campo G, Marconi M. *Rapporto conclusivo della ricerca Ispes: «Lavori usuranti: identificazione, misura e valutazione degli effetti correlati»*. Servizio di Epidemiologia, Regione Piemonte, ASL 5. Torino 2002.
60. Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro. Banca dati [Database on line]. Marzo 2001. Available from URL: <http://www.inail.it>
61. Dalmasso M, Luzzi MB, Pasqualini O, Bena A, Costa G. *Gli infortuni sul lavoro in Piemonte negli anni 1990-97*. Regione Piemonte 2000
62. Costa G, Marconi M, Passerini M, et al. *1° Atlante nazionale degli infortuni sul lavoro anni 1986-91*. Ispes Collana Quaderni n. 1/93.
63. Costa G, Demaria M. *Atlante Regionale degli infortuni sul lavoro in Piemonte: Anni 1984-1991*. Regione Piemonte, Settore Sanità Pubblica, a cura del CSI Piemonte, Torino, 1994.
64. Alhaique D, Arduini L, Cavarani F et al. *Atlante degli infortuni sul lavoro in Italia*. INCA-CGIL, Ediesse Roma, 1992.
65. Arduini L, Costa G, Pianosi G. Gli infortuni sul lavoro: statistiche INAIL e atlanti regionali. *Epid Prev* 1991; 48-49: 123-29.
66. Costa G, Demaria M, Ronco G. *Atlante degli infortuni: Anni 1984-1987*. Regione Piemonte, Settore Sanità Pubblica. a cura del CSI Piemonte, Torino, 1989.
67. Barbina P, Venturini C, Petronio L, Negro C, Lippi G. *Rapporto sul fenomeno delle malattie professionali e degli infortuni sul lavoro nel Friuli Venezia Giulia. 2002*. Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia, Direzione Regionale della Sanità e delle Politiche Sociali, Servizio per la Salute Pubblica e del Lavoro
68. Campari S, Borghi A, Collini G, Candela S. *Gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali in Emilia Romagna. 2002*, Reggio Emilia, Regione Emilia Romagna, Azienda Unità sanitaria Locale di Reggio Emilia
69. Bacciconi M, Coronella MT, Di Blasi N et al. *Infortuni sul lavoro nei minori nel Veneto - anni 1984-1996*. 2000, Regione Veneto, Giunta Regionale.
70. Campo G, Alhaique D, Leva A et al. *2° Atlante Nazionale degli Infortuni sul Lavoro*. Roma, 2000, Monografico di *Fogli d'Informazione Ispes* ISPEL.
71. Bena A, Tomaino A, Pasqualini O, Costa G. Gli infortuni in Italia negli anni novanta: indicatori di frequenza e di gravità per attività economica e professione. In: Costa G, Perticaroli S, Passerini M, Campo G, Marconi M. *Rapporto conclusivo della ricerca Ispes: «Lavori usuranti: identificazione, misura e valutazione degli effetti correlati»*. Servizio di Epidemiologia, Regione Piemonte, ASL 5. Torino 2002
72. Bena A, Tomaino A, Marinacci C, Mamo C, Costa G. Gli infortuni ripetuti. In: Costa G, Perticaroli S, Passerini M, Campo G, Marconi M. *Rapporto conclusivo della ricerca Ispes: «Lavori usuranti: identificazione, misura e valutazione degli effetti correlati»*. Servizio di Epidemiologia, Regione Piemonte, ASL 5. Torino 2002
73. Roberts JT, Baugher JE. Hazardous workplaces and job strain: evidence from an eleven nation study. *Int J Contemp Sociol* 1995; 32 (2): 235-49.
74. Sennett R, Cobb J. *The hidden injuries of class*. New York, Knopf, 1973.
75. Salerno S, Bosco MG, Valcella F. Salute mentale e ambiente di lavoro in un gruppo di utenti dei servizi pubblici di prevenzione. *Med Lav* 2002; 93(4): 329-37.
76. Costa G, Piras D, Marinacci C, Demaria M, Vannoni F. Le differenze sociali nella salute e i loro determinanti: la loro dimensione nella realtà torinese. In: Piras D, Cilenti F. *Disuguaglianze di salute*. Atti del Convegno. Torino, 2003 Emmelibri-Medicina democratica.
77. Merler E, Benvenuti a, Baldi P, et al. Condizione socio-economica e disuguaglianze nello Studio Longitudinale Toscano (SLTo): persistenza ed evoluzione nel tempo (mortalità generale, tumore del polmone, cirrosi epatica), e aspetti emergenti AIDS e overdose. *Epid Prev* 1999; 23: 207-14.
78. Karasek R, Brisson C, Kawakami N, Houtman I, Bongers P, Amick B. The Job Content Questionnaire (JCQ). An instrument for Internationally Comparative Assessments for Internationally Comparative Assessments of Psychosocial Job Characteristics. *Journal Occup Health Psychology* 1998; 3: 322-55.
79. Cesana G, Ferrario M, Segà R, et al. Job strain and ambulatory blood pressure levels in a population-based employed male sample in Northern Italy. *Scand J Work Environ Health* 1996; 22: 294-305.
80. Segà R, Cesana G, Costa G, Ferrario M, Bombelli M, Mancina G. Ambulatory blood pressure in air traffic controllers. *Am J Hypertens* 1998; 11: 208-12.
81. Baldasseroni A, et al. La valutazione del benessere psicofisico. Dati preliminari relativi a un campione di lavoratori addetti a sportello postale informatizzato. In: Violante F, Sarchielli G, Depolo M (a cura di), *Atti del seminario Fattori psicosociali, lavoro e salute*. Cesena, 9-10 novembre 1998. Cesena: Il Ponte Vecchio, 1998: 101-06.
82. Cenni P, et al. Influenze individuali e organizzative sull'insorgenza dello stress occupazionale nelle lavoratrici del comparto tessile. Collana Legge 626, Inserto Redazionale al n. 47/98 di *Nuova Rassegna Sindacale*, 1998.
83. Camerino D, et al. Psychosocial work factors and musculoskeletal disorders among health care personnel: a pilot study. In: Meco A (a cura di), *Environment and Neurological Diseases. Atti del congresso*. Università degli studi «La Sapienza» Dipartimento di Scienze Neurologiche. Roma: A & J SAS, 1998.
84. Camerino D, Molteni G, Finotti S, et al. La prevenzione del rischio da movimentazione manuale dei pazienti: la componente psicosociale. *Med Lav* 1999; 90: 412-27.
85. Romito P, Saurel-Cubizolles MJ. Fair law, unfair practices? Benefiting from protective legislation for pregnant workers in Italy and France. *Soc Sci Med* 1992; 35 (12): 1485-95.
86. Saurel-Cubizolles MJ, Romito P, Lelong N, Ancel PY. Women's health after childbirth: a longitudinal study in France and Italy. *Br J Obstet Gynaecol* 2000; 107: 1202-09.
87. Romito P, Saurel-Cubizolles MJ, Lelong N. What makes new mothers unhappy: psychological distress one year after birth in Italy and France. *Soc Sci Med* 1999; 49: 1651-61.
88. Balbo L. La doppia presenza. *Inchiesta* 1978; 32.
89. Romito P. Work and health in mothers of young children. *Int J Health Serv* 1994; 24 (4): 607.
90. Romito P, Saurel-Cubizolles MJ. Mothers' health after the birth of the first child. The case of employed women in an Italian city. *Women Health* 1994; 21(2/3): 1-22.

1.5

La disoccupazione

Unemployment

Antonio Caiazzo,¹ Ester Cois,² Francesca Vannoni²

¹ Servizio regionale di epidemiologia, ASL 5, Grugliasco (TO)

² Dipartimento di scienze sociali, Università di Torino

Messaggi chiave

- La perdita, l'assenza e l'insicurezza del lavoro comportano la privazione, o il timore della privazione, delle prerogative che definiscono il ruolo delle persone adulte e le fondamentali condizioni d'inclusione nella comunità e nella vita sociale, con un impatto sulla salute che, in parallelo alla diffusione e alla crescita dei sistemi di *welfare*, è transitato dalla preponderanza di patologie fisiche a quelle psichiche e sociali.
- La relazione tra disoccupazione e salute è complessa e non lineare: per essere interpretata

necessita di considerare almeno le fasi e la durata della disoccupazione, la tipologia di disoccupato e i suoi attributi individuali e i contesti socioculturali in cui il fenomeno si genera.

- Tre sembrano essere i principali meccanismi con cui la disoccupazione agisce sulla salute: la povertà, lo *stress* e la modificazione dei comportamenti, con l'assunzione di stili di vita più rischiosi.
- La rara produzione scientifica nazionale recente conferma il danno alla salute conseguente al fenomeno della disoccupazione attestato dalla letteratura internazionale.

Introduzione

La relazione fra disoccupazione e salute è oggetto di una consistente tradizione di studi epidemiologici i cui primi importanti modelli furono elaborati durante gli anni trenta del secolo scorso, all'indomani della tragica crisi economico-finanziaria del '29. A quell'epoca, vivere nel contesto di un'economia di mercato, appartenere a una bassa classe sociale ed essere disoccupati significava sostanzialmente trovarsi in condizioni di miseria ed essere privi delle risorse minime per la sussistenza. Gli attributi materiali che qualificavano la disoccupazione – la mancanza o la grave insufficienza del reddito, la denutrizione o la malnutrizione, l'inadeguatezza dell'abbigliamento, la mancanza di un'abitazione asciutta, riscaldata, dotata di servizi igienici e acqua potabile, il sovraffollamento abitativo – erano innanzi tutto motivo di precarizzazione della salute fisica. L'esclusione dal lavoro tende invece oggi ad assumere un connotato esistenziale, più che materiale, con la perdita dell'identità e del ruolo sociale.¹ È plausibile che l'ampliamento degli spazi di mediazione fra capitale e lavoro e lo sviluppo dei sistemi di *welfare*, la qualificazione delle attività produttive e delle professioni, l'aumento dei livelli di reddito e d'istruzione e le modifiche degli stili di vita che si sono realizzati nei decenni che ci separano dalla crisi degli anni trenta abbiano stemperato la drammaticità della condizione materiale di disoccupazione. Questi mutamenti sono stati accompagnati da una progressiva conversione degli esiti sulla salute: si è passati dalla preponderanza delle patologie fisiche al maggior peso di quelle psichiche e sociali. In questo capitolo si guarderà dunque al lavoro, o meglio al-

la sua assenza o perdita, come determinante di quelle condizioni economiche e sociali che promuovono salute per l'individuo: il lavoro offre opportunità di reddito, di condizioni e di stili di vita, di benessere sociale e psicologico, di crescita e sviluppo della persona, indirizza gli obiettivi di vita, dà forma alla persona nella relazione con gli altri e definisce aspetti dello *status* dell'identità personale, consente contatti sociali, struttura il tempo, mantiene le persone attive, fornisce sicurezza, ha un impatto diretto sull'individuo, la famiglia e l'ambiente sociale.^{2,3} Buona parte delle ricerche condotte negli anni più recenti in società industriali, caratterizzate da economie a elevata disoccupazione, hanno confermato un'alta prevalenza di cattiva salute ed eccessi di mortalità e di danni psicologici fra la popolazione disoccupata rispetto a quella occupata – condizioni indipendenti dallo stato di salute precedente e in parte reversibili con il re-impiego.⁴ Non è semplice comunque stabilire un nesso causale tra disoccupazione e salute poiché nella relazione possono intervenire sia effetti di selezione diretta (la cattiva salute può essere la causa della perdita dell'impiego piuttosto che esserne la conseguenza), sia di confondimento, legati a eventuali caratteristiche personali sfavorevoli per la salute della popolazione a rischio di disoccupazione, sia l'eventuale accumulo nel corso della vita di svantaggi sociali e di salute ulteriori rispetto alle esperienze di disoccupazione.

Tre sembrano essere i principali meccanismi con cui la disoccupazione agisce sulla salute:⁵

- **la povertà:** basse condizioni materiali di vita non sono conseguenze necessarie della disoccupazione perché la man-

canza del reddito da lavoro può essere compensata dai sussidi ed è quindi importante il livello di questi ultimi. Molti studi legano però gli effetti della disoccupazione sulla salute direttamente ai problemi finanziari: disoccupati di lunga durata costretti a richiedere prestiti sono a rischio di depressione e di deterioramento della salute fisica; la pressione finanziaria è responsabile della progressiva inattività, dell'isolamento sociale, della riduzione dei livelli d'integrazione sociale e della solitudine;

■ **la disoccupazione come evento di vita stressante:** la perdita del lavoro è un evento di vita molto stressante, percepito come una forma di lutto riguardo alla perdita di alcuni benefici non economici connessi al lavoro (strutturazione del tempo quotidiano, autostima, rispetto degli altri, attività fisica e psichica, uso delle proprie capacità, libertà di decisione, contatti interpersonali, *status* sociale e motivazioni esistenziali). Tali effetti sono riscontrati anche nei paesi che forniscono generosi sussidi finanziari ai disoccupati, così come disoccupati re-impiegati con salari più bassi dei precedenti mostrano, nonostante ciò, considerevoli recuperi di salute mentale. Lo *stress* conseguente alla perdita del lavoro può danneggiare sia la salute psichica, sia quella fisica, come risultato dell'incremento cronico dei livelli di ansia;

■ **la disoccupazione come modificatore del comportamento:** l'esperienza della disoccupazione è associata all'insorgenza di comportamenti dannosi per la salute, soprattutto l'abitudine al fumo e il consumo eccessivo di alcolici, in particolare sul lungo periodo. Comportamenti più direttamente autodistruttivi sono stati ampiamente investigati, mostrando difficoltà a conservare l'abitazione o il matrimonio, ed evidenziando rischi di suicidio e tentato suicidio più elevati fra i disoccupati rispetto agli occupati.

Disoccupazione e insicurezza del lavoro possono essere parte di un processo tramite il quale gli svantaggi di salute si accumulano nel corso della vita: il primo evento di disoccupazione incrementa infatti il rischio di ulteriori eventi, di mobilità discendente nella carriera professionale, di difficoltà a reperire un lavoro stabile. Ciò significa che i più coinvolti in esperienze di disoccupazione fin dalla giovane età sono maggiormente a rischio di eccessi di morbosità e mortalità, per l'esposizione precoce a questa catena di svantaggi. Studi condotti su popolazioni in età lavorativa mostrano inoltre come già in giovane età l'insicurezza dei lavori precedentemente effettuati, piuttosto che la posizione economica e la classe sociale, sia associata a bassi livelli di salute psicologica.⁶

Relativamente all'universo femminile, l'esplorazione della relazione tra disoccupazione e salute è resa complessa in particolare dalla difficoltà di discriminare cosa sia lavoro e cosa non lo sia per le donne, considerando i carichi di cura della casa e della famiglia propri del ruolo della donna. La condizione professionale di «casalinga» non è inclusa né nella categoria degli «occupati», né in quella dei «disoccupati», anche se nell'esperienza concreta le attività svolte dalle donne

in famiglia sono equiparabili a quelle che nell'economia formale sono classificate nell'ambito dei servizi alla persona, fatto salvo che le casalinghe non possono avvantaggiarsi di tutti i fattori protettivi per la salute abbinati a un lavoro regolare. In generale, infatti, il profilo di salute delle casalinghe è per molti aspetti assimilabile a quello delle disoccupate. A questo riguardo occorre anche considerare la possibile distorsione nella classificazione, a causa della probabile preferenza delle donne in cerca di occupazione a dichiararsi casalinghe piuttosto che disoccupate. Lo svantaggio delle casalinghe può, del resto, essere ricondotto ad altri motivi, tra cui, il minor controllo/disponibilità di risorse economiche, il sentirsi dipendente, il minore numero di occasioni di evasione dal lavoro domestico. Tutti questi fattori provocherebbero una riduzione del generale senso di soddisfazione della propria vita che può ripercuotersi negativamente anche sulla salute. Associato alle casalinghe è anche un più alto tasso di difficoltà perinatale con gravidanze pre-termine e bambini nati morti rispetto alle donne con lavoro retribuito. Rispetto a questi rischi è rilevante sottolineare che la legislazione a protezione della maternità offre una copertura solo alle occupate nel mercato del lavoro regolare,⁷ lasciando le lavoratrici autonome, le contrattiste a termine, le occupate nell'economia informale e le casalinghe a tempo pieno potenzialmente esposte a un maggior danno per la salute.

Dunque la relazione tra disoccupazione e salute è complessa e ricca di punti critici che invitano allo sviluppo di interventi di prevenzione o di moderazione degli effetti sfavorevoli sulla salute. Nei paragrafi che seguono sarà dapprima descritto il fenomeno in Italia, la sua diffusione e le sue caratteristiche, per poi presentare i pochi studi recenti disponibili che abbiano guardato al profilo epidemiologico della disoccupazione.

La disoccupazione in Italia

I recenti andamenti dell'occupazione e della disoccupazione in Italia si collocano nel contesto di un lento e progressivo aumento del tasso di attività (calcolato sulla fascia di età 15-64 anni) – dal 57,7% nel 1997 al 61% nel 2002 – che ha riguardato prevalentemente la componente femminile della popolazione⁸ e che resta in ogni modo il più basso in Europa.⁹ Questo fenomeno si manifesta alla fine della fase critica dell'economia nazionale degli anni novanta, che ha visto variazioni annuali del PIL discontinue (dal -0,9% del 1993 al +1,4% del 1999) e un tasso di crescita inferiore alla media dell'Unione Europea. È stato un periodo caratterizzato da un aumento ridotto della variazione annuale del tasso di occupazione (dal -2,5% del 1993 al +1% del 1999) e da un aumento del tasso di disoccupazione (dal 10,2% del 1993 al 11,3% del 1999): nel solo periodo 1990-1995 sono stati persi oltre un milione di posti di lavoro, di cui il 50% al Sud. Nel 1998, i disoccupati di lunga durata erano il 67,9% del totale dei disoccupati (rispetto al 49,3% dell'UE), un dato che segna uno degli aspetti più critici del mercato del lavoro italiano.¹⁰

Nel periodo 2000-2002, il tasso di occupazione è cresciuto – maggiormente nella componente femminile – di circa l'1% annuo, raggiungendo il 55,4%, a svantaggio però della classe di età più giovane (15-24 anni), che ha perso circa mezzo punto percentuale, e restando comunque il più basso in Europa; dal 1998, il tasso di disoccupazione è invece sceso progressivamente attestandosi al 9,1% nel 2002.¹¹ Nel 2001, il tasso di disoccupazione di lunga durata si è attestato al 5,9%. La crescita dell'occupazione è stata sostenuta soprattutto nel terziario, con alcuni riflessi anche nell'industria manifatturiera. Il grado di utilizzo del potenziale di lavoro esistente nel mercato nazionale permane limitato e segnato da numerosi squilibri. I differenziali individuati dalle recenti politiche riguardano, in particolare: il territorio (forti distanze del Sud dal resto del paese riguardo il tasso di occupazione, la partecipazione delle donne al mercato del lavoro e la diffusione dell'economia sommersa); le generazioni (disoccupazione alta tra i giovani e un'occupazione bassa tra gli anziani); il genere (differenze eccessivamente elevate nei tassi di occupazione e di attività); il capitale umano (livelli differenziati di scolarizzazione e transizioni scuola-lavoro inefficienti); la posizione lavorativa (segmentazione rigida tra coloro che godono di garanzie sul posto di lavoro e coloro che di tali garanzie usufruiscono in misura limitata o nulla).¹¹

Disoccupazione e salute

Negli anni ottanta alcuni autori avevano utilizzato i dati delle indagini ISTAT sulla salute¹² e sulle forze lavoro¹³ per valutare, rispettivamente, lo stato di salute riferito dei disoccupati e il ruolo della salute nella perdita o nella mancata ricerca del lavoro. I risultati andavano nella direzione attesa, con un profilo di salute più sfavorevole per i disoccupati di entrambi i sessi, e con un conseguente maggior consumo di assistenza sanitaria. L'allontanamento dal lavoro o la mancata ricerca di una nuova occupazione erano spiegati da uno stato di salute compromesso solo in una percentuale di casi limitata al 10-15%: questo dato rappresenta quindi una misura approssimativa dell'importanza relativa del meccanismo di mobilità fuori dal mercato del lavoro condizionata dalla salute. Il peso della cattiva salute sulle traiettorie occupazionali è stato valutato anche attraverso i dati dello Studio Longitudinale Torinese: la stima massima del rischio attribuibile alla mobilità discendente o alla perdita del lavoro condizionata dalla salute nel generare disuguaglianze di mortalità è risultata pari a 13,4% negli uomini e 22,6% nelle donne.¹⁴ I dati pubblicati successivamente dall'ISTAT sull'indagine sulla salute della popolazione italiana svolta nel 1994,¹⁵ distinguendo solo in rare occasioni i disoccupati in cerca di prima occupazione da quelli in cerca di nuova occupazione, consentono poche considerazioni sul fenomeno, comunque in linea con quanto osservato dagli autori precedenti. I soggetti in cerca di nuova occupazione, prevalentemente la componente adulta dei disoccupati, quindi maggiormente con-

frontabili con gli occupati, riferivano in particolare una maggiore sofferenza mentale, con il 64,2‰ e il 15,42‰ per le malattie del sistema nervoso e i disturbi psichici a fronte rispettivamente del 43,3‰ e del 5‰ degli occupati. Il 14,1% dei primi dichiarava inoltre di aver sofferto di qualche malattia o disturbo di salute con limitazione delle attività quotidiane per un numero di giorni uguale o superiore a 15 giorni, a fronte del 6,4% dei secondi.

I dati più recenti dell'indagine ISTAT sulla salute condotta nel 1999-2000 consentono un maggiore approfondimento di analisi dei problemi di salute dei disoccupati in Italia. Dall'esame dell'interazione tra la condizione occupazionale individuale e quella del coniuge o convivente, la disoccupazione è apparsa una condizione fortemente sfavorevole per la salute, anche quando il coniuge lavora.¹⁶ La tendenza a valutare come «non buone» le proprie condizioni di salute e a riferire una morbosità cronica è risultata maggiore negli uomini in cerca di lavoro con anche la moglie o convivente disoccupata rispetto agli occupati con coniuge o convivente occupato (PRR = 1,64; IC 95%: 1,34-2,01 per la salute percepita come non buona; PRR = 2,34; IC 95%: 1,76-3,13 per almeno una malattia cronica riferita) e, in misura lievemente inferiore, anche nei disoccupati con coniuge/convivente occupato (rispettivamente, PRR = 1,50; IC 95%: 1,32-1,71 e PRR = 1,46; IC 95%: 1,15-1,85). Le disuguaglianze di salute sono risultate in generale più intense negli uomini disoccupati e l'occupazione della moglie è sembrata meno protettiva rispetto a quanto osservato nelle donne; per queste ultime è infatti emerso che avere il marito occupato attenuerebbe, sino talvolta ad annullare, le disuguaglianze a sfavore delle disoccupate.

Un caso particolare è rappresentato dall'abitudine al fumo, per la quale non si sono registrate differenze significative tra gli uomini disoccupati con moglie disoccupata, rispetto alle coppie formate da membri entrambi occupati. Questo risultato farebbe supporre che l'incremento di fumatori fra i disoccupati riguardi solo quelli con a disposizione le risorse economiche per permettersi di fumare, mentre la disoccupazione del partner rappresenterebbe un deterrente a causa dell'acutizzarsi delle ristrettezze economiche quando in famiglia vengono a mancare due redditi.

Le disuguaglianze maggiori riguardano, però, il rischio di obesità che è apparso aumentato in quasi tutti i casi in cui almeno uno dei due coniugi non è occupato, con eccessi di rischio più elevati nelle casalinghe con marito disoccupato (PRR = 2,94; IC 95%: 2,20-3,92) e nelle occupate con marito disoccupato (PRR = 2,51; IC 95%: 1,76-3,57). Negli uomini gli eccessi di rischio di obesità sono risultati minori rispetto a quelli delle donne. Lo scostamento maggiore rispetto agli occupati con moglie occupata è emerso nei disoccupati con moglie casalinga (PRR = 1,60; IC 95%: 1,19-2,14), a conferma dell'ipotesi secondo cui la condizione di doppia disoccupazione e la conseguente minore disponibi-

lità di risorse economiche acutizza i problemi di salute. Alcuni di questi risultati sono confermati da studi locali, come avviene in un'indagine condotta a Torino sui dimessi nei tre anni 1996-98, in cui si osservano tra i disoccupati una maggiore tendenza al ricorso diretto all'ospedale e al ricovero in urgenza, una maggiore gravità clinica e una più elevata mortalità ospedaliera, con eccessi variabili tra il 30 e il 50% rispetto agli occupati¹⁷ (vedi anche capitolo 2.2, Parte I).

Disoccupazione e salute mentale

L'interazione tra disoccupazione e salute mentale, in particolare, è stata oggetto di uno specifico progetto dell'Unione Europea⁵ che aveva l'obiettivo di sviluppare una strategia per migliorare lo stato di salute degli individui e delle comunità colpiti dalla disoccupazione e per aumentare la consapevolezza tra i potenziali decisori a livello nazionale e locale. La premessa da cui è partito il progetto è che la relazione tra disoccupazione e salute mentale non può essere considerata di tipo causale e lineare ma complessa, nel senso che gli effetti si differenziano secondo diverse fasi (precedente, in corso e successiva all'evento della disoccupazione), della tipologia di disoccupato (giovani in cerca di prima occupazione, di breve periodo, di lungo periodo, donne, adulti, anziani, gruppi a rischio, immigrati, rifugiati, minoranze etniche, disabili e svantaggiati) e dei contesti storici e sociali in cui i disoccupati si trovano a vivere. La dimensione del rischio per la salute mentale conseguente allo stato di disoccupazione dipende inoltre dalle modalità con cui una società affronta la questione e dai sistemi di *welfare* che ha adottato: orientamenti culturali indesiderabili possono essere la banalizzazione, l'individualizzazione, il fatalismo e la stigmatizzazione della disoccupazione. Ulteriori fattori individuali e di contesto interagiscono con la disoccupazione nel determinare gli esiti della salute mentale: le disponibilità economiche; il sostegno sociale e familiare; l'istruzione e la classe sociale di appartenenza; la vulnerabilità personale; la deprivazione dell'area di residenza; la diffusione della disoccupazione a livello locale.

I danni sulla salute, documentati dal progetto attraverso la revisione della letteratura europea, sono molteplici e direttamente proporzionali alla durata del periodo di disoccupazione: i principali effetti psicologici sono il senso di colpa e di inutilità, l'insicurezza, le disfunzioni nella vita quotidiana e l'incapacità di gestire il tempo, la modifica degli stili di vita, l'abuso di sostanze e la perdita del rispetto per il prossimo; i principali effetti psicopatologici sono la depressione, l'ansia, l'insonnia, la perdita della concentrazione, la sfiducia; gli effetti documentati sulla salute fisica spaziano dai disturbi dell'apparato digerente alle malattie respiratorie, alle patologie cardiocircolatorie, agli incidenti stradali e domestici, alla salute materna, fino agli estremi del suicidio.

Lo stato di disoccupazione non coinvolge solo l'individuo, ma anche i suoi familiari, le comunità e l'intera società. Le conseguenze sociali ricadono infatti anche sui lavoratori che

conservano il posto di lavoro, ma vivono nel timore di perderlo; sulla famiglia, a causa del cambiamento di *status* e dei conflitti tra i membri portati dalla trasformazione dei ruoli, con una perdita della serenità familiare, maltrattamenti e abusi sessuali sui minori, dipendenza dei giovani verso la famiglia; sulle reti amicali e su quelle legate al lavoro, con l'indebolimento dell'intensità delle relazioni e il decremento dei contatti sociali.

I principali studi italiani sugli effetti della disoccupazione sulla salute psichica prendono piede durante la crisi occupazionale degli anni ottanta, focalizzandosi sulle situazioni di povertà e sugli esiti in termini di disorganizzazione sociale del fenomeno. In un primo tempo, si assiste alla produzione di ricerche descrittive degli esiti dell'esperienza di disoccupazione sul piano comportamentale, successivamente arricchitesi secondo un paradigma più articolato che ha incluso la differenziazione degli esiti di salute in relazione alle diverse tipologie socioculturali di disoccupato, alle forme di precarizzazione ed esclusione dal lavoro, ai processi causativi delle psicopatologie,¹⁸ ottenendo risultati in linea con quelli prodotti dalla ricerca condotta in campo internazionale.

In questo contesto merita anche richiamare due studi che hanno esplorato aree confinanti della salute mentale: le *performance* cognitive e la fragilità psicologica delle neo-madri. Lo studio di Salemi *et al.*¹⁹ ha valutato i livelli cognitivi in una popolazione di anziani in Sicilia in relazione ad alcune caratteristiche sociodemografiche, tra cui lo stato occupazionale. Lo studio ha coinvolto tredici medici di base che hanno somministrato, alla fine del 1987, una versione italiana dello *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ, composto di 10 *item* che consentono di valutare la presenza e il grado di danni cognitivi) a 3.999 soggetti di età superiore a 49 anni e residenti in alcuni comuni della Sicilia. Il punteggio grezzo rilevato è stato corretto per grado di istruzione e l'impatto delle variabili sociodemografiche è stato investigato tramite un modello di regressione logistica. È così risultato che il 4,6% della popolazione esaminata ha riportato danni alle funzioni cognitive. Età, sesso, istruzione e stato occupazionale sono risultati significativamente associati con i danni cognitivi; in particolare, i disoccupati hanno mostrato un rischio del 62% superiore agli occupati di subire danni alle funzioni cognitive, sottolineando il ruolo protettivo di uno stile di vita attivo.

Romito *et al.*,²⁰ tramite uno studio longitudinale multicentrico italo-francese, hanno indagato i fattori associati alla fragilità psicologica delle neo-madri, misurata tramite il *General Health Questionnaire* a distanza di 12 mesi dal parto. L'analisi è stata effettuata unicamente su coloro che avevano risposto a tutti e tre i momenti di contatto previsti dallo studio (alla nascita, a 5 e a 12 mesi), pari all'89% del campione iniziale, costituito, per la parte italiana, da una coorte di 724 donne. Per le donne perse al *follow-up* – prevalentemente madri giovani, scarsamente istruite, disoccupate o occupate

in lavori di bassa qualifica – non sono disponibili informazioni sulla salute, con una conseguente possibile sottostima dei problemi di salute dovuta a un effetto di selezione del campione. A un anno dal parto, circa il 9% delle rispondenti è stato classificato «fragile» (*distressed*), mentre il 33% mostrava qualche fragilità; le madri che dichiaravano di essere in difficoltà finanziarie o di avere il *partner* disoccupato erano quelle che riportavano la maggior probabilità di trovarsi in condizioni di fragilità psicologica, con prevalenze rispettivamente del 29% e del 23%.

Disoccupazione e mortalità

L'associazione tra mortalità e percorsi occupazionali è stata esplorata in modo articolato nell'ambito dello Studio Longitudinale Torinese²¹ (SLT) e dello Studio Longitudinale Toscano²² (SLTo). Lo SLT è un complesso sistema informativo che integra informazioni sociodemografiche provenienti da fonti amministrative, sanitarie e dei censimenti 1971, 1981 e 1991. Sullo sfondo dei cambiamenti generali che hanno interessato il mercato del lavoro di questa importante area produttiva nel decennio 1981-91, dall'analisi effettuata dagli autori emerge con chiarezza il profilo dello svantaggio di salute che caratterizza la condizione di disoccupato. Tra i maschi nella classe di età 18-59 anni, i disoccupati – che nella popolazione generale hanno un'età media di 29,5 anni e di cui il 26% degli uomini e il 37% delle donne è in possesso almeno di un diploma – riportano un eccesso di rischio di mortalità generale tra il 1981 e il 1991 dell'88% rispetto alla popolazione complessiva, a fronte di una protezione del 12% degli occupati. Entrando nel dettaglio delle specifiche cause di morte, emerge un quadro di estremo disagio, di *stress* e di marginalità sociale che accompagna la condizione dei disoccupati torinesi negli anni ottanta, con eccessi di morti per suicidio, AIDS, *overdose*, omicidio, cirrosi, malattie psichiche e malattie cardiocircolatorie; gli eccessi di morti per tumore ai polmoni e malattie respiratorie indicano una maggior abitudine al fumo; quelli per incidenti da trasporto e cadute denunciano l'esposizione ad attività lavorative informali di maggior rischio per la salute; mentre quelli per morti evitabili descrivono una maggior difficoltà di accesso alle cure. Più attenuato è il quadro dell'eccesso di mortalità delle donne disoccupate, anche per la difficoltà già citata di classificare correttamente questa condizione nel genere femminile. L'eccesso di mortalità tra i disoccupati persiste in tutte le categorie di istruzione e di classe sociale, a smentire il ruolo di un confondimento dato dalla posizione sociale dei disoccupati.

La durata e l'iterazione dell'esperienza di disoccupazione sono state studiate sempre all'interno dello SLT, usando come indicatore il numero di volte in cui una persona ha riferito di essere disoccupato ai censimenti del 1981 e 1991, in cui si chiedeva anche lo stato occupazionale, rispettivamente, del 1976 e del 1986. Rispetto a tutta la popolazione che si è dichiarata attiva nei quattro momenti censiti, i maschi che, nel-

la classe di età 18-59 anni, hanno riferito una condizione di disoccupazione mostrano un rischio di mortalità nel periodo 1991-95 superiore del 21%, quelli che dichiarano due momenti hanno un eccesso dell'82%, quelli con tre del 128% e quelli con quattro del 222%. Il rischio di mortalità cresce al crescere della «dose» di disoccupazione, in particolare per le cause di morte associate al disagio e a fenomeni di emarginazione sociale: le morti per AIDS (con un eccesso che va dal 34% di una «dose» al 590% nel caso di quattro «dosi»), per *overdose* (dal 23% al 289%) e per cirrosi (dal 115% al 257%). Per le donne questa relazione «dose-risposta» è di nuovo meno regolare, a conferma dei possibili problemi di misclassificazione. Il passaggio dagli anni ottanta agli anni novanta conferma l'andamento delle differenze di mortalità associate all'esperienza di disoccupazione, con una riduzione delle disuguaglianze tra gli uomini e un aumento tra le donne.

I dati ricavati dallo Studio Longitudinale Toscano confermano i risultati di quello torinese: l'analisi per condizione professionale consente di verificare la protezione costituita dall'essere stabilmente occupato e lo svantaggio di tutte le altre condizioni professionali, specificamente della disoccupazione, rispetto alla quale si riscontra un elevato rischio relativo di mortalità generale, più marcato per i disoccupati con bassa scolarità rispetto a quelli più istruiti e nettamente peggiorato tra le coorti censuarie del 1981 e del 1991.

Una specifica causa di morte: disoccupazione e suicidio

Gli studi di La Vecchia,²³ D'Avanzo²⁴ e Petri²⁵ sulla relazione tra suicidio e disoccupazione, in successione l'uno all'altro, osservano tutto l'arco di tempo, dagli anni cinquanta alla metà dei novanta, durante il quale si è definita e riorganizzata la società italiana coeva. Il fenomeno, comune ad altri paesi industrializzati, che viene colto è l'incremento del tasso dei suicidi che si è verificato dagli anni Settanta e che ha riguardato in particolare le classi di età più giovani. È da tener presente che, nel periodo considerato, i tassi di suicidio in Italia sono stati tradizionalmente inferiori di circa un quarto rispetto a quelli dei paesi del Nord e dell'Europa centrale. Nei primi due studi, l'associazione che viene sottoposta a disamina è quella tra l'ampio processo di industrializzazione, la riorganizzazione delle cure psichiatriche e l'andamento dei tassi di suicidio. Dalla matrice dei tassi di mortalità per suicidio specifici per classi decennali di età e per ogni quinquennio di calendario, gli effetti dell'età, di coorte di nascita e di periodo di morte sono stati valutati tramite un modello log-lineare di Poisson, con un chiaro effetto del periodo di morte e un non ovvio effetto di coorte. Si registra, in entrambi i sessi, un sostanziale decremento del tasso dei suicidi tra la fine degli anni cinquanta e la metà dei sessanta, seguito da una sistematica e progressiva tendenza all'aumento, pari al 35% per i maschi e al 15% per le donne negli ultimi due decenni considerati, tale per cui i suicidi ri-

sultano tra le poche cause di morte per le quali si registra un incremento dei tassi, con particolare evidenza per i maschi giovani e tra gli anziani. Per quanto riguarda i più giovani, l'incremento del tasso dei suicidi potrebbe essere correlato con le variazioni della situazione economica nazionale, in particolare con le crisi economiche e con la crescita dei tassi di disoccupazione verificatisi durante la metà degli anni sessanta e negli anni settanta.

L'obiettivo dell'ultimo dei tre studi è più mirato alla valutazione dell'associazione fra condizione di disoccupazione individuale o cambiamenti dei tassi di disoccupazione di popolazione e il rischio di suicidio negli anni compresi tra il 1982 e il 1994. Sono stati osservati, in tutto il periodo, 20.547 decessi per suicidio fra la popolazione attiva in Italia. L'analisi della distribuzione annuale mostra tassi di suicidio costantemente più elevati fra i disoccupati rispetto agli occupati, con un rapporto tra tassi che nei maschi cresce regolarmente dal 2,6 del 1982 al 4,6 del 1990, per poi decrescere al 3,9 del 1994; questo rapporto, anche se segue lo stesso andamento, è meno marcato fra le donne. Tra i disoccupati il tasso/100.000 era pari a 17,8 nel 1982, a 36,5 nel 1991 e a 32,8 nel 1994; tra le disoccupate negli stessi anni era pari a 1,7, 5,7 e 4,5. Estremamente più elevata e costante nel tempo è la crescita dei tassi di suicidio fra coloro che erano in

cerca di una prima occupazione, con una variazione dal 6,2 del 1982 al 35,1 del 1994. Tale crescita è associata con un parallelo incremento dei tassi di disoccupazione registrati durante il periodo di crisi economica 1982-1994, che variano per i maschi dal 4,7% del 1982 all'8,7% del 1994 e per le donne dal 9,9% al 15,6%, mostrando una maggiore sensibilità degli uomini a questo tipo di variazione.

La realtà italiana, per quanto descritta in modo frammentario tramite gli studi disponibili, conferma le ipotesi emerse dalle ricerche condotte negli altri paesi e descritte negli schemi interpretativi del paragrafo introduttivo. In particolare, dagli studi più dettagliati emerge il profilo inquietante della condizione di salute e di malessere che ancora appartiene alla disoccupazione: gli eccessi di rischio evidenziati dall'analisi della mortalità confermano in primo luogo il profondo impatto che tale condizione sortisce sulle opportunità di inclusione e di definizione del ruolo sociale della persona adulta. I suicidi, le morti associate a comportamenti dettati da un profondo stato di disagio e da percorsi esistenziali avversi sottolineano la consapevolezza per una consistente quota dei disoccupati di essere abbandonati a sé stessi, con le proprie carenti risorse personali, di fronte alle dinamiche del mercato e di essere esclusi dalle prospettive e dagli stili di vita rappresentati nella prassi sociale e nell'immaginario collettivo.

Bibliografia

1. Crepet P. *Le malattie della disoccupazione*. Roma, Edizioni Lavoro, 1990.
2. Marmot M, and Feeney A. Work and Health. Implication for individuals and society. In: Blane D, Brunner E, Wilkinson R (eds). *Health and Social Organization*. London-New York, Routledge, 1996.
3. Hogstedt C, Lundberg I. Work-related policies and interventions In: Mackenbach J, Bakker M (eds), *Reducing Inequalities in Health. A European Perspective*. London and New York, Routledge, 2002, p. 85.
4. Bartley M, Ferrie J, Montgomery SM. Living in a high-unemployment economy: understanding the health consequences. In: Marmot M, Wilkinson RG (eds), *Social Determinants of Health*. Oxford, Oxford University Press, 1999.
5. Ozamiz JA, Gumplmaier E, Lethien V (eds), *Unemployment & Mental Health. European Project*, European Commission, 2001, <http://www.umhp.org/menu.html>.
6. Bartley M, Montgomery S, Cook D, Wadsworth M. Health and work insecurity in young men. In: Blane D, Brunner E, Wilkinson R (eds), *Health and Social Organization*. London-New York, Routledge, 1996.
7. Romito P, Saurel-Cubizolles I. Fair law, unfair practices? Benefiting from protective legislation for pregnant workers in Italy and France. *Soc Sci Med* 1992; 12: 1485-95.
8. ISTAT, *Forze di Lavoro - Media 2002*. Annuario 8, 2003. <http://www.istat.it/Lavoro/Lavoro-e-o/index.htm>.
9. EC Employment and Social Affairs, *Short-term trends of EU employment growth*, Brussels, 10/11/2003, http://europa.eu.int/comm/employment_social/employment_analysis/short_term_trends_eu_empl_growth.pdf.
10. Ministero dell'Economia e delle Finanze, *Quadro Comunitario di Sostegno per le regioni italiane dell'obiettivo 1 2000-2006*, http://www.tesoro.it/web/docu_indici/QCS/Obiettivo1.htm
11. Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali; *Piano Nazionale d'Azione per l'Occupazione 2002*, <http://www.affarisociali.it/documentazione/default.htm>.
12. Figà-Talamanca I, Pagano R. Disoccupazione e salute: che cosa dicono le statistiche italiane. *Epidemiol Prev* 1988; 34: 50-53.
13. Bellini P, Campostrini S, Costa G, Mazzi M. Indicatori indiretti di morbosità e differenze sociali nella Rilevazione Trimestrale delle Forze Lavoro-ISTAT. *Epidemiol Prev* 1995; 19: 259-65.
14. Cardano M, Costa G, Demaria M. Social mobility and health in the Turin longitudinal study. *Soc Sci Med* 2004; 58: 1563-74.
15. ISTAT. Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. *Informazioni* 1997, 54.
16. Vannoni F. *Le disuguaglianze sociali di salute in Italia*. Tesi di dottorato in *Ricerca sociale comparata*, XVI ciclo, Torino, 2004.
17. Ciccone G, Lorenzoni L, Ivaldi C, Ciccarelli E, Piobbici M, Arione R. Classe sociale, modalità di ricovero, gravità clinica e mortalità ospedaliera: un'analisi con «All Patient Refined - DRG» dei dimessi dall'ospedale Molinette di Torino. *Epidemiol Prev* 1999; 23: 188-96.
18. Sarchielli G. Approcci psicologici allo studio della disoccupazione. *Sociol Lav* 1992; 59-60: 35-56.
19. Salemi G, Reggio A, Morgante L, Grigoletto F, Patti F, Meneghini F, et al. Impact of sociodemographic characteristics on cognitive performance in an elderly Sicilian population. *Neuroepidemiology* 2002; 21: 44-49.
20. Romito M, Saurel-Coubizolles MJ, Lelong N. What makes new mothers unhappy: psychological distress one year after birth in Italy and France. *Soc Sci Med* 1999; 49: 1651-61.
21. Costa G, Cardano M, Demaria M. *Torino. Storie di salute in una grande città*. Torino, Città di Torino-Ufficio di Statistica-Osservatorio socioeconomico torinese, 1998.
22. Merler E, Benvenuti A, Baldi P, Nardulli MC, Olmastroni L, Buggeri A, 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), e aspetti emergenti (AIDS e overdose). *Epidemiol Prev* 1999; 23: 207-14.
23. La Vecchia C, Bollini P, Imazio C, Decarli A. Age, period of death and birth cohort effects on suicide mortality in Italy, 1955-1979. *Acta psychiatr. scand* 1986; 74: 137-43.
24. D'Avanzo B, La Vecchia C, Negri E, Saraceno B. Suicide mortality in Italy: an update from 1955 to 1987. *Rev. Epidem. et Santé Publ* 1993; 41: 454-60.
25. Preti A, Miotto P. Suicide and unemployment in Italy, 1982-1994. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53: 694-701.

1.6

Il supporto sociale

Social support

Antonio Caiazzo,¹ Ester Cois,²¹ Servizio regionale di epidemiologia, ASL 5, Grugliasco (TO)² Dipartimento di scienze sociali, Università di Torino

Messaggi chiave

- La qualità, la consistenza e l'estensione della rete delle relazioni personali e impersonali, formali e informali, in cui si svolge la vita delle persone, ne influenza i livelli di salute, anche se è difficile documentare questo nesso.
- La scarsa produzione scientifica nazionale sul nesso tra reti sociali e salute consente un'esplorazione limitata dell'ampio campo d'indagine del capitale sociale e dell'analisi di *network*, restringendo le osservazioni alle caratteristiche della famiglia e, raramente, alle relazioni amicali.
- La carenza di supporto sociale appare associata a più elevati livelli di *stress* e d'insorgenza

di cardiopatie. Le coppie stabili con figli presentano rischi di mortalità minori rispetto alle famiglie disgregate e a persone o genitori soli e con carichi di cura; un evento critico (per esempio la nascita di un figlio) può far emergere il ruolo protettivo esercitato dalla qualità della relazione (in questo caso con il proprio *partner*) verso la salute degli individui (le neo-madri).

- Per i figli, una buona relazione affettiva con i genitori e la sensazione della loro presenza sono protettive verso il disagio psicofisico percepito, più dello stato socioeconomico e, per i giovani, vivere in un contesto di relazioni formali solidaristiche è protettivo verso i comportamenti parasuicidari.

Introduzione

Il supporto sociale è stato definito come «una risorsa fornita da altre persone»¹ ed è considerato come «un'informazione che guida il soggetto a credere di essere amato, curato, stimato, considerato e di appartenere a un *network* sociale di comunicazione e di mutua obbligazione».² Sono fondamentali in questa considerazione l'aspetto qualitativo, il tipo di supporto che è fornito dai membri del *network* e la reciprocità, che contraddistinguono la relazione in modo del tutto particolare. Riferendosi al concetto di «capitale sociale», si tratta di un potenziale di cooperazione,³ di una risorsa latente nelle relazioni sociali, che si può attivare in determinate circostanze, specifiche del contesto culturale di riferimento e degli eventi che possono innescare quel determinato potenziale (gli esempi potrebbero essere infiniti: dalle reazioni di una nazione di fronte a una minaccia militare, alla solidarietà di classe, alla cura che un padre può avere verso una figlia colpita da una malattia). Sembra infatti più una modalità che può assumere l'interazione tra persone che un tipo specifico di interazione. Fondamentale resta in ogni caso il fatto che la relazione sociale sia presa in considerazione come determinante della salute in una popolazione, riconoscendo un ruolo decisivo alle influenze esercitate dai diversi ambienti e alle caratteristiche dei sistemi di relazioni in cui quotidianamente si replica l'interazione tra gli individui. Questa riflessione conduce all'articolato campo d'indagine della *network analysis*⁴

Un modello di rappresentazione di tali influenze, le raffigura in una progressione di prossimità descritta da tre anelli concentrici:⁵ nell'anello più esterno si collocano le influenze macrosociali proprie del sistema economico e politico, espresse da norme, regolamenti, *standard* del mercato del lavoro, criteri di distribuzione delle risorse e delle opportunità, garanzie del diritto alla sicurezza; nella circonferenza intermedia si collocano i condizionamenti della comunità o dell'area residenziale, dalla scuola, dalle istituzioni religiose e dal luogo di lavoro, fino alle risorse naturali, alla qualità dell'ambiente fisico, all'efficienza dell'amministrazione territoriale, a tutte le forme che sostengono il sentimento di appartenenza alla comunità locale e, in definitiva, la qualità della vita quotidiana; infine, l'anello più prossimo all'individuo è il luogo delle influenze più immediate e dei vincoli più «caldi»: la rete familiare e amicale, la casa, il quartiere, il vicinato, le norme di comportamento radicate, gli stimoli più intensi per la percezione soggettiva delle opportunità di autorealizzazione. Un limite di questo modello sembra essere la rappresentazione della comunità personale come un sistema vincolato a un'area locale, piuttosto che come un *network* di legami la cui importanza non necessariamente deve sottostare a tale vincolo. Questa osservazione è pertinente in particolare se riferita ai contesti urbani, dove le reti egocentriche di relazione solo parzialmente sono riconducibili a un unico luogo fisico. La dimensione prossimale di relazione, in particolare, è ri-

tenuta decisiva ai fini del benessere psicofisico delle persone e delle individuali capacità di gestione del disagio. Quale componente essenziale del *network* sociale che si dirama da ciascun individuo, il ruolo della famiglia in quanto produttrice e mediatrice di buona o cattiva salute è ben documentato in letteratura. Quest'ultimo si esplica attraverso almeno tre meccanismi: il primo rinvia ai rapporti causali diretti che intercorrono tra famiglia e salute, come nel caso della correlazione tra lutti familiari e incremento temporaneo del rischio di suicidio o di insorgenza di infarto miocardico acuto; un secondo percorso vede la famiglia comparire nel suo ruolo di capitale socioculturale capace di condizionare il recepimento e il successo di programmi preventivi o di promozione della salute; infine, il soggetto familiare resta assolutamente decisivo nell'assistenza e nella cura della salute compromessa dei propri membri. Estendendo l'osservazione oltre l'orizzonte domestico, il supporto sociale su cui può contare un individuo appare ben espresso dal concetto di «controllo», in un'accezione corrispondente a due diverse proprietà delle relazioni sociali: la capacità soggettiva di mobilitare a proprio vantaggio solidarietà individuali o collettive e, in senso più ampio, la percezione del tessuto sociale, considerato nella sua globalità. Il sentimento della perdita o della mancanza di controllo si configura in questo caso come il riflesso sul piano delle «rappresentazioni individuali» del degrado, a livello societario, della coesione sociale.⁶ Entrambi questi risvolti del medesimo tratto societario, se declinati in negativo (come carenza di prerogative individuali, o come effetto soggettivo di un processo di erosione della coesione sociale, strettamente imparentato con lo stato anomico descritto da Durkheim ne «Il suicidio»), sembrano correlarsi a un diffuso *stress* cronico, in parte responsabile del profilo di cause di morte osservato nella gran parte dei paesi industrializzati.⁷

Benché esista una riprova empirica piuttosto solida dell'azione positiva del supporto sociale su molti differenti aspetti della salute fisica e mentale e, viceversa, della correlazione tra isolamento e disagio psicofisico, l'esatta natura di questi nessi rimane elusiva. C'è una certa uniformità nella direzione e nell'intensità delle associazioni che si osservano tra rete familiare e sociale e salute, ed è ben documentata una relazione dose-risposta per gli effetti favorevoli della frequenza dei contatti sociali, mentre la stessa è meno chiara per quanto riguarda la qualità della rete sociale. Una consistente documentazione empirica suggerisce l'esistenza di meccanismi neuroendocrini che possono spiegare sia l'effetto diretto del supporto familiare e sociale sul benessere fisico e psicologico, sia l'effetto indiretto sulle capacità di controllo dei fattori stressanti, e questi meccanismi sono coerenti con le teorie psicosociali. Cominciano da poco a essere disponibili conferme empiriche sul successo di azioni di supporto della rete sociale nella riduzione delle conseguenze sfavorevoli sulla salute. Tuttavia, benché ci siano mol-

ti indizi che fanno pensare che ci sia un effetto causale diretto della rete sociale nel creare salute, persistono numerose difficoltà di «misura», di controllo dei fattori estranei e di studio delle storie di vita, che impediscono di trarre valutazioni conclusive.⁸

Una delle principali distinzioni nell'analisi del rapporto tra supporto sociale e salute è quella tra il tipo di rete relazionale attivata dall'individuo e gli aspetti funzionali del supporto, ossia la qualità del sostegno che è reciprocamente trasmesso dai membri del *network*. Mentre la configurazione della rete sociale può essere descritta in base alla quantità e alla frequenza dei contatti scambiati con il gruppo primario – quello delle persone cui il soggetto è più legato – o con ambiti relazionali più distanti, il tipo di supporto può essere identificato come «emotivo» oppure «pratico». Rientrano nella componente emotiva del supporto sia gli aiuti consistenti in informazioni utili alla risoluzione di un problema, sia quelli espressi in forma di sostegno affettivo, di apprezzamento, di incoraggiamento, in ultima analisi di rafforzamento dell'autostima. Di tipo strumentale appare invece il sostegno di natura pratica, materiale, finanziaria.⁹ Nel valutare l'impatto sulla salute del supporto, soprattutto di natura emotiva, è anche importante individuare la fonte da cui esso deriva, perché secondo la «vicinanza» affettiva di quest'ultima, la sua valenza può essere ben diversa per chi ne è destinatario. La ricerca in tempi recenti ha riconosciuto che le relazioni più strette, nella loro duplice e talvolta ambivalente declinazione come risorse e come vincoli, possono esercitare sul benessere psicofisico un'influenza tanto positiva quanto negativa. Più esattamente, non solo la mancanza di un sostegno positivo da parte dei soggetti principali nella sfera personale costituisce un fattore di rischio per la salute, ma è anche possibile che attraverso gli stessi canali strutturanti i cosiddetti «legami caldi» fluiscano direttamente influenze dannose, tali da configurarsi come determinanti nel quadro eziologico di talune patologie, soprattutto di natura psichiatrica (ansia, depressione, eccetera).¹⁰ Al di là degli effetti diretti sulla salute della mancanza di supporto o, viceversa, dell'eccessiva pressione trasmessa dai soggetti più prossimi, un secondo meccanismo attraverso cui il sostegno agisce sul benessere è il cosiddetto «effetto tampone»: in questo caso, il ruolo del supporto appare fondamentale nel moderare l'impatto di agenti stressanti (*stressors*) sulla salute, per esempio scoraggiando l'assunzione di comportamenti insalubri o comunicando all'individuo colpito da un evento particolarmente traumatico e destabilizzante una sensazione di controllo sull'ambiente circostante, se non immutato, almeno riformulato su nuovi presupposti.

Purtroppo la letteratura scientifica è povera di contributi italiani su questo argomento. I paragrafi che seguono intendono di più testimoniare questa lacuna, che non dare una dimensione del fenomeno in Italia o descriverne le caratteristiche.

Supporto sociale, stress e cardiopatia ischemica

Tra le differenti componenti psicosociali causalmente correlate allo *stress*, per sua mediazione, all'insorgere o all'acuirsi di specifiche patologie, come la cardiopatia ischemica, il ruolo del supporto sociale – in concomitanza con altre variabili – appare sostenuto da una cospicua documentazione empirica. Un raro esempio di contributo analitico della ricerca italiana sul tema è dato da uno studio caso-controllo condotto a Roma¹¹ su un campione di 80 pazienti affetti da cardiopatia ischemica, comparato a un gruppo di controllo di 80 soggetti ricoverati per un grave evento traumatico. Tra i questionari somministrati ai soggetti in studio, di particolare interesse in questo frangente appaiono quello sul supporto sociale (SSQ), mirante a valutare le abitudini di relazione, la qualità e la quantità di sostegno su cui i pazienti potessero far conto, con particolare attenzione alla famiglia e alle amicizie; quello diretto a stimare la frequenza e l'importanza degli eventi biografici occorsi durante l'anno precedente il ricovero; quello mirato a descrivere retrospettivamente tanto sul piano soggettivo (autovalutazione), quanto oggettivo (eterovalutazione), il proprio grado di *stress* psicologico; il questionario modificato di Maastricht (MMQ), volto a valutare le manifestazioni fisiche e psichiche di *stress* psicologico esperite nel periodo precedente l'ospedalizzazione. In sintesi, gli indici di *stress* psicologico sono risultati superiori nei pazienti colpiti da patologie cardiache rispetto ai controlli: nei primi il punteggio medio ottenuto nel questionario di autovalutazione è stato di 7,1, contro un punteggio di 4,3 nel gruppo di controllo; nell'eterovalutazione clinica si sono avuti, rispettivamente, i punteggi di 7,4 e 4,3; e infine per il MMQ i punteggi sono stati di 91 nei pazienti cardiopatici, contro 58,6 nei controlli. È inoltre emerso in modo chiaro il ruolo catalizzatore svolto nell'insorgenza dello *stress* da parte della carenza di sostegno sociale: infatti, non solo i pazienti affetti da cardiopatie hanno riportato un maggior numero di eventi biografici dolorosi rispetto ai casi di controllo (punteggio 10,7 *vs* 8,2), ma anche la valutazione negativa degli stessi episodi come responsabili di una rottura dell'equilibrio psicofisico è risultata superiore nei primi rispetto ai secondi (12,7 *vs* 10,2), in concomitanza con la più intensa percezione di un forte isolamento sociale da parte dei pazienti in studio rispetto al gruppo di controllo (SSQ: 29,8 *vs* 23,8).

Tipologia familiare e mortalità

Le differenze di mortalità secondo lo stato civile sono state ampiamente documentate in demografia, ponendo in evidenza un profilo caratterizzato da una forte protezione per i coniugati e da eccessi di mortalità crescenti passando dai vedovi ai *single*, per finire con i divorziati e i separati. L'effetto protettivo dell'essere sposati è stato ricondotto in parte ai meccanismi di selezione delle persone più sane per l'avvicinamento al matrimonio, in parte all'azione benefica della di-

sponibilità di aiuto per far fronte ai problemi di cura delle malattie, benché la funzione di supporto sia in parte contro-bilanciata dallo *stress* legato all'eventuale perdita del coniuge. In termini più generali, alla determinazione dello stato di salute di un individuo contribuisce anche la configurazione strutturale della famiglia di cui è parte.

Lo Studio Longitudinale Torinese¹² ha offerto un riscontro empirico in tal senso. Tra gli adulti (30-59 anni) di entrambi i sessi, lo stato di coniugato all'interno di una famiglia nucleare con figli conviventi è risultato quello maggiormente protettivo rispetto al rischio di morte per tutte le cause (SMR = 80, IC 95%: 76-84 negli uomini; SMR = 82, IC 95%: 76-88 nelle donne), con particolare intensità di protezione rispetto al tumore del polmone, all'AIDS, all'*overdose*, alle malattie ischemiche, alle cirrosi, ai suicidi e alle malattie evitabili. Rispetto ai coniugati con figli, tutte le altre tipologie familiari hanno mostrato eccessi di rischio di morte dal 30 al 140%, in particolare per i figli maschi conviventi con genitori soli (SMR = 243, IC 95%: 150-372 nei figli di padre solo; SMR = 189, IC 95%: 151-232 nei figli di madre sola), per le persone che vivono sole (SMR = 167, IC 95%: 154-182 negli uomini; SMR = 139, IC 95%: 123-156 nelle donne), per gli uomini che convivono in famiglie estese con un grado di parentela superiore al primo (SMR = 173, IC 95%: 105-267); per gli uomini soli che sopportano il carico di figli o anziani dipendenti (SMR = 138, IC 95%: 114-164). Tra gli anziani si sono confermate le stesse differenze, mentre nuove configurazioni familiari, come quella degli anziani ospiti di famiglie estese o multiple, hanno individuato situazioni a rischio. Anche in questo caso lo stato di coniugato convivente con il coniuge – con o senza figli – è risultato significativamente protettivo rispetto al rischio di malattie ischemiche, di malattie cerebrovascolari, di malattie respiratorie, di cirrosi, di suicidi e, limitatamente alle donne, di diabete. La condizione di coniugato convivente con il coniuge ha mostrato, anche tra i grandi anziani (oltre i 75 anni), la maggiore protezione, soprattutto per le malattie circolatorie e respiratorie.

Le disuguaglianze per tipologia familiare sono andate allargandosi nel tempo: la proporzione di morti attribuibili, calcolata utilizzando come categoria di riferimento la configurazione familiare più protettiva di coniugato in una famiglia nucleare con figli, è cresciuta regolarmente dagli anni settanta agli anni novanta. Per la popolazione adulta la quota, rispettivamente per uomini e donne, è passata dai valori di 8,8% e 10,8% negli anni settanta, ai valori di 12,4% e 14,7% negli anni ottanta, fino al 20,4% e 15,5% negli anni novanta. La causa può essere ricercata sia in un aumento delle differenze relative nel rischio di morte, sia in un aumento delle persone che vivono in tipi di famiglie diversi da quello scelto come riferimento. Per gli anziani e i grandi anziani, soprattutto se donne, si è assistito a una medesima tendenza nell'arco di tempo considerato.

L'indicatore della tipologia familiare ha consentito anche di delineare gruppi di popolazione esposti a specifici rischi di mortalità: i figli conviventi in famiglia sono risultati particolarmente esposti all'AIDS e all'*overdose*; i genitori soli con figli o anziani dipendenti sono a rischio per le morti correlate al fumo; le persone sole o quelle anziane ospiti in famiglie estese o multiple appaiono selezionate per avere limitazioni d'autonomia. Tra le ipotesi interpretative formulate per dar conto dell'associazione tra la crescita delle disuguaglianze di mortalità e l'aumento della consistenza numerica delle configurazioni familiari meno protette, almeno due meritano di essere richiamate, per quanto la documentazione empirica dello Studio Longitudinale Torinese non appaia decisiva rispetto alla plausibilità dell'una o dell'altra. La prima rintraccia nel mutamento dei modelli residenziali un fattore di crescita delle disuguaglianze: i cambiamenti nella struttura sociale torinese – caratterizzati dalla crescita dei ceti impiegatizi a scapito di quelli operai¹³ – si sarebbero accompagnati all'erosione dell'omogeneità sociale e culturale dei quartieri cittadini (desegregazione), con il conseguente indebolimento dei legami sociali basati sulla residenza e l'impoverimento del capitale sociale individuale e familiare. La seconda ipotesi individua nei corsi di vita familiare, facenti capo alle configurazioni familiari più protettive, un insieme di condizioni favorevoli assenti negli altri tipi di famiglia: un'occupazione stabile, la disponibilità di un'estesa rete familiare e di un solido capitale culturale, sarebbero associate da una parte alle strutture familiari più consone alla norma, dall'altra parte alla protezione dal rischio di morte.

Supporto familiare e salute percepita tra gli adolescenti

L'ambito familiare di provenienza contribuisce a delineare non solo i differenziali di salute oggettivamente rilevabili tra bambini e adolescenti, sia in termini fisici sia psichici, ma si rivela decisivo anche per la definizione della propria «immagine» di salute, ovvero per la percezione soggettiva della misura del proprio benessere. Negli ultimi anni in particolare, è aumentato l'interesse teorico per quell'epoca della vita che va dai 14 ai 19 anni,¹⁴ determinando un incremento a livello internazionale degli studi prettamente epidemiologici sull'adolescenza, aventi l'obiettivo di studiare la diffusione del disagio psicofisico, valutato spesso mediante scale psicometriche autosomministrate. In tale cornice generale può collocarsi uno studio epidemiologico trasversale condotto a Pavia nel 1994 su un campione di 1.189 studenti dai 14 ai 19 anni d'età,¹⁵ che si è proposto di indagare sugli adolescenti selezionati quali variabili familiari (tipo di nucleo familiare, stato socioeconomico della famiglia, provenienza dei genitori, affetto per i genitori, percezione che i ragazzi hanno della salute psicofisica dei propri genitori) e individuali (età, uso di droghe, grado di insoddisfazione per diverse circostanze di vita, sintomatologia psicosomatica) si distribuivano diversamente per

sempre e per livelli di «disagio psicofisico percepito». L'analisi dei dati raccolti mediante questionario strutturato ha messo in luce, peraltro, come gli unici aspetti familiari che tendessero a distribuirsi diversamente per percezione di disagio fossero indicatori di supporto, come l'affetto espresso per i genitori e il valore attribuito alla loro costante presenza (individuato dalla preoccupazione espressa dai figli per il loro stato di salute). Minore – in contrasto con molta parte della letteratura e con il credo comune – è risultata l'importanza dello stato socioeconomico (definito considerando il reddito globale della famiglia) tradizionalmente considerato come una delle caratteristiche familiari maggiormente correlate al malessere psicofisico negli adolescenti.

Supporto familiare e salute delle neo-madri

Un ambito relazionale quasi paradigmatico per osservare all'opera, e amplificati, molti degli aspetti correlati in positivo o in negativo al supporto sociale, è certamente lo spazio della coppia e la relazione supportiva/vincolante che vi è sottesa. A essere oggetto di scambio continuo, lungo i canali del rapporto tra *partner*, è infatti sia un supporto di tipo emotivo, sia un aiuto di tipo pratico, e le carenze o le distorsioni dell'una o dell'altra forma di sostegno sono risultate esprimersi molto chiaramente in termini di benessere psicofisico individuale. Questa relazione appare particolarmente evidente nell'osservazione dello stato di salute delle madri dopo un evento esemplare per il suo impatto stressante, in termini sia psichici sia fisici: il parto. La morbosità materna appare un ambito di ricerca poco indagato, anche perché l'attenzione medica tende a focalizzarsi maggiormente sulla fase della gestazione e si ridimensiona fortemente dopo il parto. I pochi studi, tutti recenti, sulla salute delle neo-madri hanno tuttavia trovato risultati piuttosto coerenti: l'incidenza di vari problemi di salute appare alta, molti persistono ben oltre il cosiddetto «periodo post-parto» e solo una minima proporzione delle donne che ne sono affette richiede un aiuto medico.¹⁶

In particolare, uno studio longitudinale comparato condotto su due campioni di donne, uno francese e uno italiano, che avevano partorito il primo o il secondo figlio tra il settembre del 1993 e il luglio del 1994, si è proposto di descrivere la prevalenza di vari sintomi in diversi momenti successivi al parto, in funzione di alcune variabili socioeconomiche – quali lo *status* occupazionale delle donne e le difficoltà finanziarie percepite – e di un indicatore di supporto familiare, costituito dalla qualità della relazione con il *partner*.¹⁷ Il campione finale italiano era formato da circa 700 madri, contattate in cinque ospedali (tre urbani e due rurali) del Nord-Est del paese, che avevano accettato di compilare tre questionari in diversi periodi temporali: subito dopo il parto, a distanza di cinque mesi e dopo 12 mesi dalla nascita. I risultati principali emersi nella parte italiana dello studio – comunque simili a quelli riscontrati sul campione francese – hanno mostrato che la prevalenza della maggior par-

te dei sintomi considerati era molto più consistente a 12 mesi dal parto piuttosto che dopo i primi cinque mesi, dato che contraddice l'opinione comune secondo cui al crescere del bambino e all'allontanarsi dell'esperienza del parto, le madri recupererebbero pienamente la propria salute, forza e benessere. Al compimento del primo anno di vita del bambino, più della metà delle madri hanno dichiarato di soffrire di mal di schiena, ansia e stanchezza cronica, il 45% di essere affette da emicrania ricorrente, mentre circa un terzo riportava sintomi di mancanza di desiderio sessuale, disturbi del sonno e depressione. Alla stessa data, le donne che dichiaravano difficoltà finanziarie risultavano più frequentemente affette da un precario equilibrio psicologico. Il dato più significativo è, tuttavia, quello che si riferisce all'indicatore di qualità della relazione di coppia, risultato fortemente legato al benessere psicofisico delle madri: le donne che hanno definito il rapporto con il *partner* «non buono» (pari al 22% del campione) denotavano una probabilità maggiore di presentare sintomi di malessere nella vita sessuale e nell'equilibrio mentale, rispetto ai gruppi di soggetti che esprimevano un giudizio «buono» o «molto buono».

L'associazione tra una difficile relazione di coppia e lo *stress* delle madri è ben nota nella letteratura sulla depressione post-parto. Una conferma indiretta sembra derivare dal dato per cui le monogenitrici (sebbene pari ad appena il 3% del campione) non hanno presentato maggiori problemi di salute: al contrario, la prevalenza di sintomi tendeva a essere più bassa per le donne non coabitanti con il *partner*, rispetto alle donne che descrivevano la relazione con il proprio convivente come «non buona». Ciò appare confermato dai risultati di un'analisi dello stesso campione di donne francesi e italiane, che si è avvalsa del *General Health Questionnaire* come indicatore di *stress* psicologico 12 mesi dopo il parto,¹⁸ ed enfatizza l'importanza del contesto sociale, soprattutto di quello più immediato, costituito dalla sfera familiare, sul benessere delle neo-madri. Quanto alla natura del supporto richiesto, o mancante, la risposta più comune data da un campione di donne, cui era stata rivolta una domanda aperta circa cosa potesse rendere più facile la vita delle neo-madri, si era riferita alla condivisione delle responsabilità e delle preoccupazioni della maternità. Indipendentemente dal proprio *status* occupazionale, le donne hanno indicato come fondamentale la disponibilità di asili nido accessibili e di buona qualità, e molte si sono dichiarate interessate a discutere con altri gruppi di genitori questioni relative allo sviluppo dei figli, all'allattamento, alla propria salute, alle difficoltà con il proprio *partner*.¹⁹

Appare opportuno soffermarsi ancora sul dato relativo allo *status* occupazionale, perché una sua interpretazione adeguata può essere molto indicativa circa la rilevanza per la salute non solo del supporto familiare, ma anche di quello derivante dall'ambito lavorativo. Si è osservato, infatti, che in nessuno dei due campioni l'essere occupate ha mostrato un effetto nega-

tivo sulla salute fisica o mentale delle madri un anno dopo il parto; questo risultato può sembrare controintuitivo, in considerazione del fatto che le madri occupate di bambini piccoli spendono più ore a lavorare, essendo sottoposte al duplice carico del lavoro retribuito e della cura domestica (la cosiddetta «doppia presenza»²⁰ – vedi anche capitolo 1.4, Parte I) e dovendo di conseguenza contrarre fortemente il tempo dedicato allo svago, alla cura personale e al sonno. Ma essere occupate significa anche un incremento dei propri contatti sociali e dell'autonomia economica, una via d'uscita, seppure temporanea, dalle pareti domestiche, e talvolta una fonte di stimoli intellettuali direttamente correlati al rafforzamento dell'autostima, tutti fattori ai quali è riconosciuto un effetto di promozione della salute. I dati nazionali italiani mostrano che tra le madri con *partner* coabitante nel gruppo di età 20-34 anni, quelle che sono occupate spendono più tempo lavorando rispetto alle casalinghe a tempo pieno (il 42% *vs* il 22% lavora 70 ore o più a settimana), ma hanno anche una maggiore probabilità di dichiararsi «molto soddisfatte» delle relazioni familiari (53% *vs* 46%) e una minore probabilità di ritenersi «insoddisfatte» del proprio lavoro (20% *vs* 33%).²¹

Supporto sociale e dinamiche dell'invecchiamento

L'influenza del supporto sociale sullo stato di salute è stata indagata anche in studi focalizzati sulle dinamiche dell'invecchiamento e, più specificamente, sui fattori condizionanti il benessere psicofisico degli anziani. Un indicatore comunemente usato per stimare l'intensità e la qualità delle relazioni sociali è rappresentato dalle condizioni residenziali, o meglio, dagli aspetti strutturali dell'unità di coabitazione: l'accresciuta speranza di vita negli ultimi decenni ha fatto sì che la coppia anziana coabitante rappresenti un modello familiare più frequente e durevole rispetto al passato, nonostante il numero crescente di divorzi. Continuare a essere parte della propria coppia coniugale, in età anziana, è risultato essere generalmente associato a una maggiore indipendenza, una migliore salute, una più intensa integrazione sociale e, in definitiva, un superiore benessere generale.²² Ma anche vivere da soli, una possibilità molto comune per le donne vedove, non significa necessariamente che l'anziano sia povero o isolato, potendo anzi indicare una sua perdurante indipendenza economica e fisica, né che abbia una salute peggiore qualora possa mantenere un regolare contatto con i propri figli o altri parenti e vicini, e giovare di un aiuto reciproco.²³ Determinate variabili relative al grado di interazione tra gli anziani, il loro ambiente circostante, il proprio contesto familiare, le relazioni personali, il sentimento di solitudine, sono state tutte individuate come significativi predittori della mortalità o sopravvivenza degli individui nel medio periodo.²⁴

Lungo questo solco interpretativo può collocarsi una ricerca condotta in provincia di Brescia su un campione di 390

soggetti ultrasessantenni residenti nelle proprie abitazioni, allo scopo di descrivere l'associazione della sintomatologia depressiva con la compresenza di condizioni di svantaggio psicosociale, funzionale e di salute.²⁵ La depressione è una caratteristica comune negli anziani soli ed è stato ampiamente dimostrato che condizioni di svantaggio comuni fra gli anziani, come le sofferenze somatiche, la disabilità, lo scarso supporto sociale e il basso reddito, sono correlate con sintomi depressivi. Nello studio, quindi, è stato analizzato un insieme di fattori ritenuti potenzialmente associati in modo causale all'insorgere della depressione (demografici, relativi alle capacità cognitive, allo stato di salute, allo stato funzionale e alle condizioni economiche e sociali), tra i quali è stato considerato il supporto sociale informale. L'analisi dei dati ha offerto sostegno empirico all'ipotesi di partenza, secondo cui la compresenza di diverse condizioni di svantaggio fosse con tutta evidenza associata al rischio più elevato di essere colpiti da patologie depressive; in particolare il terzile più svantaggiato per quanto riguarda il supporto sociale ha evidenziato un rischio quasi doppio rispetto a quello meno svantaggiato (OR = 1,8; IC 95%: 1,1-3,1).

Coesione sociale e comportamenti parasuicidari

Il sostegno sociale non corrisponde solo a una risorsa attivabile dagli individui, ossia al «capitale sociale» soggettivamente inteso, che configura la capacità del singolo di mobilitare a proprio vantaggio solidarietà individuali o collettive fluenti attraverso un *network* relazionale; in senso più ampio, il concetto si correla al grado di integrazione e di coesione del tessuto sociale, globalmente considerato. Un ambito di ricerca in cui tale secondo significato del supporto sociale è stato sottoposto a controllo empirico, nella sua capacità di condizionare l'equilibrio psicofisico individuale, è quello che si focalizza sui determinanti del suicidio, o della semplice propensione a questo atto estremo. La tematica della correlazione tra indicatori sociali e tassi suicidari e parasuicidari si colloca nel solco della tradizione sociologica durkheimiana,²⁶ riconducibile, in estrema sintesi, all'assunto per cui il comportamento suicida sarebbe inversamente correlato con il grado di integrazione sociale e di controllo sociale. Se le ricerche su popolazioni di suicidi confermano ormai largamente che determinate condizioni di elevato impatto sociale, quali disoccupazione, separazioni coniugali, elevati consumi di alcolici, rappresentano importanti fattori di rischio suicidario sul piano individuale,²⁷ le ricerche su eventuali correlazioni tra indicatori sociali nella popolazione generale e tassi suicidari hanno trovato solo deboli conferme,²⁸ peraltro limitate alla relazione con determinati indici (per esempio tasso di divorzi e di separazioni) o circoscritte a fasce di età medio-avanzata.²⁹

Un esempio non recente di questi studi di correlazione è costituito da un'analisi comparativa volta a riscontrare eventuali

analogie e peculiarità tra le province italiane e gli stati USA rispetto alle correlazioni sociali dei tassi di suicidio.³⁰ Sia i dati per gli stati continentali USA, sia i dati italiani, tratti dalle rilevazioni ISTAT per il 1986, hanno fatto riferimento a sette indicatori sociali: la popolazione, la densità di popolazione, il tasso di disoccupazione, il tasso di mortalità, il tasso di natalità, il tasso di nuzialità e la proporzione di popolazione di 65 anni o più. In generale, in Italia i tassi di suicidio sono risultati più alti nelle regioni dove il tasso di mortalità era alto, la percentuale di anziani elevata e i tassi di nuzialità e natalità bassi, mentre negli USA i tassi di suicidio sono apparsi più bassi in regioni con le medesime caratteristiche. Solo il caso italiano, in considerazione della correlazione inversa tra tassi di suicidio e tassi di natalità e nuzialità, sembra corrispondere discretamente agli assunti teorici durkheimiani, in base ai quali la diffusione del divorzio, che indebolirebbe l'integrazione sociale, dovrebbe essere associata a tassi di suicidio più alti, mentre la presenza di figli, che rafforzerebbe i legami sociali, dovrebbe essere associata a tassi di suicidio più bassi. Non altrettanto può rilevarsi per il caso statunitense: questo studio, più che smentire o confermare una teoria, sembra porre in rilievo la difficoltà intrinseca alla comparazione di comportamenti simili che si esplicano in contesti socioculturali profondamente differenti nei quali le variabili considerate possono assumere significati distinti.

Sono anche pochi i riferimenti su eventuali correlazioni tra indicatori sociali e comportamenti parasuicidari, particolarmente nelle fasce giovanili della popolazione, quelle che si assume siano più intensamente colpite dalle condizioni di malessere della famiglia e dell'ambiente microsociale, e per le quali il tentativo di suicidio assume spesso significati di richiamo o di richiesta di aiuto. Una ricerca condotta a Trieste³¹ tra il 1983 e il 1991, su una popolazione totale costituita da 2.584 persone registrate presso i servizi di Pronto soccorso dei due grandi nosocomi ospedalieri cittadini per tentativi di suicidio, ha esaminato le variazioni dei tassi parasuicidari giovanili – relativi alla fascia d'età 15-24 anni, circa un quarto del totale – in riferimento alle variazioni registrate dall'ISTAT,^{32,33} nello stesso periodo di tempo, in alcuni indici di «salute sociale», quali i tassi di disoccupazione giovanile, i consumi di vino, le separazioni e la delinquenza minorile. La scelta di limitare il campo di osservazione alla sola città di Trieste ha mirato a escludere, nella valutazione dei risultati, il peso di elementi culturali variabili da un'area geografica all'altra. Lo studio ha mostrato rilevanti elementi di coerenza tra le vicende socioeconomiche attraversate dalla città nell'arco dei dieci anni compresi tra il 1983 e il 1991 e la tendenza dei parasuicidi compresi nella fascia d'età 15-24 anni. Focalizzando in particolare l'attenzione su due indici – il consumo di alcolici e il tasso di disoccupazione globale giovanile – sono emerse correlazioni lineari statisticamente significative con i tassi parasuicidari giovanili. Questi ultimi si sono ridotti in modo evidente

nel periodo considerato (passando da tassi superiori a 200/100.000 nel primo triennio a valori medi sui 140-150/100.000 negli anni successivi), sostanzialmente in parallelo alla linea di tendenza dei consumi di vino, che sono diminuiti nella regione friulana di circa 1/3 tra il 1983 e il 1986 e di un ulteriore 20% nei cinque anni successivi, in coincidenza con una massiccia campagna territoriale di sensibilizzazione ai danni dell'alcol, che ha anche adottato tecniche di terapia di gruppo coinvolgenti reti sociali, famiglie e istituzioni. Altrettanto indicativo è apparso il nesso esistente tra comportamenti parasuicidari e disoccupazione: nel corso dei nove anni d'osservazione la tendenza dei tassi parasuicidari ha sempre corrisposto all'andamento dei tassi di disoccupazione globale giovanile. Il numero più basso di tentativi di suicidio si è registrato nel 1987 e nel 1989, gli

stessi anni nei quali i tassi di disoccupazione giovanile, rispettivamente femminile e maschile, hanno segnato i valori più bassi, in gran parte grazie all'istituzione dell'Agenzia regionale del lavoro, avvenuta nel 1985. Nel corso del periodo 1987-89, l'andamento di alcuni indicatori suggerisce il miglioramento della qualità delle relazioni sociali, con una riduzione delle separazioni coniugali, l'incremento dell'indice di natalità, la riduzione del numero dei minori denunciati. In sintesi, lo studio esaminato ricostruisce un quadro di significatività e di senso nel quale si possono collocare scelte estreme come i tentativi di suicidio, svincolando in questo modo tali comportamenti da un'interpretazione che riduce alla specificità individuale le ragioni del gesto, per restituirle alla variazione della qualità degli elementi che compongono il contesto sociale.

Bibliografia

- Cohen S, Syme SL (eds). *Social Support and Health*. London, Academic Press, 1985.
- Cobb S. Social support as a moderator of life stress, *Psicosom. Med.* 1976; 38:300-13.
- Bagnasco A. *Società fuori squadra. Come cambia l'organizzazione sociale*. Bologna, Il Mulino, 2003.
- Piselli F. (a cura di). *Reti. L'analisi di network nelle scienze sociali*. Roma, Donzelli Editore, 2001.
- Tarlov AR. Social determinants of health. The sociobiological translation. In: Blane D, Brunner E, Wilkinson R (eds), *Health and social organization. Toward a Health policy for the 21st Century*. London, Routledge, 1996; p. 71-93.
- Cardano M, Costa G. Classi sociali e salute. Le disuguaglianze di mortalità a Torino. *Quaderni di sociologia* 1998; 17:86-121.
- Wilkinson RG. *Unhealthy societies. The afflictions of Inequality*. London, Routledge, 1996.
- Broadhead WE, Kaplan BH, James SA, Wagner EH, Schoenbach VJ, Grimson R, Heyden S, Tibblin G, Gehlbach SH. The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *Am J Epidemiol* 1983; 117(5):521-537.
- Stansfeld SA. Social support and social cohesion. In: Marmot M, Wilkinson G (eds), *Social determinants of Health*. New York, Oxford University Press, 1999.
- Brunner E, Marmot M. Social organization, stress, and health. In: Marmot M, Wilkinson G (eds), *Social determinants of Health*. New York, Oxford University Press, 1999.
- Patti G, Pignaberti C, Cimentini C, Cianflone D, Maseri A. Lo stress psicologico come fattore scatenante nelle manifestazioni acute della cardiopatia ischemica. *Cardiologia*, 1995 Apr; 40 (4):229-34.
- Costa G, Cardano M, Demaria M. *Torino. Storie di salute in una grande città*. Osservatorio socio-economico torinese, Ufficio Statistico città di Torino, 1998.
- Bagnasco A. *Torino. Un profilo sociologico*. Torino, Einaudi, 1986.
- Nicoletti I. Introduzione. In: *Atti del IV Convegno Nazionale dell'Associazione Italiana di Auxologia Sociale*. Firenze, Edizioni Centro Studi Auxologici, 1990, pp.15-23.
- Villani S, Grassi M, Marinoni A. Lo stato di salute negli adolescenti: quali relazioni con l'immagine della famiglia? *Epidemiol Psichiatr Soc*, 1997; 6(1):58-69.
- Romito P, Saurel-Cubizolles MJ, Cuttini M. Mothers' health after the birth of the first child: the case of employed women in an Italian city. *Women & Health* 1994; 21:1-22.
- Saurel-Cubizolles MJ, Romito P, Lelong N, Ancel PY. Women's health after childbirth: a longitudinal study in France and Italy. *Br J Obstet Gynaecol* 2000; 107:1202-1209.
- Romito P, Saurel-Cubizolles MJ, Lelong N. What makes new mothers unhappy: psychological distress one year after birth in Italy and France. *Soc Sci Med* 1999; 49:1651-1661.
- Romito P, Saurel-Cubizolles MJ, Escribà V. Lavoro ai genitori e cure all'infanzia. *Famiglia Oggi* 1996; 1:37-46.
- Balbo L. La doppia presenza. *Inchiesta* 1978; 32.
- ISTAT. *Rapporto sull'Italia*. Bologna, Il Mulino, 1996.
- Egidi V. Population ageing and changing life styles in Europe. In: Council of Europe, Seminar on «Present demographic trends and lifestyles in Europe», Strasbourg, 1990.
- Cutorello P. Entraide familiale. In: Actes du Colloque «Transformation de la famille et l'habitat», Cahier de l'INED, Paris, 1987; 120:149-168.
- Pinnelli A, Sabatello E. Determinants of the health and survival of the elderly: suggesting from two different experiences - Italy and Israel. *Eur J Popul.* 1995; 11:143-167.
- Rozzini R, Frisoni GB, Ferrucci L, Trabucchi M. Co-occurrence of disadvantage conditions in elderly subjects with depressive symptoms. *J Affect Disord* 1997 Dec; 46(3):247-54.
- Durkheim E. *Le suicide*. Paris, Felix Alcan, 1897.
- Crepet P, Florenzano F. Epidemiology of suicide in Italy. In: Atti del 3rd European Symposium «Suicidal behaviour and risk factors». Bologna 25-26 Settembre 1990, Mondozzi Ed. 1990; 65-70.
- Lester D. *Patterns of suicide and homicide in America*. New York, Nova Science, 1993.
- Pescosolido BA, Wright ER. Suicide and the role of the family over the life course. *Fam Perspect* 1990; 24:41-58.
- Lester D, Ausenda G. The regional variation of suicide in Italy and the USA. *Italian Journal of suicidology* 1993; 3:2:97-99.
- De Maria F, Pascolo E, Oretti A, Valentini A, Bertoli M. Indicatori sociali e tassi parasuicidari giovanili. *Giornale Italiano di Suicidologia* 1996; 6,2:103-106.
- ISTAT. *Le regioni in cifre 1993-1994*. Roma, 1994.
- ISTAT. *Statistiche giudiziarie*. 1983-1991, Vol. 31-39, Roma, 1992.

1.7 Gli stili di vita Lifestyles

Francesca Vannoni

Dipartimento di scienze sociali, Università di Torino

Messaggi chiave

■ In generale, i fattori di rischio esaminati risultano maggiormente diffusi nei gruppi sociali più sfavoriti, con diseguaglianze osservabili in tutte le fasce di età, a parte l'associazione positiva tra consumo di alcolici e livello socioeconomico nelle donne; il rischio di assumere comportamenti insalubri è inoltre aggravato dal fatto che questi tendono ad associarsi fra loro.

■ A causa della maggiore riduzione nel tempo della prevalenza di fumatori tra gli uomini più istruiti, si registra un aumento delle diseguaglianze sociali nell'abitudine al fumo; nelle donne è in atto un'inversione dell'andamento delle diseguaglianze sociali, precedentemente a svantaggio delle donne di alta classe sociale.

■ Le diseguaglianze sociali nel consumo di tabacco della popolazione adulta hanno un impatto negativo sulle generazioni più giovani: minore propensione a cessare di fumare in gravidanza, esposizione a

fumo passivo dei bambini, trasmissione dell'abitudine al fumo ai figli.

■ In Italia si sono attenuate, ma non sono scomparse, le differenze geografiche nella dieta; i pochi dati relativi alle diseguaglianze sociali nell'alimentazione concorrono a indicare che la maggiore parte delle abitudini insalubri sono inversamente correlate con il livello di istruzione e la classe sociale. Emerge inoltre che le persone socialmente più sfavorite manifestano una propensione inferiore a seguire la tipica dieta mediterranea, ricca di frutta, verdura e cereali e povera di grassi animali.

■ In linea con quanto avviene negli altri paesi europei, anche in Italia risulta in aumento la quota di persone obese, prevalentemente nei gruppi socioeconomicamente più svantaggiati e nel Sud.

■ Considerata l'esiguità di studi sulle diseguaglianze sociali nei comportamenti sessuali e nel consumo di sostanze stupefacenti, in futuro dovrebbero essere condotti degli studi mirati a colmare questa lacuna.

Introduzione

In questo capitolo l'attenzione è concentrata sulla distribuzione sociale e geografica degli stili di vita correlati alla salute, in particolare l'abitudine al fumo di sigaretta e l'esposizione a fumo passivo, il consumo di alcol, le abitudini alimentari, l'obesità, lo svolgimento di esercizio fisico e, infine, i comportamenti sessuali.

L'assunzione di comportamenti dannosi per la salute rimanda al filone di studi sui determinanti psicosociali in cui le differenze negli stili di vita sono considerate il risultato dell'impatto differenziato nei diversi gruppi sociali dei cosiddetti fattori stressanti (vedi capitolo 1.4, Parte I). Inoltre gli stili di vita hanno un impatto sulla salute differito nel tempo e quindi segnalano il diverso rapporto con il rischio nei diversi gruppi sociali: i più istruiti per esempio avrebbero una maggiore fiducia nella capacità di governare gli eventi della propria vita e pertanto sarebbero più motivati a investire nella salute.

Nel riportare i risultati degli studi italiani si è cercato di prestare attenzione anche a come la distribuzione dei comportamenti a rischio si declina in tre fasce di popolazione distinte: i bambini con i giovani – soprattutto in considerazione del fatto che in età giovanile si strutturano dei com-

portamenti dannosi per la salute che vengono poi trasmessi nel corso della vita – gli adulti e gli anziani. Le diseguaglianze sociali nei giovani assumono quindi particolare rilievo anche in prospettiva di interventi mirati a contrastare tali comportamenti se si pensa all'impatto che questi possono avere sugli stili di vita e sulla salute in età adulta.

L'abitudine al fumo

Il fumo rappresenta uno dei principali fattori di rischio per numerose patologie. I forti fumatori rischiano venti volte in più rispetto ai non fumatori di ammalarsi di tumore al polmone, riportano un rischio dieci volte maggiore per le malattie ostruttive delle vie respiratorie e una volta e mezza per le malattie cardiovascolari. Fumare aumenta anche il rischio di malattie cerebrovascolari, di aneurisma, di malattie vascolari periferiche e di tumore della laringe, della bocca, dell'esofago, della vescica, del fegato, del pancreas, del rene, dello stomaco e della cervice uterina.¹ D'altro canto il rischio di ammalarsi e di morire per patologie correlate al fumo diminuisce in modo significativo quando si smette di fumare. Per esempio una persona che ha fumato per trentacinque anni ha un rischio tre volte e mezza maggiore di ammalarsi di

tumore al polmone rispetto a chi ha fumato per venticinque anni e ha smesso da dieci anni.²

La prevalenza del fumo in Italia è diminuita a partire dagli anni cinquanta: nel 1957 due adulti maschi su tre riferivano di essere fumatori correnti, mentre nel 2000 lo erano circa uno su tre.³ Nelle donne la prevalenza del fumo è salita da meno del 10% negli anni cinquanta a circa il 20% nel 1980, per poi mantenersi stabile. Il numero effettivo di fumatori potrebbe tuttavia essere maggiore se si considera la differenza tra le stime di consumo di tabacco ricavabili da indagini campionarie e i dati delle vendite legali, dovuta verosimilmente alla tendenza a sottoriferire il numero di sigarette fumate.³

La mortalità globale attribuibile al tabacco in Italia è diminuita da circa 90.000 morti per anno nel 1990 a circa 80.000 nel 2000. Dal 1988 si è registrata una diminuzione del tumore del polmone nei maschi e una moderata e costante ascesa nelle donne che riflettono gli andamenti dei consumi.⁴ Sensibili differenze di genere emergono anche quando si guarda alla distribuzione geografica dell'abitudine al fumo: negli uomini la prevalenza di fumatori è maggiore nell'Italia insulare (33,4%) e meridionale (33,9%), nelle donne è maggiore al Centro (21,1%) e al Nord (19,9%) al Nord-Ovest e al Nord-Est (19,0%).⁵

Utilizzando i dati delle indagini ISTAT, Faggiano *et al.* hanno analizzato l'andamento temporale delle disuguaglianze sociali nell'abitudine al fumo negli ultimi 20 anni.⁴ Le percentuali standardizzate per età dell'abitudine al fumo per livello di istruzione durante il periodo 1980-1999 mostrano come, in tutti gli anni considerati, il rischio di essere fumatori risulti più elevato tra i meno istruiti rispetto ai diplomati e che, a fronte della diminuzione della prevalenza del fumo negli ultimi 20 anni, si è registrato un aumento nel tempo delle disuguaglianze sociali a causa di una maggiore riduzione della diffusione dell'abitudine al fumo tra gli uomini più istruiti. Nelle donne, fino al 1997, l'associazione dell'abitudine al fumo con il livello di istruzione risulta opposta a quella osservata negli uomini: la prevalenza di fumatrici è cioè più elevata nelle laureate. Negli stessi anni si osserva però un aumento regolare dell'abitudine al fumo nel gruppo con la licenza elementare e una diminuzione nelle laureate che ha portato nel 1998 a un appiattimento delle differenze. Le prevalenze del 1999 sembrano anticipare un'intersezione delle due curve nei prossimi anni e quindi l'inizio di un quadro analogo a quello degli uomini anche nelle donne.

La tendenza a un'inversione dell'andamento delle disuguaglianze sociali nell'abitudine al fumo nelle donne era emersa anche dall'analisi per classi di età dei dati dell'indagine ISTAT del 1994:⁶ è infatti nelle età adulte e anziane che la relazione tra consumo abituale di tabacco e posizione sociale era opposta nei due sessi, mentre tra i giovani con età compresa tra i 20 e i 39 anni si osservava un rapporto di proporzionalità inverso con il titolo di studio anche nelle donne.

Le differenze di genere nelle disuguaglianze risultavano de-

terminanti anche considerando il numero medio giornaliero di sigarette fumate e tra coloro che avevano l'abitudine al fumo in passato. Facendo riferimento solo ai fumatori «accaniti», ovvero coloro che consumano più di 20 sigarette al giorno, si osservavano, tra gli uomini, prevalenze nettamente più elevate in quelli con livello di istruzione medio o basso e in quelli appartenenti alla piccola borghesia, e, tra le donne, in quelle appartenenti alla classe borghese. Per quanto riguarda gli ex fumatori, la prevalenza era molto superiore tra gli uomini rispetto alle donne (24,1% contro 7,5%), e risultava significativamente maggiore nei maschi con istruzione media o di classe operaia e sensibilmente più bassa nelle femmine con basso titolo di studio o negli strati sociali più bassi. Una maggiore omogeneità di comportamenti tra i sessi emergeva nell'analisi dei tentativi dei fumatori di smettere di fumare: la prevalenza nei maschi era pari al 54,1% e nelle donne al 52,4%. Tali valori crescevano con l'aumentare del titolo di studio, mentre per la classe sociale le prevalenze risultavano comparabili tra gli uomini ed erano più elevate nella classe borghese femminile (56,1%).

In uno studio condotto nel 1986-87, la propensione a smettere di fumare era risultata direttamente correlata al livello di istruzione (rispettivamente per gli uomini e le donne: al più licenza elementare 24,9% e 11,4%, scuola media 27% e 15,5%, diploma 28,1% e 15,5%, laurea 29,3% e 15,7%), sebbene l'abitudine al fumo presentasse una correlazione con l'istruzione inversa negli uomini e diretta nelle donne. Inoltre la cessazione dell'abitudine al fumo era più diffusa al Nord (25,9% negli uomini e 13,7% nelle donne) e al Centro (25,5% e 12,2%), rispetto al Sud (18,9% e 8,1%).⁷

L'abitudine al fumo di sigaretta è risultata più diffusa nelle donne con livello di scolarità più alto anche in due gruppi di popolazione femminile reclutati tra il 1993 e il 1996 nell'area di Latina e nell'area napoletana nell'ambito, rispettivamente, del Progetto MATISS e del Progetto ATENA.⁸

L'andamento temporale della prevalenza dei fattori di rischio per patologie coronariche e cardiovascolari è stato diffusamente studiato all'interno di un progetto internazionale focalizzato sul monitoraggio delle malattie cardiovascolari, il WHO MONICA Project.⁹

Nell'ambito di questo progetto in Italia sono stati condotti tre studi di popolazione in Brianza nei periodi 1986-1987, 1989-1990 e 1993-1994, su campioni casuali di individui di età compresa tra i 25 e i 64 anni di cinque città considerate rappresentative della popolazione.¹⁰ Da questi studi è emersa, tra il 1986 e il 1994, una netta tendenza al declino progressivo nell'abitudine al fumo tra gli uomini e una sostanziale stabilità nelle donne. L'abitudine al fumo è risultata in diminuzione tra gli uomini con livello d'istruzione intermedio ed elevato, mentre tra le donne sono emersi degli indizi circa la tendenza allo spostamento dell'abitudine al fumo dalle più istruite alle meno istruite.

Risultati discordanti in merito all'abitudine al fumo pro-

vengono dallo studio RIFLE (*Risk Factors and Life Expectancy*) condotto su 15.315 uomini di età compresa tra i 40 e i 69 anni appartenenti a trenta campioni sparsi per il territorio nazionale, da cui non è emersa alcuna associazione tra abitudine al fumo e livello socioeconomico (più in particolare il livello di istruzione e la categoria professionale).¹¹

Differenze nelle conoscenze, negli atteggiamenti e nei comportamenti relativi al fumo di sigaretta potrebbero in parte contribuire a spiegare le diseguaglianze sociali nella propensione al fumo. Da un'indagine effettuata nei mesi di aprile e maggio 1999 a Catanzaro su 669 genitori di ragazzi frequentanti la scuola dell'obbligo è emerso che la tendenza a considerare il fumo come un fattore di rischio per la salute fosse maggiore nelle persone più istruite (OR = 1,50; IC 95%: 1,16-1,94) e negli ex fumatori rispetto ai fumatori (OR = 1,85; IC 95%: 1,04-3,27).¹² Da questo studio è inoltre risultata un'interazione significativa del titolo di studio con il sesso per cui la propensione al fumo presentava una correlazione inversa con il livello di istruzione negli uomini e diretta nelle donne.

Analizzando le fasce giovanili della popolazione in base ai dati dell'indagine «Condizioni di salute e ricorso ai Servizi Sanitari 1999-2000» dell'ISTAT, si rileva che i giovani tra 14 e 24 anni che dichiarano di fumare sono il 27,5% nei ragazzi e il 16,6% nelle ragazze.⁵ Di questi, il 5,9% ha iniziato a fumare prima dei 14 anni (in particolare il 5% dei maschi e il 7,3% delle ragazze). La diffusione dell'abitudine al fumo nei giovani presenta variazioni per area di residenza più pronunciate nelle ragazze che nei ragazzi. La prevalenza di fumatrici nel Sud e nelle Isole è rispettivamente del 10,5% e del 12,5%, mentre nel resto d'Italia è di circa il 20%. Nei ragazzi fumano di più i residenti nel Nord Ovest e di meno nel Sud (Nord Ovest 30,2%, Nord Est 26,9%, Centro 29,3%, Sud 24,8% e Isole 27,5%).

I figli dei fumatori hanno una maggiore propensione a fumare, soprattutto quando hanno la madre fumatrice: rispettivamente per i maschi e per le femmine, se fuma solo il padre, i figli che fumano sono il 30% e il 14%; se fuma solo la madre, sono 33% e 29%; se fumano entrambi i genitori, sono 34% e 23%; mentre se nessuno dei due è fumatore, i figli che fumano sono 23% e 11%.

La povertà della rete familiare (famiglie monogenitoriali) è associata con la maggiore diffusione dell'abitudine al fumo nei minori di ambo i generi (rapporto tra prevalenze (PRR) = 2,43; IC 95%: 1,83-3,25 nei maschi; e PRR = 2,42; IC 95%: 1,70-3,46 nelle femmine).¹³ L'inizio precoce del consumo di tabacco è inoltre maggiormente diffuso nei maschi delle famiglie meno istruite (PRR = 1,95; IC 95%: 1,47-2,59) e di classe operaia (PRR = 1,51; IC 95%: 1,14-2,00). La disoccupazione dei genitori e l'insoddisfazione per le risorse economiche familiari non risultano significativamente associate con questo comportamento nocivo per la salute. Inoltre non emerge un effetto protettivo per i figli delle ca-

salinghe, contrariamente all'ipotesi secondo cui la madre che non lavora eserciterebbe una maggiore funzione di controllo sui comportamenti dei figli.

Risultati concordanti con i precedenti sono emersi anche dallo studio multicentrico SIDRIA (Studi italiani sui disturbi respiratori nell'infanzia e l'ambiente) che è stato condotto nel periodo ottobre 1994 - marzo 1995 in sei regioni italiane (Piemonte, Lombardia, Trentino Alto Adige, Emilia Romagna, Toscana e Lazio) su un campione di 21.864 ragazzi di terza media residenti in città di diverse dimensioni, anche con zone rurali limitrofe.¹⁴ Da questo studio è emerso che l'abitudine al fumo dei ragazzi è negativamente associata con il titolo di studio del padre (OR = 0,37; IC 95%: 0,28-0,48 e OR = 0,41; IC 95%: 0,29-0,57, rispettivamente per i figli e le figlie dei laureati rispetto ai figli/e di genitori con al più la licenza elementare) e della madre (con stime di rischio simili a quelle per il titolo di studio del padre), e positivamente con la densità abitativa (OR = 1,58; IC 95%: 1,30-1,92 e OR = 1,75; IC 95%: 1,39-2,19 per i ragazzi e le ragazze con densità abitativa alta (>2) rispetto alla densità abitativa bassa (<1)). Il rischio di fumare è inoltre risultato più elevato nelle aree urbane per i maschi (OR = 1,50; IC 95%: 1,26-1,79) e nelle grandi metropoli per le femmine (OR = 1,65; IC 95%: 1,38-1,96). Non sono invece emerse differenze significative per ripartizione geografica. L'abitudine al fumo dei ragazzi è infine risultata fortemente associata con quella dei genitori e di altri familiari, anche dopo l'aggiustamento per età, titolo di studio dei genitori, densità abitativa, urbanizzazione, ripartizione geografica e persona che ha compilato il questionario, con un evidente effetto dose-risposta desunto dall'incremento del rischio di fumare nei ragazzi all'aumentare del numero di sigarette fumate dai genitori. L'effetto dose-risposta è risultato elevato anche quando è stato considerato il numero di ore trascorse in ambienti pubblici con fumatori.

Fumo passivo e in gravidanza

Da uno studio che ha stimato l'impatto sanitario complessivo del fumo passivo in termini di numero di casi di malattia e di morte, è risultato che ogni anno in Italia sarebbero attribuibili al fumo passivo il 7,9% delle nascite basso peso (2.033 bambini) e il 16,9% delle morti in culla (87 bambini), in particolare per il fumo passivo della madre.¹⁵ Nell'età pediatrica, inoltre, si è stimato che il fumo dei genitori sarebbe responsabile del 21,3% di infezioni respiratorie acute nei primi due anni di vita (circa 77.000 bambini), del 98,1% (pari a più di 27.000 soggetti) dei casi di asma bronchiale tra bambini e adolescenti, oltre a 64.000 casi di infezioni dell'orecchio medio e 48.000 bambini con sintomi respiratori cronici.

Negli adulti 221 morti per tumore polmonare e 1.896 per malattie ischemiche avverrebbero a causa dell'esposizione al fumo di sigaretta del proprio coniuge. L'effetto dell'esposizione a fumo passivo in ambiente di lavoro sarebbe stimabile in 324 decessi per tumore polmonare e 235 per malattie

ischemiche. Tra gli adulti sarebbero più colpite dall'esposizione a fumo passivo in ambiente domestico le donne, soprattutto per patologia cardiovascolare, perché in proporzione sono meno numerose le fumatrici e quindi è più elevata la prevalenza delle persone esposte.

Dai dati dell'ultima indagine ISTAT sulla salute, risulta che oltre 12,5 milioni di italiani, pari al 21,9% della popolazione, sono potenzialmente esposti al fumo passivo in famiglia, sono cioè non fumatori che convivono con almeno un fumatore.⁵ Fra questi, rientra circa la metà dei bambini italiani da 0 a 13 anni, in particolare 1.552.000 bambini con meno di sei anni (pari al 48,6% dei bambini in questa fascia di età) e 2.405.000 bambini con età compresa tra i 6 e i 13 anni (53,1%). I bambini esposti a fumo passivo sono per lo più figli di genitori con basso titolo di studio: il 56% nei figli dei genitori con al più la licenza elementare o di scuola media inferiore, rispetto al 45,1% dei figli dei diplomati e al 39,7% dei laureati.

La prevalenza di bambini con almeno un genitore fumatore è lievemente inferiore a quella stimata dallo studio SIDRIA condotto in aree italiane del Centro Nord, da cui è emerso che sarebbe esposto il 55,3% dei bambini.¹⁴

Negli anni 1985-1990 a Rivoli (Torino) è stato condotto uno studio caso-controllo allo scopo di valutare l'efficacia di un intervento di prevenzione dell'esposizione dei bambini al fumo di sigaretta dei genitori,¹⁶ da cui è emerso che i padri della classe impiegatizia avevano una propensione del 50% più bassa rispetto ai lavoratori di classe operaia a fumare in presenza dei figli, in particolare durante i pasti a casa, e mentre guidavano l'automobile con i bambini a bordo. L'intervento ha avuto, nel complesso, un'efficacia limitata nel ridurre il numero di fumatori, con però sensibili differenze per classe sociale nelle madri.

Una particolare forma di fumo passivo è quella subita dal feto all'interno dell'utero: i dati dell'indagine ISTAT sulla salute hanno confermato che l'abitudine al fumo in gravidanza è associata con il basso peso alla nascita del bambino (23,7% di bambini nati sottopeso da donne che fumavano prima della gravidanza contro il 19,5% delle donne che non hanno mai fumato).¹⁷ Da questa indagine è risultato che il 63,4% delle donne fumatrici ha sospeso il consumo di tabacco durante la gravidanza e il 29,7% ha diminuito il numero di sigarette fumate in media al giorno. La propensione a smettere di fumare è apparsa inferiore nelle donne del Sud (58,5%) e meno istruite (35,8% nelle donne con al più la licenza elementare contro 71,6% nelle diplomate o laureate).

Sovraconsumo di alcol

Molteplici sono i danni che l'alcol arreca alla salute, ma difficili da quantificare a causa della sottostima delle morti attribuibili dovuta all'inaccurata attribuzione all'alcol di molte morti, come quelle per incidenti stradali. Il sovraconsumo di alcol rappresenta un forte fattore di rischio per i tu-

mori delle vie respiratorie, dei tratti gastrointestinali superiori e del fegato. Il ruolo del consumo di alcol nelle disuguaglianze sociali nei tumori alcol correlati è emerso in Francia, Italia e Nuova Zelanda. I risultati sono meno consistenti per quanto riguarda il Brasile, la Svizzera, il Regno Unito e la Danimarca.¹⁸ Il sovraconsumo di alcol è associato anche con la cirrosi del fegato, l'intossicazione acuta da alcol, le morti violente e accidentali, oltre che con numerosi disturbi non letali dell'apparato digerente, neurologico, del benessere mentale, del sistema immunitario e un influsso sfavorevole sul feto.¹⁹

In merito al consumo di alcolici nei giovani nel 1989 e 1990 è stato effettuato uno studio su un campione di 2.737 ragazzi frequentanti la prima e la quinta superiore a Brescia e a Breno, un paese in montagna.²⁰ Il consumo di alcolici complessivo è risultato più elevato tra gli studenti residenti in montagna rispetto a quelli che abitavano in città, specialmente tra gli studenti della prima superiore. Le differenze maggiori si sono rilevate nel consumo di birra piuttosto che di vino. Inoltre è emersa una maggiore frequenza di episodi di ubriachezza tra gli studenti della montagna rispetto a quelli delle aree urbane.

Attraverso dati italiani dello studio multicentrico europeo su cancro e alimentazione (EPIC)²¹ è stato possibile analizzare le differenze sociali e geografiche nelle abitudini alimentari fra circa 35.000 individui di età compresa tra i 35 e i 70 anni reclutati fra il 1993 e il 1998 nei quattro centri italiani che hanno aderito allo studio: Torino, Varese, Firenze e Ragusa. Complessivamente, a parità di livello di istruzione, di area di nascita, di età e BMI, il sovraconsumo di alcolici (rispettivamente per gli uomini e per le donne, oltre 40 grammi e più di 30 grammi di alcol al giorno) è risultato più frequente a Torino, Varese e Firenze rispetto a Ragusa.²² Inoltre è emersa una correlazione del consumo eccessivo di alcolici con il livello di istruzione, che risulta inversa negli uomini e diretta nelle donne. Tali risultati concordano con quanto già emerso in uno studio condotto nel 1980-1983 su un campione casuale di 1.400 persone residenti in Torino e nella provincia di Varese.²³

Dai dati piemontesi delle indagini multiscopo dell'ISTAT condotte negli anni 1994 e 1995 è risultato che negli uomini la tendenza a un consumo eccessivo di alcolici (oltre un litro di vino o birra al giorno o almeno qualche volta alla settimana vino o alcolici fuori pasto) cresce in modo progressivo al diminuire del livello di istruzione (PRR = 1,43; IC 95%: 1,20-1,70 per quelli con diploma di scuola media inferiore o professionale rispetto ai laureati e diplomati e PRR = 1,63; IC 95%: 1,32-2,01 per quelli con al più la licenza elementare).²⁴ Per zona geografica si è osservato un PRR = 1,29 (IC 95%: 1,06-1,57) per i comuni di piccole dimensioni rispetto ai comuni metropolitani e PRR = 1,70 (IC 95%: 1,03-2,81) per quelli di montagna rispetto ai comuni di pianura. Tra le donne è emerso solo un eccesso tra

le residenti in comuni di montagna (PRR = 1,93; IC 95%: 1,63-2,28).

Nello studio RIFLE è emersa una maggiore propensione all'abuso di alcol negli uomini appartenenti alle categorie professionali medio-basse, mentre non si è osservata un'associazione inversa con il livello di istruzione (come già osservato per l'abitudine al fumo in merito allo stesso studio), ma una protezione a favore degli uomini con livello di istruzione medio rispetto ai più istruiti.¹¹

Anche nella popolazione anziana sono state registrate delle diseguaglianze sociali nel consumo di alcolici. In uno studio condotto su 389 uomini e 816 donne di età compresa tra i 70 e i 75 anni e residenti in una comunità nel centro di Brescia, l'insoddisfazione per il reddito è risultata significativamente associata con la presenza di problemi legati al consumo di alcolici rilevati con il questionario CAGE.²⁵ Nel consumo di alcolici misurato in grammi non sono invece emerse differenze significative in ragione delle condizioni economiche.

Droga

Dalla composizione per titolo di studio della coorte di 11.432 tossicodipendenti reclutati a Roma nel periodo compreso tra il 1980 e il 1995 risulta che il consumo di droga è maggiormente diffuso negli uomini con livello di scolarità medio basso (l'1,2% degli uomini reclutati in questa coorte ha studiato meno di cinque anni, il 76,2% rientra nella classe di scolarità pari a cinque-otto anni e il 22,6 ha un livello di scolarità superiore).²⁶ Le donne tossicodipendenti risultano più istruite degli uomini (rispettivamente, 1,1%, 58,6% e 40,4%) e, per contro, presentano una proporzione molto più elevata di disoccupate (51,9%) rispetto a quanto registrato negli uomini (35,6%).

Nel 1998 l'Osservatorio epidemiologico delle dipendenze della regione Piemonte ha effettuato uno studio per stimare la prevalenza del consumo di *ecstasy* in Piemonte.²⁷ A questo scopo ha effettuato un'indagine trasversale tra i diciottenni che si sono recati alla visita di leva presso il Distretto militare di Torino, reclutando in tutto 3027 ragazzi. Da questo studio è emerso che il 36,9% dei giovani piemontesi ha dichiarato di aver fatto uso di una qualsiasi droga almeno una volta nella propria vita e che il 4,9% ha consumato *ecstasy*. Il consumo di *ecstasy* e di eroina presenta un andamento opposto rispetto a quello di hashish e marijuana: è cioè più frequente nei ragazzi che lavorano rispetto a quelli che studiano (RR = 2,37; IC 95%: 1,70-3,28 per l'*ecstasy* e RR = 4,93; IC 95%: 2,17-11,20 per l'eroina) e nei figli dei meno istruiti (padre con la licenza elementare vs laurea e superiori RR = 1,35; IC 95%: 0,9-2,03 e RR = 2,45; IC 95%: 1,02-5,86).

Nel 1994 in Calabria è stata effettuata una ricerca sui comportamenti, atteggiamenti e conoscenze in merito all'AIDS su un campione di 157 utilizzatori di droghe per vie endovenose:²⁸ la conoscenza sulle modalità di trasmissione dell'AIDS sono risultate minori nelle persone con basso reddi-

to (OR = 0,61; IC 95%: 0,38-0,97).

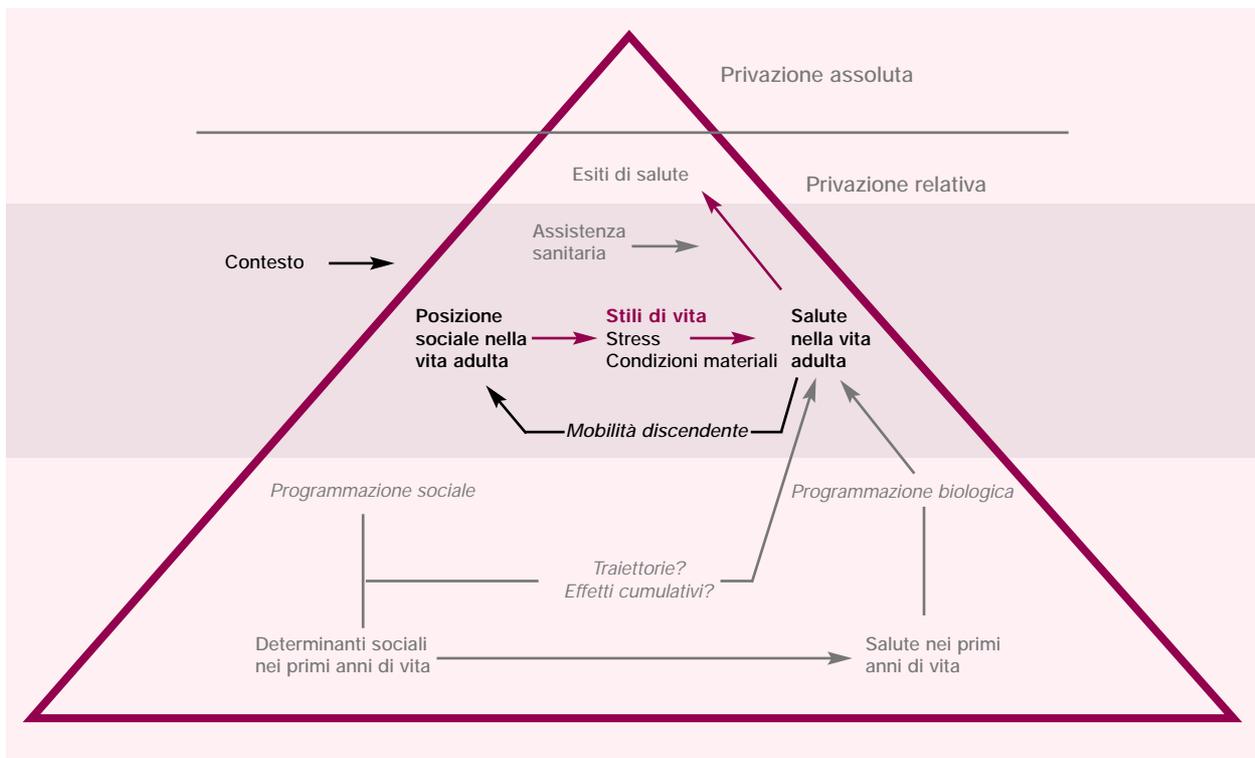
Le diseguaglianze sociali nell'uso di sostanze stupefacenti possono essere dedotte anche dalla correlazione negativa del livello socioeconomico sia con la mortalità per *overdose* sia con la mortalità per AIDS, considerato che l'epidemia da HIV nel nostro paese è principalmente attribuibile allo scambio di siringhe tra tossicodipendenti (circa il 70% dei casi) e, più recentemente, ai contatti eterosessuali tra tossicodipendenti e loro *partner*. Nella popolazione italiana giovanile e adulta giovane queste cause di morte costituiscono il gruppo più importante e si distinguono per gli elevati eccessi di rischio a sfavore degli individui socioeconomicamente più sfavoriti. Nello Studio Longitudinale Torinese, per esempio, tra i giovani maschi di età compresa tra i 15 e i 29 anni si sono registrati forti differenze di mortalità per AIDS in ragione del livello di istruzione familiare: SMR = 32 (IC 95%: 4-116) e SMR = 33 (IC 95%: 13-68) in corrispondenza, rispettivamente di laurea e diploma, SMR = 202 (IC 95%: 141-281) per licenza media inferiore e SMR = 208 (IC 95%: 23-751) per la licenza elementare e analoghi differenziali erano osservabili nella mortalità per *overdose*.²⁹ Il pronunciato svantaggio è emerso anche nello Studio Longitudinale Toscano, per tutti gli indicatori sociali considerati.³⁰

Alimentazione

La diffusione di abitudini alimentari scorrette e l'obesità rappresentano un problema di grande rilevanza epidemiologica, sociale ed economica poiché, insieme all'inattività fisica, costituiscono uno dei principali fattori di rischio per molte malattie cronicodegenerative, fra cui patologie dismetaboliche, cardiovascolari e varie neoplasie. È stato stimato che alla dieta è attribuibile il 30-40% dei tumori,³¹ oltre un terzo delle morti per malattie cardiovascolari nelle persone con meno di 65 anni³² e che almeno l'80% dei casi di diabete di secondo tipo sono dovuti all'obesità e al sovrappeso.³³

Particolarmente pericolose per lo sviluppo di queste patologie sono le diete ricche di grassi animali e povere di frutta e verdura, specialmente se sono accompagnate dall'abitudine al fumo, dall'ipertensione e dall'obesità. Altre abitudini alimentari insalubri sono costituite dalla frequente assunzione di alimenti e bevande contenenti zuccheri che favoriscono la formazione delle carie e da uno scarso apporto di calcio e di vitamina D fin dall'infanzia, responsabile dell'insorgenza dell'osteoporosi soprattutto nelle donne dopo la menopausa, la cui conseguenza principale sono le fratture del femore.

Negli ultimi 40 anni, in Europa, sono mutate sensibilmente le diete e i relativi contenuti nutrizionali, come conseguenza di cambiamenti macroeconomici che hanno condizionato la produzione locale e il trattamento degli alimenti. Anche la tipica dieta mediterranea (caratterizzata dal basso consumo di grassi saturi, dal consumo di grassi monoinsaturi, principalmente olio di oliva, e dall'elevato consumo di frutta e verdura)³⁴ ne è stata in parte «contaminata», poiché è diminuito il



consumo di cereali³³ ed è aumentato quello di carne e di alimenti a elevato contenuto calorico, ricchi di zuccheri e grassi saturi e polinsaturi, ma poveri di fibre, vitamine e minerali. Nonostante i cambiamenti nella dieta degli italiani che si sono registrati nel corso del ventesimo secolo, l'attuale dieta italiana è, insieme a quella greca e a quella spagnola, quella con più caratteristiche mediterranee. In base al *Food Balance Sheets* nel 1988-90 la percentuale stimata di energia derivante dall'olio di oliva in Italia era il 9%, molto più elevata di quella riportata in Portogallo (3%) e in Francia e Jugoslavia (meno dell'1%). Inoltre in Italia risultava più elevato il consumo di frutta (380 gr. al giorno in Italia contro una media di 200 gr. in Portogallo, Francia e Jugoslavia) e di verdura (470 gr. al giorno in Italia contro i 330 gr. in Francia e i 210 gr. in Jugoslavia).³⁵

Da un'indagine condotta nel 1995 dall'Istituto nazionale della nutrizione (INN), che ha coinvolto una quindicina di centri dislocati sul territorio nazionale e geograficamente rappresentativi dell'Italia, è emerso che l'assunzione di grassi è solo leggermente superiore alla soglia indicata e che gli obiettivi della dieta per la frutta e per la verdura (oltre 400 gr. al giorno) erano raggiunti da oltre il 50% del campione complessivo.³⁵ Tuttavia è stata registrata una notevole variazione nel consumo di frutta e verdura, che vale la pena approfondire dal punto di vista geografico e sociale.

In Italia, a partire dagli anni sessanta, si è osservato un significativo aumento nel consumo di alimenti di origine animale, di zucchero, di frutta e di verdura mentre è lievemente di-

minuito quello di cereali; la portata di questi cambiamenti è stata maggiore nel Sud. Pertanto le pronunciate differenze geografiche nella dieta osservate negli anni precedenti si sono attenuate, nonostante la dieta del Sud Italia, rispetto a quella del Nord Italia e di altri paesi europei, continuasse a essere caratterizzata da un basso consumo di alimenti di origine animale, di bevande alcoliche, di zucchero e di dolci, e da maggiori consumi di cereali, legumi, verdure e pesce.³⁶ Risultati concordanti in merito alla rilevazione di differenze nella dieta tra Nord e Sud Italia negli anni ottanta erano emersi anche da uno studio finalizzato a studiare la correlazione del tumore del colon e della mammella con le condizioni di vita, inclusa la dieta, nel paese di immigrazione.²³ Dalle analisi era emerso un consumo più elevato di proteine di origine vegetale negli immigrati al Nord provenienti dal Sud, oltre a un consumo minore di acidi grassi saturi e un livello inferiore di colesterolo.

Una più recente indagine condotta dall'Istituto nazionale della nutrizione nel periodo 1994-96 riporta un consumo più elevato nelle regioni meridionali di olio di oliva, pane, pizza, pasta non ripiena, patate, pomodori e pesce. Nelle regioni settentrionali è invece risultato maggiore il consumo di burro, di pasta all'uovo e ripiena, di riso, di grissini e crackers, di fette biscottate e cereali per la colazione, di yogurt, di dolci e di piatti pronti.³⁷ I risultati relativi al consumo di olio di oliva e di frutta e verdura sono stati confermati anche dai dati dei centri italiani (Torino, Varese, Firenze, Ragusa) che hanno partecipato allo studio multicentrico EPIC.²²

Alle differenze per ripartizione geografica si aggiungono anche quelle attribuibili agli influssi dell'economia e delle tradizioni locali, come documentato dai dati piemontesi delle indagini multiscopo degli anni 1994-1995.²⁴ I piemontesi delle aree montane riferivano infatti una frequenza di utilizzo dei grassi animali sia per la cottura sia per il condimento di oltre tre volte superiore rispetto a quelli della pianura. I residenti in montagna, inoltre, mangiavano formaggi con una frequenza doppia rispetto ai residenti in pianura, gli insaccati con una frequenza del 50% superiore, tendevano a fare a meno del pesce con una probabilità superiore di circa il 45% e a non consumare frutta e verdura con una frequenza del 30% superiore. In sintesi si caratterizzavano per avere una dieta molto sbilanciata, ricca di grassi e povera di frutta e verdura.

Dal punto di vista delle disuguaglianze sociali, si è ipotizzato che l'eterogeneità osservata in Europa nella mortalità – con i paesi dell'Europa meridionale che presentano disuguaglianze meno intense, poco a carico delle malattie circolatorie e più delle malattie digerenti³⁸ – possa essere spiegata dalla diversa distribuzione sociale di alcuni fattori di rischio, soprattutto da una più uniforme distribuzione sociale della cosiddetta «dieta mediterranea» e del suo ruolo protettivo nei paesi del Sud Europa.

In Italia la distribuzione sociale delle abitudini alimentari è stata finora poco studiata. I dati antropometrici degli anni ottanta documentavano che le persone più istruite erano più alte e meno in sovrappeso di quelle meno istruite; l'apporto qualitativo della dieta dimostrava tra i meno istruiti eccessi nel consumo di alcolici e di lievi difetti nei consumi di calcio e vitamina C; mentre i consumi di proteine e lipidi erano più alti tra le persone più istruite;³⁹ questa distribuzione sarebbe compatibile con le disuguaglianze circolatorie di modesta intensità e di quelle più accentuate osservate nella mortalità per patologie dell'apparato digerente.

Dai dati delle Indagini multiscopo 1993-2000 dell'ISTAT risulta un aumento del consumo di salumi, di pane, pasta e riso, di carne di maiale, di pesce, di uova e di latticini e una diminuzione nel consumo di frutta, sia negli imprenditori e libero professionisti sia negli operai e assimilati. Questi due gruppi si differenziano invece nel consumo di verdura, che è in aumento nelle persone di classe borghese e in diminuzione negli operai, nei quali inoltre si osserva un aumento del consumo di carne bovina.⁴⁰ Analizzando più in dettaglio i dati piemontesi degli anni 1994 e 1995, si osserva che la maggiore parte delle abitudini alimentari insalubri risultano inversamente correlate con il livello di istruzione e la classe sociale:²⁵ la tendenza ad assumere due o più di queste abitudini aumenta, in confronto ai diplomati e laureati, tra gli individui con livello di istruzione medio-basso (rispettivamente per uomini e donne, PRR = 1,39; IC 95%: 1,17-1,65 e PRR = 1,21; IC 95%: 0,99-1,48) e tra i meno istruiti (PRR = 1,82; IC 95%: 1,45-2,29 e PRR = 1,53; IC 95%:

1,19-1,96). In particolare, i meno istruiti presentano una tendenza più elevata a escludere completamente il pesce dalla loro dieta, a eccedere nel consumo di salumi e di carne, a fare uno scarso consumo di frutta e verdura, a mangiare i formaggi più di una volta al giorno.

Negli ultimi 15 anni sono stati condotti in Italia alcuni studi per indagare la relazione fra alimentazione, classe sociale e tumori. Tali indagini possono fornire dati indicativi sulle differenze nell'alimentazione nelle diverse classi sociali, tenendo in considerazione che i campioni reclutati sono spesso non rappresentativi della popolazione italiana. Uno studio condotto in Lombardia su un campione di 1.774 pazienti ricoverati in ospedale (per patologie acute non correlate al consumo di alcol e al fumo) ha messo in luce negli uomini una relazione diretta fra livello di istruzione e i consumi di carne rossa, latte, verdure a foglia, frutta fresca e caffè e una relazione inversa con salumi, alcolici e calorie totali giornaliere; nelle donne le differenze sembrano essere meno marcate ma è stato evidenziato un maggior consumo di caffè, verdure a foglia, carote e agrumi fra le più istruite, e di formaggi fra le meno istruite.⁴¹ Da uno studio condotto in sei regioni italiane che ha reclutato 2.588 donne, anch'esse ricoverate in ospedale, risulta un consumo di acido linoleico maggiore del 20% e di acidi grassi polinsaturi maggiore del 17% nelle donne meno istruite rispetto a quelle più istruite.⁴² Uno studio multicentrico, in cui è stato invece reclutato un campione casuale di 945 uomini e donne del Nord Italia, ha evidenziato negli uomini un'associazione positiva fra i livelli di carotene, retinolo, alfatocoferolo e acido ascorbico e la classe sociale.⁴³ Infine, la combinazione di due studi caso-controllo, condotti in sei centri italiani tra il 1985 e il 1996, ha concentrato l'attenzione sui potenziali fattori che mediano la relazione positiva riscontrata tra cancro del colon e posizione sociale, e ha rilevato che le persone di posizione più favorita riferiscono più elevate assunzioni di frutta e verdura, ma anche di carne, di uova e di caffè.⁴⁴

Lo studio EPIC contribuisce ad aggiornare agli anni novanta le informazioni sulla distribuzione sociale dei consumi alimentari in Italia. Gli uomini e le donne meno istruite della popolazione italiana di EPIC hanno manifestato, complessivamente, una propensione lievemente inferiore a seguire la dieta mediterranea ricca di frutta, verdura, cereali e povera di grassi animali. In particolare, sono risultate maggiormente propense a consumare meno di 400 grammi di frutta e verdura al giorno, a mangiare meno pesce e crostacei, meno minestre di verdura e a utilizzare meno olio di oliva e, per contro, a fare un maggiore consumo di carne e grassi animali. Ragusa è il centro in cui si è rilevato il maggior numero di differenze, mentre le donne di Torino e gli uomini di Varese sono i gruppi in cui si è registrata la minore variabilità.²² L'età prescolare rappresenta un periodo particolarmente critico per la dieta perché in questa fase si definiscono i gusti e le abitudini alimentari. Lo scarso consumo di frutta e verdu-

ra e per contro la precoce assunzione di dolci, biscotti, torte, bibite e *snack* salati nei bambini rischia quindi di diventare un'abitudine insalubre che si protrae negli anni successivi. La scarsa densità nutritiva e la modesta assunzione di micronutrienti, quali vitamine e minerali, può inoltre essere associata alla predisposizione alle ricorrenti infezioni nei bambini.⁴⁵ I cibi salati ricchi di fosfati e poveri di calcio e l'assunzione giornaliera di bibite con zuccheri raffinati limitano l'assorbimento del calcio e inducono livelli più elevati di pressione sanguigna. Inoltre, il consumo di dolci è associato alla formazione delle carie dei denti: da un'indagine condotta su un campione di 220 bambini di alcune scuole elementari della città di Palermo è emerso che nei bambini di livello socioeconomico superiore era significativamente meno diffusa l'abitudine di mangiare fuori pasto (32% contro l'83% del livello intermedio e il 69% dei bambini di classe più sfavorita), di consumare biscotti (rispettivamente, 43%, 93% e 81%), spuntini e dolci preconfezionati (46%, 100% e 60%). Inoltre, è stata rilevata una correlazione diretta del livello socioeconomico con il consumo di carne, di pesce, di frutta e di verdura.⁴⁶

Anche gli anziani costituiscono un gruppo di popolazione a rischio di abitudini alimentari scorrette, in cui le disuguaglianze sociali riguardano soprattutto un insufficiente apporto giornaliero di alcuni nutrienti.

Da uno studio condotto a Brescia nel 1986 su tutti gli anziani di età compresa tra i 70 e i 75 anni non istituzionalizzati è emerso che il 93% delle persone anziane esaminate aveva livelli di assunzione inadeguati (meno dei due terzi delle *Recommended Dietary Allowances*) di tiamina e vitamina B6 e che dal 30 al 40% era carente di vitamina A, vitamina C, niacina, vitamina B12, calcio e ferro.⁴⁷ Le persone con basso reddito (meno di 500.000 lire la mese) riportavano un rischio maggiore di introdurre nella loro dieta quantità insufficienti di alcuni di questi nutrienti. La malnutrizione inoltre era più frequente negli anziani che vivevano da soli e in quelli con cattivo stato di salute funzionale definito secondo la scala IADL (*Instrumental Activity of Daily Living Scale*), mentre non sono emerse differenze significative per salute fisica.

Coerentemente con la rilevazione di problemi di denutrizione nelle donne socioeconomicamente più svantaggiate, dalle analisi effettuate sui dati dell'indagine ISTAT su «Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000» è emerso che il sottopeso è più diffuso nelle donne anziane che hanno riferito di avere delle risorse economiche insufficienti.⁴⁸

Allattamento al seno

Dai dati dell'indagine ISTAT sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari risulta che, su 2 milioni e 442 mila donne che hanno avuto un figlio nei cinque anni precedenti all'intervista, l'81,1% ha allattato al seno il proprio bambino in media per un periodo di 6,2 mesi e che il 58,2%, almeno per un periodo, ha allattato in modo esclusivo sen-

za somministrare al figlio altri liquidi oltre al proprio latte.⁴⁹ La propensione ad allattare al seno è risultata inferiore in Sicilia (60,5%), nelle donne meno istruite (72,5% contro l'84,1% delle donne con la laurea o il diploma superiore) e nelle casalinghe (78% contro l'82,6% delle occupate). Anche nell'allattamento esclusivo al seno si sono riscontrate delle differenze a sfavore delle donne del Sud, soprattutto delle siciliane (37,8%), e delle meno istruite.

Risultati concordanti con i dati ISTAT sono emersi anche in uno studio condotto nel 1995 su un campione casuale di bambini selezionati dal registro nazionale delle nascite, le cui madri sono state intervistate a un mese dal parto.⁵⁰ La percentuale di risposta è stata del 73%, per un totale di 1.601 donne; tra queste, l'85% aveva iniziato ad allattare il figlio ed è stato seguito per un anno. La quota di bambini allattati al seno e la durata del periodo di allattamento sono risultate significativamente inferiori nelle Isole, mentre non sono emerse differenze tra il Nord e il Sud Italia. L'inizio e la durata dell'allattamento sono apparsi positivamente associati con la classe sociale e il livello di istruzione della madre, e sono risultati più elevati nelle madri occupate.

Negli stessi anni l'Istituto superiore di sanità ha condotto un'indagine campionaria in tredici regioni italiane su 10.041 donne: anche questo lavoro ha rilevato un'associazione positiva tra allattamento al seno e livello di istruzione.⁵¹

Obesità

Secondo i dati ISTAT nella popolazione adulta un italiano su tre risulta in sovrappeso (più precisamente il 42,4% degli uomini e il 26% delle donne) e il 9% obeso (pari a quattro milioni di persone). La quota di persone obese è aumentata del 25% rispetto al 1994.⁵² Questo incremento è in linea con quello riscontrato nei diversi paesi europei nell'arco degli ultimi dieci anni, in cui si sono registrati aumenti nella prevalenza dell'obesità che vanno dal 10 al 40%. Tenendo sotto controllo le variazioni associate con l'età, l'obesità risulta più diffusa al Sud (la prevalenza di obesità standardizzata per età è pari all'11,3% contro il 7,8% del Nord-Ovest). In linea con questo risultato è anche lo studio trasversale condotto nel 1998 dall'Osservatorio epidemiologico cardiovascolare su campioni di popolazione generale rappresentativi delle tre aree geografiche Nord, Centro e Sud Italia per un totale di 3.198 donne e 3.218 uomini di età compresa tra i 35 e i 74 anni.⁵³ Da questo studio è emerso che l'obesità è più diffusa al Centro e al Sud tra le donne (rispettivamente, OR = 1,30; IC 95%: 1,03-1,66 e OR = 2,26; IC 95%: 1,81-2,83) e nelle persone poco istruite di entrambi i sessi (tra gli uomini, OR = 2,12; IC 95%: 1,37-3,29 per coloro con la licenza elementare e OR = 3,5; IC 95%: 1,97-6,21 per quelli senza alcun titolo; tra le donne, rispettivamente, OR = 3,24; IC 95%: 1,81-5,81 e OR = 4,79; IC 95%: 2,55-8,98).

Dalle analisi dei dati dell'indagine speciale sulla salute condotta dall'ISTAT nel 1994, il livello di istruzione e la clas-

se sociale di appartenenza sono risultati i fattori che, seppur con modalità e intensità diverse per uomini e donne, svolgono un ruolo importante nello sviluppo di un aumento o di una diminuzione indesiderata di peso.⁶ L'uso di alcuni indicatori di posizione sociale evidenzia differenze spiccate tra uomini e donne. Se, infatti, per le donne si osserva una prevalenza del sovrappeso e dell'obesità inversamente proporzionale al titolo di studio posseduto e alla classe sociale di appartenenza, questi stessi indicatori giocano per gli uomini un ruolo meno importante. In particolare, per le donne meno istruite il rischio di avere un eccesso ponderale di primo grado aumenta di una volta e mezza rispetto a laureate e diplomate, passa al triplo nel caso di obesità di secondo grado e raggiunge livelli molto più elevati nel caso dell'obesità di terzo grado. Inoltre, fra le donne si osservano differenze legate al livello di istruzione e alla classe sociale anche nel sottopeso, con però un andamento opposto rispetto all'obesità: il fenomeno, cioè, è più diffuso fra le donne socioeconomicamente e culturalmente favorite, con differenze di uguale intensità quando sono misurate con indicatori a livello familiare. Anche la preoccupazione della propria condizione di peso non è sentita da tutta la popolazione allo stesso modo. L'abitudine a controllare il proprio peso corporeo è strettamente correlata al sovrappeso ma, in parte, esprime anche un'attitudine preventiva che può risultare indipendente dal peso della persona. Anche questo indicatore è apparso inversamente proporzionale all'istruzione e alla classe sociale in entrambi i sessi.

Correlazioni inverse tra l'obesità e il livello di istruzione erano già state documentate in diverse ricerche precedentemente condotte in varie aree italiane.

L'obesità è risultata inversamente correlata con il livello di istruzione e la classe sociale anche a seguito di analisi effettuate utilizzando i dati del gruppo di controllo di uno studio sui tumori gastrointestinali composto da 1.188 uomini e 832 donne ricoverate nei quattro più grandi ospedali milanesi tra il 1985 e il 1992 per malattie non maligne o digestive e non correlate con il consumo di alcol e di tabacco.⁵⁴ Tra l'altro l'obesità è risultata più diffusa tra le donne sposate e presentava un'associazione diretta con il numero di figli e inversa con l'uso del contraccettivo orale.

Uno studio su un campione di 426 donne di mezza età residenti a Mantova ha rilevato una correlazione inversa tra livello di istruzione e classe sociale del marito e l'indicatore di massa corporea costituito dal rapporto tra circonferenza della vita e larghezza dei fianchi (*waist/hip ratio*). Da questo studio sono inoltre emerse delle differenze in ragione della zona di residenza: il rapporto vita/fianchi aumentava nelle residenti nelle aree suburbane o in campagna rispetto alle donne che abitavano nel centro città.⁵⁵

Dai dati di tre studi di popolazione che sono stati condotti in Brianza nei periodi 1986-1987, 1989-1990 e 1993-1994 nell'ambito del *WHO MONICA Project*, è emersa, in cia-

scuno dei periodi considerati, un'associazione inversa del livello d'istruzione con l'indice di massa corporea (*body mass index*).¹⁰ Tuttavia, l'indice di massa corporea è aumentato negli anni in tutte le classi d'istruzione, tranne che nelle donne meno istruite, facendo registrare una diminuzione dell'intensità delle diseguaglianze. Gli autori di questo studio, considerando che le diseguaglianze sociali nell'indice di massa corporea sono maggiori nelle popolazioni con maggiore variabilità in termini di anni di scolarità, hanno ipotizzato che la minore intensità delle diseguaglianze osservata nelle loro coorti potrebbe essere in parte spiegata dal rapido incremento del livello di istruzione raggiunto dalle donne nell'Italia settentrionale e dal conseguente appiattimento della distribuzione per titolo di studio.

Un'associazione inversa tra indice di massa corporea e livello di scolarità è emersa anche dagli studi condotti tra il 1993 e il 1996 su due campioni di donne nell'ambito del progetto MATISS e del progetto ATENA,⁸ e dallo studio RIFLE effettuato su un campione di uomini.¹¹

Particolarmente allarmanti sono le diseguaglianze geografiche e sociali nell'eccesso ponderale nell'infanzia, dato che esso rappresenta un importante fattore di rischio per l'obesità adulta e per l'insorgenza di malattie in età avanzata. L'argomento è perciò trattato con maggior dettaglio nel capitolo 1.2, dedicato alla salute infantile e alla sua influenza sulla salute adulta.

Inattività fisica

Il regolare svolgimento di attività fisica leggera riduce il rischio di morbosità e mortalità per diverse patologie a elevata incidenza nella popolazione, quali malattie cardiovascolari in generale (in particolare la coronaropatia e l'ipertensione arteriosa) il diabete mellito non insulino dipendente, osteoartriti, l'osteoporosi, il tumore del colon. La pratica di adeguata e regolare attività fisica contribuisce anche a ridurre il rischio di cadute nelle persone anziane, prevenendo in particolare la frattura del femore e concorrendo a mantenere una condizione di vita autosufficiente; aiuta inoltre a mantenere buoni livelli di socializzazione, ha una ricaduta positiva sull'umore e pertanto aiuta a prevenire la depressione e l'ansietà. L'esercizio fisico è essenziale per lo sviluppo muscoloscheletrico nell'infanzia e nell'adolescenza e aiuta a mantenere la densità ossea nei giovani adulti. Infine, la mancanza di attività fisica abituale comporta un aumento della quantità di grasso corporeo, contribuendo all'incremento della prevalenza dell'obesità.⁵⁶

La tendenza alla sedentarietà è in aumento nei paesi sviluppati a causa del consolidarsi di stili di vita e condizioni di lavoro in cui lo sforzo fisico e il movimento sono sempre più contenuti. Da uno studio multicentrico a cui hanno partecipato tutti gli stati europei è emerso che la propensione a svolgere attività fisica è maggiore in Finlandia, Svezia e Austria e che l'Italia, insieme alla Francia, al Belgio, alla Spa-

gna, alla Grecia e al Portogallo, è una delle nazioni in cui si sono registrati i valori inferiori alla media europea.⁵⁷ In questo studio inoltre è risultato che le persone con livello di istruzione più alto avevano maggiore probabilità di svolgere attività fisica nel tempo libero e per un periodo più lungo di tempo, rispetto a quelle con un basso livello di istruzione. In Italia, secondo i dati ISTAT, il 31,4% della popolazione adulta non pratica con continuità attività fisicomotoria.⁵ Se a questa quota di popolazione si sottrae quella delle persone che svolgono lavori o attività domestiche che richiedono un considerevole impegno fisico, al punto da sudare per la maggior parte del tempo (6,6%), risulta che un quarto della popolazione adulta ha uno stile di vita sedentario. La sedentarietà è maggiore nelle regioni meridionali, soprattutto nelle donne, e nelle persone meno istruite (32% negli uomini con al più la licenza elementare *vs* 17% in quelli con la laurea e 40% *vs* 19% nelle donne).

Lo svolgimento di esercizio fisico era risultato inversamente associato con il livello di istruzione anche in due studi condotti nella metà degli anni ottanta.^{58,59}

Dai dati della prima indagine sui fattori di rischio effettuata su un campione di 818 persone di età compresa tra i 35 e i 54 anni nel 1986-87 in Brianza nell'ambito dello studio internazionale MONICA (MONItoraggio malattie Cardiovascolari) il regolare svolgimento di attività fisica durante il tempo libero è risultato positivamente correlato con lo stato socioeconomico, soprattutto nelle donne: i rapporti di prevalenza di sedentarismo aggiustati per età nel gruppo con basso stato socioeconomico rispetto a quello più elevato era pari a 1,15 (IC 90%: 1,02-1,30) nelle donne e a 1,14 (IC 90%: 0,99-1,31) negli uomini.⁶⁰

Analizzando più in dettaglio la popolazione giovanile in base ai più recenti dati ISTAT sulla salute, si osserva un forte gradiente sociale associato allo svolgimento di esercizio fisico intensivo o regolare: questo è infatti risultato negativamente correlato nei minorenni di ambo i generi con il livello di istruzione della madre e di entrambi i genitori, con la classe sociale familiare e con la soddisfazione per le risorse economiche della famiglia.¹³ Lo svolgimento di esercizio fisico intensivo o regolare è inoltre risultato meno frequente nei ragazzi, sia maschi sia femmine, con un solo genitore occupato e nelle figlie di madri sole; i figli di donne che lavorano sembrano avere maggiori probabilità di svolgere attività fisica rispetto a quelli le cui madri non lavorano, anche perché sono maggiormente coinvolti in attività strutturate. In generale, le caratteristiche familiari sembrerebbero esercitare una maggiore influenza sull'assenza di esercizio fisico nelle femmine rispetto ai maschi, che di solito tendono maggiormente a svolgere attività fisicosportiva, anche non strutturata.

Comportamenti sessuali

Nell'ambito degli stili di vita correlati alla salute rientrano anche i comportamenti sessuali, in merito ai quali esiste una

quantità decisamente inferiore di studi che trattano delle diseguaglianze sociali rispetto a quelli relativi agli altri comportamenti insalubri richiamati nei precedenti paragrafi.

Le diseguaglianze sociali sono state oggetto di una ricerca condotta a Bologna all'inizio degli anni novanta su questioni correlate alla pubertà e allo sviluppo sessuale e sull'inizio dell'attività sessuale degli adolescenti. Questa ricerca, che aveva l'obiettivo di analizzare le modalità con cui gli adolescenti elaborano la loro identità sessuale, ha coinvolto un campione di 603 ragazzi e ragazze di età compresa tra i 15 e i 18 anni a cui è stato sottoposto un questionario semistrutturato. Fra questi è stato inoltre selezionato un sottocampione di 60 adolescenti a cui è anche stata effettuata un'intervista in profondità per esplorare il significato attribuito all'esperienza personale. I dati raccolti documentano, oltre a considerevoli differenze di genere nel modo in cui viene elaborata l'esperienza della pubertà, anche variazioni in ragione del livello di scolarità: gli studenti dei licei rispetto agli studenti delle scuole professionali e ai ragazzi che avevano interrotto gli studi mostravano un livello di consapevolezza maggiore dei cambiamenti che li avevano coinvolti. Queste differenze risultavano inoltre associate a un incremento nella qualità e quantità di informazioni al riguardo, trasmesse dalle famiglie dei ragazzi più istruiti.⁶¹

I dati raccolti dal 1981 al 1991 e relativi a 1.139 donne milanesi di età compresa tra i 20 e i 74 anni costituenti il gruppo di controllo in uno studio caso-controllo sulla neoplasia cervicale documentano l'assenza di variazioni nell'età al primo rapporto in ragione del livello di istruzione.⁶² Da questa ricerca è invece emersa un'associazione positiva fra il titolo di studio e la propensione ad avere avuto più di un *partner* sessuale: la probabilità di avere più di tre *partner*, dopo aver controllato per abitudine al fumo e parità, era quasi doppia nelle donne con 7-11 anni di scolarità rispetto alle donne meno istruite (OR = 1,9; IC 95%: 1,1-3,5) e quadrupla (OR = 4,0; IC 95%: 2,2-7,5) nel gruppo delle più istruite, cioè nelle donne con più di 12 anni di studio.

Associazione fra fattori di rischio

Il rischio di assumere comportamenti insalubri è aggravato dal fatto che questi tendono ad associarsi fra loro. Dalle analisi condotte sui dati piemontesi delle indagini multiscopo ISTAT degli anni 1994 e 1995, per esempio, è emerso tra i fumatori un eccesso più che doppio nel sovraconsumo di alcolici, una maggiore tendenza a eliminare la frutta e la verdura dalla propria dieta o a mangiarle troppo raramente, e una frequenza maggiore di consumo di grassi animali, rispetto ai non fumatori.²⁴

Dalle analisi condotte sui dati ricavati dall'unione dei quattro centri che hanno aderito allo studio EPIC, è emerso che la propensione a seguire la dieta mediterranea si riduce di un quinto negli uomini che fumano rispetto a quelli che non hanno mai fumato; i fumatori mangiano infatti meno frutta

e verdura, meno minestre di verdura o di legumi e consumano meno olio di oliva (dati non pubblicati). A queste differenze si aggiunge anche un aumento di oltre il 50% nella tendenza a eccedere nel consumo di alcolici. Gli ex fumatori non presentano variazioni significative nella dieta rispetto a quella delle persone che non hanno mai fumato, ma tendono maggiormente a bere troppo alcol. Anche nelle donne che fumano si registra una lieve riduzione nella propensione a seguire la dieta mediterranea: le differenze riguardano prevalentemente la maggiore tendenza a mangiare poca frutta e verdura e, in misura minore, il ridotto consumo di minestre, di cereali e, solo marginalmente, di olio di oliva e di pesce. Rispetto alle donne che non fumano aumenta soprattutto la tendenza a bere troppi alcolici, che è più che raddoppiata nelle fumatrici e presenta un incremento del 67% nelle ex fumatrici. Le persone che non svolgono attività fisica hanno anch'esse una minore propensione a seguire la dieta mediterranea, mangiano poca frutta e verdura, meno minestre di verdura o di legumi, meno pesce, meno olio di oliva e minori quantità di cereali. Per contro, si è rilevata negli uomini una riduzione molto lieve nella tendenza a bere troppi alcolici. Differenze nelle abitudini alimentari in ragione del livello di istruzione e del consumo di alcol e di tabacco sono emerse anche dai dati relativi a 1.774 persone che costituivano il gruppo di controllo in uno studio sui tumori del tratto digestivo condotto nel Nord Italia.⁴¹ Il forte consumo di alcol, di tabacco e il basso livello di istruzione sono risultati associati con una dieta povera di frutta e verdura e con un elevato consumo di salumi e di carne. Per esempio, il numero medio di porzioni settimanali di frutta fresca era 10,5 negli uomini non consumatori di alcolici e 9,0 nei forti bevitori, 10,4 nei non fumatori e 8,1 nei fumatori accaniti, 8,8 negli

uomini con un basso livello di istruzione e 10,7 nei più istruiti. Di conseguenza, l'assunzione di betacarotene, di acido ascorbico e di calcio è risultata correlata inversamente con il consumo di alcol e di tabacco e direttamente con il livello di istruzione. La maggiore parte delle associazioni sono risultate più intense negli uomini.

La relazione inversa del fumo di sigaretta con il carotene e con l'acido ascorbico è stata osservata in entrambi i generi anche in uno studio multicentrico effettuato in tre aree del Centro-Nord Italia nel 1986-1988 su 1.423 adulti di 30-75 anni. Gli uomini fumatori presentavano livelli marcatamente più bassi di carotene probabilmente dovuti al maggior numero di sigarette fumate. Per contro non è stato individuato un andamento analogo per il retinolo e l'alfatocoferolo. Gli autori argomentano che la riduzione dei livelli di carotene e di acido ascorbico nei fumatori è probabilmente dovuta all'alterazione del metabolismo a opera del fumo.⁴³

L'interazione della dieta con i farmaci, con le abitudini al fumo e con il forte consumo di alcol sarebbe responsabile anche del rischio di carenza vitaminica, mentre una moderata assunzione di vino rosso sembra migliorare la capacità antiossidante.⁶³ I valori della vitamina C sono risultati più alti nelle donne rispetto agli uomini: una possibile spiegazione potrebbe essere che gli uomini fumano più delle donne e che l'incidenza di fumatori è più elevata nelle classi di età più giovani.

Nelle donne l'abitudine al fumo è infine risultata associata con la maggiore propensione ad avere un maggiore numero di *partner* sessuali, anche dopo l'aggiustamento per livello di istruzione e per parità (OR = 1,8; IC 95%: 1,2-2,8 per il rischio di avere due *partner* nelle fumatrici rispetto alle non fumatrici e OR = 2,5; IC 95%: 1,6-4,0 nel caso di tre *partner*).⁶²

Bibliografia

1. US Department of Health and Human Services, *Reducing the Health Consequences of smoking. A Report of the Surgeon General*. Maryland, USA, US Department of Health and Human Services, publication no. CDC 89-8441, 1989.
2. Townsend J. The burden of smoking. In: Benzeval M, Judge K, Whitehead M. (eds), *Tackling Inequalities in Health. An agenda for action*. London, King's Fund, 1995: 82-94.
3. La Vecchia C, Faggiano F, Iannucci L, Zuccaro P. Il fumo in Italia. In: Istituto Nazionale di Statistica *Informazione statistica e politiche per la promozione della salute. Atti del Convegno*. Roma, ISTAT, 2004, in stampa.
4. Faggiano F, Versino E, Lemma P. Decennial trends of social differentials in smoking habits in Italy. *Cancer Causes and Control* 2001 (integrazione con aggiornamento delle elaborazioni fino al 1999)12: 665-71.
5. Gargiulo L, Sebastiani G. (a cura di) *Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine Multiscopo sulle famiglie «Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari»*. Anni 1999-2000. Roma, ISTAT, 2002.
6. Vannoni F, Burgio A, Quattrociochi 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: 133-240.
7. La Vecchia C, Negri E, Pagano R, Ferraroni M. Socio-demographic determinants of stopping smoking from Italian population-based surveys. *Soz Praventivmed*. 1991; 36: 154-58.
8. Celentano E, Palmieri L, Galasso R, et al. Rischio cardiovascolare e classi sociali: confronto tra popolazioni femminili adulte abitanti in aree rurali e urbane. *G Ital Cardiol* 1999; vol. 29, n. 6: 692-97.
9. Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Mahonen M, et al. For the WHO MONICA (monitoring trends and determinants in cardiovascular disease) Project. Contribution of trends in survival and coronary y-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA Project populations. *Lancet* 1999; 353: 1547-57.
10. Ferrario M, Segà R, Chatenoud L, et al. Monica-Brianza Research Group. MONItoring of CARDiovascular diseases. Time trends of major risk factors in a northern Italian population (1986-1994). How remarkable are socioeconomic differences in an industrialized low CHD incidence country? *Int J Epidemiol* 2001; 30 (2): 285-97.
11. Tenconi MT, Devoti G, Comelli M, gruppo RIFLE. Indicatori socio-economici e mortalità per cardiopatia ischemica nella popolazione RIFLE. *G Ital Cardiol* 1999; 29: 698-704.
12. Nobile CGA, Anfosso R, Pavia M, Angelillo IF. Cigarettes smoking: knowledge, attitudes and behaviour in an adult population in Italy. *Public Health* 2000; 114: 348-52.
13. Vannoni F, Costa G, Saraceno C, Negri N, Cardano M, Marinacci C. Famiglie con figli in condizione socio-economica svantaggiata. In: *Informazione statistica e politiche per la promozione della salute. Atti del Convegno*. Roma, ISTAT, 2004, in stampa.
14. Gruppo collaborativo S.I.D.R.I.A. (Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente). Abitudine al fumo tra gli studenti di III media in diverse aree italiane. *Epidemiol Prev* 1998; 22: 155-64.
15. Forastiere F, Lo Presti E, Agabiti N, Rapiti E, Decarli CA. Impatto sanita-

- rio dell'esposizione a fumo ambientale in Italia, *Epidemiol Prev* 2002; 26: 18-29.
16. Vineis P, Ronco G, Ciccone G, et al. Prevention of exposure of young children to parental tobacco smoke: effectiveness of an educational program. *Tumori* 1993; 79: 183-86.
 17. Sabbadini LL, Sebastiani G. *Il percorso della maternità: gravidanza, parto e allattamento al seno. Indagine Multiscopo sulle famiglie «Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari». 1999-2000*, Roma, ISTAT, 2002.
 18. Moller H., Tonnesen H. (eds). Alcohol drinking, social class and cancer. In: *Social Inequalities and Cancer*. Kogevinas M., Pearce N., Susser M., Moffetta P. (eds), IARC Scientific Publications No. 138 International Agency for Research on Cancer, Lyon, 1997.
 19. Costa G, Cardano M, Demaria M, *Storie di salute in una grande città*. Osservatorio socioeconomico torinese. Torino, 1998.
 20. Donato F, Pasquale L, Monarca S, et al. Alcohol drinking among adolescents from town and mountainous areas in north Italy, in: *Eur J Epidemiol* 1993; vol 9: 40-49.
 21. Riboli E, Kaaks R. The EPIC Project: rationale and study design. European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. *Int J Epidemiol* 1997;26 Suppl 1:S6-14.
 22. Vannoni F, Spadea T, Frasca G, et al. Association between Social Class and Food Consumption in the Italian EPIC population. *Tumori* 2003 Nov-Dec;89(6):669-78.
 23. Vineis P, Faggiano F, Riboli E, et al. Dietary habits, internal migration and social class in a sample of a northern Italian population. *Tumori* 1992; 78: 235-38.
 24. Vannoni F, Cadum E, Demaria M, Gnani R, Costa G. *Salute, stili di vita e ricorso ai servizi sanitari nelle famiglie piemontesi 1994-95*. Regione Piemonte, 1999.
 25. Geroldi C, Rozzini R, Frisoni GB, Trabucchi M. Assessment of Alcohol Consumption and Alcoholism in the Elderly. *Alcohol* 1994; Vol. 11, No. 6: 513-16.
 26. Bargagli AM, Sperati A, Davoli M, Forestiere F, Perucci CA. Mortality among problem drug users in Rome: an 18-year follow-up study, 1980-97. *Addiction* 2001; 96: 1455-63.
 27. Siliquini R, Faggiano F, Geninatti S, et al. Consumo di ecstasy tra i diciottenni della Regione Piemonte convocati per la visita di leva. *Drug Alcohol Depend* 2001; 74: 329-35.
 28. Pavia M, Indovino A, Nobile GA, Angelillo IF. Intravenous drug users and AIDS. Knowledge, attitudes and behaviour in Calabria, Italy. *Eur J Public Health* 1997; 7: 199-204.
 29. Cardano M, Costa G, Demaria M, Merler E, Biggeri A. Le disuguaglianze di mortalità negli studi longitudinali italiani. *Epidemiol Prev* 1999; 23: 141-52.
 30. 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.
 31. Commissione Oncologica Nazionale. *Prevenzione primaria dei tumori*. Roma, 12 agosto 1999.
 32. European Heart Network. Food Nutrition and Cardiovascular Disease Prevention in Europe. *European Heart Network*. Brussels, 1998.
 33. Societé Française de Santé Publique. Health and Human Nutrition: Element for European Action. *Collection Santé & Societé* n° 10, 2000.
 34. Scientific and Technological Options Assessment (STOA). *Nutrition in Europe. Report of the European Parliament*, PE Number 166.481, European Union, Directorate General for Research, 1997.
 35. Turrini A, Leclercq C, D'Amicis A. Patterns of food and nutrient intakes in Italy and their application to the development of food-based dietary guidelines. *Br J Nutr* 1999; 81, Suppl. 2, S83-S89.
 36. Ferro Luzzi A, Branca F. Mediterranean diet, Italian-style: prototype of a healthy diet. *Am J Clin Nutr* 1995; 61 (suppl): 1338S-45S.
 37. Turrini A, Saba A, Perrone D, Cialfa E, D'Amicis A. Food consumption patterns in Italy: the INN-CA Study 1994-1996. *Eur J Clin Nutr* 2001; 55: 571-88.
 38. 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; 89:1800-1806.
 39. D'Amicis A, Faggiano F, Saba A. La distribuzione sociale dello stato nutrizionale in Italia negli anni '80. In: *Lequità nella salute in Italia*, Costa G, Faggiano F, (a cura di), 199-210, Franco Angeli, Milano, 1994.
 40. Turrini A, De Carli A, D'Amicis A, Martines S, Orsini S. Abitudini alimentari: tendenze evolutive nella popolazione e nei giovani. In: *Informazione statistica e politiche per la promozione della salute. Atti del Convegno*. Roma, ISTAT, 2004, in stampa.
 41. La Vecchia C, Negri E, Franceschi S, Parazzini F, Decarli A. Differences in dietary intake with smoking, alcohol and education. *Nutr Cancer* 1992; 17: 297-304.
 42. D'Avanzo B, La Vecchia C, Braga C, Franceschi S, Negri E, Parpinel M. Nutrient intake according to education, smoking and alcohol in Italian women. *Nutr Cancer* 1997;28(1): 46-51.
 43. Palli D, Decarli A, Russo A, et al. Plasma levels of antioxidant vitamins and cholesterol in a large population sample in Central Northern Italy. *Eur J Nutr* 1999; 38: 90-98.
 44. 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.
 45. James WPT, Nelson M, Ralph A, Leather S. Socioeconomic determinants of health: the contribution of nutrition to inequalities in health. *BMJ* 1997; 314: 1545 (24 May).
 46. Giuliana G, Giannettino GM. Abitudini alimentari, indici di salute dentopododontale e livello socio economico in un campione di bambini della scuola dell'obbligo, in: *Stomat Medit* 1990; anno X, n. 4: 291-96.
 47. Bianchetti A, Rozzini R, Carabellese C, Zanetti O, Trabucchi M. Nutritional Intake, Socioeconomic Conditions, and Health Status in a Large Elderly Population. *J Am Geriatrics Soc* (JAGS) 1990;38: 521-26.
 48. Vannoni F, Costa G, Demaria M. La fragilità nella salute dell'anziano. In: *Informazione statistica e politiche per la promozione della salute. Atti del Convegno*. Roma, ISTAT, 2004, in stampa.
 49. Gargiulo L, Sebastiani G. (a cura di) *Il percorso della maternità: gravidanza, parto e allattamento al seno. Indagine Multiscopo sulle famiglie «Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari». Anni 1999-2000*, Roma, ISTAT, 2002.
 50. Riva E, Banderali G, Agostoni C, et al. Factors associated with initiation and duration of breastfeeding in Italy. *Acta Paediatr* 1999; 88: 411-15.
 51. Donati S, Spinelli A, Grandolfo ME, et al. L'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia. *Ann.Ist. Super.Sanità* vol. 35, n. 2 (1999), pp. 289-96.
 52. Farchi G. I determinanti della salute; possibilità di integrazione delle fonti. In: *Informazione statistica e politiche per la promozione della salute. Atti del Convegno*. Roma, ISTAT, 2004, in stampa.
 53. Giampaoli S, Palmieri L, Dima F, et al. Aspetti socio-economici e fattori di rischio cardiovascolari: l'esperienza dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare. *G Ital Cardiol* 2001; 2 (Suppl): 294-302.
 54. Tavani A, Negri E, La Vecchia C. Determinants of body mass index: a study from Northern Italy, in: *Int J Obes Relat Metab Disord* (1994); 18: 497-502.
 55. Cota D, Vicennati V, Ceroni L, Morselli-Labate AM, Pasquali R. Relationships between socio-economic and cultural status, psychological factors and body fat distribution in middle-aged women living in Northern Italy, in: *Eat Weight Disord* 2001; Dec 6(4): 205-13.
 56. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion *Physical Activity and Health: a report of the surgeon general*. 1999; Available from URL: <http://www.cdc.gov>.
 57. Vaz de Almeida MD, Graca P, Afonso C, et al. Physical activity levels and body weight in a nationally representative sample in the European Union, in: *Public Health Nutrition* 1999 2(1a): 105-13.
 58. Tenconi MT, Romanelli C, Gigli F, et al. Research Group ATS-OB43 of CNR The relationship between education and risk factors for coronary heart disease. *Eur J Epidemiol* 1992; Nov; 8(6):763-69.
 59. Seccarecia F, Menotti A, Prati P. Coronary heart disease prevention: relationship between socio-economic status and knowledge, motivation and behaviour in a free-living male, adult population. *Eur J Epidemiol* 1991; March; 166-70.
 60. Ferrario M, Cesana GC. Stato socio economico e malattia coronaria: teorie, metodi di indagine, evidenze epidemiologiche e risultati di studi italiani, in: *Med Lav* 1993; 84, 1: 18-30.
 61. Zani B. Male and female patterns in the discovery of sexuality during adolescence. *J Adolesc* 1991; 14: 163-78.
 62. Parazzini F, Cavaliere d'Oro L, Negri E, La Vecchia C. Determinants of sexual habits in Italian females. *Genitourin Med* 1992; 68: 394-98.
 63. Maiani G, D'Amicis A. Vitamin nutritional status in Italy. *Eur J Cancer Prev* 1997; 6 (Suppl 1): S3-S9.

1.8 Il contesto The context

Chiara Marinacci

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

Messaggi chiave

- La relazione tra salute e indicatori ecologici di deprivazione socioeconomica è stata ampiamente esplorata, soprattutto con l'obiettivo di stimare l'associazione tra classe sociale e salute a livello individuale, e quindi utilizzando l'indice aggregato – a diversi livelli di granularità geografica – come *proxy* dello stato socioeconomico individuale.
- Sono stati riportati recenti ma consistenti indizi sugli effetti prodotti dalla deprivazione

socioeconomica dell'area di residenza sulla mortalità e sulla morbosità, indipendentemente dalle condizioni socioeconomiche degli individui che vi risiedono; i meccanismi di generazione di questi effetti risultano, tuttavia, ancora scarsamente documentati.

- Altre caratteristiche del contesto di residenza, come la zona altimetrica o il grado di urbanizzazione, hanno mostrato effetti sulla mortalità e sulla morbosità.

Definizione e significato degli indicatori di contesto

La salute della popolazione si distribuisce in modo non uniforme sul territorio. Qualunque sia il livello di osservazione, è possibile rilevare differenze geografiche di salute tra aree sub-urbane,¹⁻³ tra comuni,⁴ tra regioni.⁵ Tale eterogeneità è in gran parte riconducibile alla differente composizione degli individui nelle aree, che può manifestarsi nella concentrazione di gruppi con fattori e stili di vita a maggior rischio per la salute; queste caratteristiche possono comprendere o essere in parte influenzate dalle condizioni socioeconomiche individuali. Vi è, tuttavia, un interesse recente e crescente, sia nella letteratura internazionale sia in ambito nazionale, nella valutazione della quota di variabilità territoriale di salute attribuibile a caratteristiche proprie dell'area, ipotizzando che alcune condizioni fisiche e socioeconomiche dell'ambiente possano modulare lo stato di salute di chi ci vive. Si è così sviluppato un dibattito sul ruolo indipendente e sull'influenza reciproca di attributi individuali e di contesto sulla salute, a partire dai primi anni novanta, grazie anche all'introduzione di strumenti di analisi statistica come i modelli multilivello.⁶⁻¹²

L'effetto del contesto sulla salute può manifestarsi per l'azione di differenti attributi che lo caratterizzano. Si può ipotizzare, innanzitutto, che alcuni effetti si generino da fattori a cui l'intera area o comunità è uniformemente esposta, e che riguardano il contesto fisico, economico e sociale: questi elementi vengono connotati attraverso variabili integrali, come il livello di industrializzazione, il grado di urbanizzazione, la zona altimetrica, la qualità dei trasporti, l'offerta di servizi; a ciascuno di essi può corrispondere uno specifico meccanismo di azione, diretta o indiretta, che porterebbe a generare o modificare la storia naturale di un problema di salute. Si può anche ipotizzare che il contesto di residenza manifesti il proprio

effetto attraverso l'aggregazione di fattori individuali che risultano associati con una peggiore salute; questo effetto è rilevabile ponendo in relazione la mortalità o la morbosità di un'area geografica con indicatori aggregati, come per esempio la percentuale, in un quartiere, di persone disoccupate.^{9,10} Molti studi sono stati condotti per valutare l'effetto sulla salute della deprivazione socioeconomica dell'area di residenza, misurata normalmente attraverso l'uso di indicatori aggregati composti. Data la sua natura multidimensionale, la deprivazione viene infatti spesso rilevata attraverso un indicatore composito costruito come combinazione di diversi indicatori elementari, che ne rappresentano le varie dimensioni tra loro indipendenti sul piano semantico. Le metodologie si basano sulla somma di un insieme di costrutti e sulla selezione di variabili elementari che li esprimono con un certo grado di approssimazione; anche i metodi di sintesi possono variare, con effetti sul significato dell'indicatore e, conseguentemente, sul suo valore.¹³ La fonte statistica più frequentemente utilizzata per la rilevazione delle variabili elementari è costituita dai censimenti della popolazione, che rilevano variabili di tipo socioeconomico indispensabili per la quantificazione degli indicatori elementari su aggregati di individui.

Il loro effetto viene analizzato e interpretato in modo differente a seconda della dimensione dell'insieme di individui cui sono riferiti: qualora questo insieme comprenda un numero limitato di individui, simile per esempio alla numerosità di persone che risiedono in uno stesso caseggiato, l'indice aggregato può costituire una media dello stato socioeconomico di un gruppo sufficientemente omogeneo e quindi rappresentare una buona approssimazione dello stato individuale, in assenza di misure appropriate e dirette degli attributi socioeconomici individuali. In questo caso l'indice aggregato è attribuibile a ciascun membro del gruppo, qua-

le *proxy* del proprio stato socioeconomico, producendo una distorsione trascurabile nella stima dell'associazione tra condizioni socioeconomiche individuali e salute.¹⁴

La frequente associazione riscontrata anche tra deprivazione socioeconomica dell'area e indicatori di uso dei servizi sanitari, che ha riguardato vari specifici ambiti sanitari tra cui quello psichiatrico,^{15,16} ha sottolineato l'utilità di indici aggregati di deprivazione anche come strumento per l'analisi dei bisogni, della domanda e per la pianificazione dell'offerta di servizi sanitari.

Recenti studi in ambito internazionale si sono concentrati sulla valutazione simultanea degli effetti individuali e contestuali delle condizioni socioeconomiche sulla mortalità e sulla morbosità, mostrando lievi ma consistenti effetti della deprivazione del quartiere di residenza anche al netto della differente composizione socioeconomica degli individui residenti.¹⁷ Non è ancora chiaro quale sia il ruolo del contesto in questo processo: si è osservato un effetto della deprivazione socioeconomica del quartiere di residenza, talvolta mediata dal sesso e dall'etnia, nella salute percepita, nella morbosità cronica, nelle patologie cardiovascolari, nell'adozione di alcuni fattori di rischio e stili di vita insalubri¹⁸⁻²⁰ e nel basso peso alla nascita,^{21,22} anche controllando per fattori individuali di confondimento. La mancanza di sostegno sociale, ma anche l'influenza del contesto stesso su fattori individuali come lo *stress*, la predisposizione o la vulnerabilità verso stili di vita e comportamenti «a rischio» per la salute, potrebbero spiegare tali associazioni. È altrettanto verosimile che le caratteristiche socioeconomiche di un'area determinino differenti livelli di assistenza e di qualità delle cure, correlando con la disponibilità e l'accessibilità di servizi sanitari. Non si può tuttavia escludere l'esistenza di meccanismi di segregazione nella città, che portano le persone meno in salute a concentrarsi in luoghi più deprivati e dove la salute è già di per sé più compromessa, e che ciò sia in grado di influenzare anche i profili geografici della salute.

Finora pochi hanno tentato di ipotizzare specifici meccanismi d'azione attraverso una valutazione sistematica delle caratteristiche dell'ambiente sociale e fisico che possano influire sulla salute, determinando, così, l'assenza di criteri generalmente condivisi per la selezione e l'interpretazione di variabili contestuali, ma piuttosto l'analisi di indicatori facilmente disponibili. In un recente lavoro, S. Macintyre⁹ ipotizza tre tipi di spiegazione per le variazioni geografiche nella salute: composizionali, contestuali, che esprimono le opportunità dell'ambiente fisico e sociale, e collettive, che rappresentano le caratteristiche socioculturali e storiche delle comunità, includendo norme, tradizioni, valori, capitale sociale. I suoi studi, basati su dati relativi ad alcune aree della Scozia, si pongono l'obiettivo di valutare l'effetto di indicatori contestuali che, esprimendo le ultime due tipologie di spiegazione, descrivono in modo esaustivo l'area di residenza, come le caratteristiche fisiche dell'ambiente condivise da tutti i re-

sidenti di un'area, la disponibilità di un ambiente domestico e di lavoro salubre, la presenza di servizi pubblici e privati che supportano la vita quotidiana dei residenti e, infine, le caratteristiche socioculturali e la reputazione di un quartiere. L'autrice indica inoltre una classificazione dei bisogni umani universali come supporto alla definizione operativa degli indicatori che esprimono il legame dell'area di residenza con esiti di salute.

Indici di deprivazione e salute

L'effetto della deprivazione socioeconomica dell'area di residenza sulla salute è stato spesso oggetto di interesse in Italia, frequentemente attraverso studi ecologici, soprattutto con l'obiettivo di stimare la relazione, a livello individuale, tra condizioni socioeconomiche e salute e quindi utilizzando l'indice aggregato, sia a livello comunale che subcomunale, come approssimazione dello stato socioeconomico individuale.

L'indice definito da Cadum e colleghi⁴ è stato costruito per rappresentare la deprivazione socioeconomica dei comuni italiani come espressione del possesso scarso di almeno una delle seguenti classi di risorse: materiali, culturali, di potere, di sostegno familiare (l'indice si è basato sul calcolo, per ciascun comune, dei seguenti indicatori: percentuale di popolazione istruita con, al massimo, licenza elementare, percentuale di popolazione attiva disoccupata o in cerca di occupazione; percentuale di abitazioni occupate in affitto; percentuale di abitazioni occupate senza bagno interno all'abitazione; percentuale di famiglie monogenitoriali con figli conviventi). Maggiori livelli di deprivazione comunale al 1991 sono risultati corrispondere a tassi di mortalità generale significativamente più elevati nel periodo 1990-1992 (con un differenziale medio di mortalità tra i quintili estremi della deprivazione pari a circa il 20%).

Questo indice, modificato con l'aggiunta di un indice di affollamento abitativo (n. occupanti per stanza), è stato utilizzato per la conduzione di una ulteriore analisi delle disuguaglianze nella mortalità per causa nei comuni italiani nel periodo 1995-97. I risultati, riportati nell'ambito di una pubblicazione monografica in corso di preparazione, confermano gli eccessi di mortalità generale al crescere del livello di deprivazione comunale; mettono inoltre in luce disuguaglianze più marcate tra i giovani che tra gli anziani (tranne che per i tumori femminili) più accentuate tra gli uomini, nel Nord, per quasi tutte le cause, ma non nel Sud, dove sono invece molto evidenti le disuguaglianze tra le donne per le malattie metaboliche, del sistema digerente e per le malattie ischemiche. Non tutte le cause di morte mostrano un chiaro profilo di disuguaglianze: per esempio, non si evidenziano rischi significativi per le cause evitabili e per i traumi, mentre per il tumore dello stomaco la relazione tra deprivazione e mortalità appare trascurabile se non addirittura inversa tra gli anziani, soprattutto nel Centro Italia.²³ Al fine di investigare il ruolo specifico delle condizioni so-

cioeconomiche nell'eziologia della malattia, la deprivazione socioeconomica, misurata attraverso un indice basato sulla quota di persone disoccupate, con bassa istruzione, con abitazione in affitto o senza bagno, è risultata associata a un aumento della mortalità maschile per tumore al polmone nei comuni della Toscana (nel periodo tra il 1971 e il 1999) con una latenza di 10-15 anni, periodo simile a quello suggerito in letteratura per il processo di carcinogenesi a partire dall'esposizione a un fattore di rischio. Questo risultato conferma la maggiore prevalenza di fattori eziologici noti per il tumore polmonare nella popolazione in condizioni socioeconomiche svantaggiate e sottolinea la capacità dell'indice di deprivazione di esprimere l'esposizione a questi elementi. L'assenza dell'associazione in corrispondenza di un *lag* temporale nullo suggerisce invece un minore impatto delle condizioni socioeconomiche dell'area nell'ultima fase della malattia, ridimensionando, di conseguenza, il ruolo dei servizi sanitari locali nel generare diseguaglianze nella sopravvivenza per questo tipo di tumore.²⁴

Un indice che ha fornito una rappresentazione parzialmente differente della condizione socioeconomica di area è l'Indice di area svantaggiata, prodotto con i dati del censimento 1991 per i comuni della regione Basilicata.²⁵ Questo indice è stato costruito per mettere in luce l'eterogeneità territoriale anche dal punto di vista del carico assistenziale sociosanitario e del bisogno di supporto sociale (si compone, a livello comunale, della percentuale di disoccupati, di persone con bassa istruzione, di famiglie monogenitoriali, di abitazioni prive di servizi igienici e dell'indice di invecchiamento). Le sue capacità predittive sulla morbosità e mortalità nei comuni della Basilicata non sono state tuttavia ancora esplorate.

A livello suburbano, l'indice di stato socioeconomico calcolato con dati censuari al 1991, per le sezioni di censimento del comune di Roma¹ (basato sui seguenti indicatori elementari: percentuale di laureati, percentuale di persone con licenza elementare, percentuale di occupati per ramo di attività economica, tasso di disoccupazione, percentuale di abitazioni di proprietà, percentuale di abitazioni in affitto, indice di affollamento, composizione delle famiglie) ha confermato, tra gli uomini, livelli più elevati di mortalità nel periodo 1990-1995 al diminuire delle condizioni socioeconomiche dell'area, per tutte le cause (la mortalità totale è risultata del 19% più elevata tra gli uomini nel gruppo più svantaggiato rispetto al livello socioeconomico più alto) e per i principali gruppi nosologici della classificazione ICD-IX. Tra le donne, maggiori differenze di mortalità sono state rilevate nella fascia d'età 15-44 (con una mortalità del 32% superiore nel gruppo più svantaggiato); minore livello socioeconomico della sezione censuaria è risultato associato a una maggiore mortalità per tumore allo stomaco, dell'utero e per malattie cardiovascolari, mentre la relazione inversa è stata osservata nella mortalità per tumore della mammella (inferiore di circa il 20% nel gruppo con livello socioeconomico più basso). In entrambi i sessi l'en-

tità delle diseguaglianze è risultata crescente nel tempo. Attribuendo questo indice a ciascun individuo sulla base della propria sezione censuaria di residenza, sono state valutate differenze sociali nell'accesso alle cure e nella qualità dell'assistenza (vedi capitolo 2.2, Parte I); i risultati dei relativi studi hanno mostrato: una significativa relazione inversa tra condizioni socioeconomiche e ospedalizzazione, con minore accesso a trattamenti innovativi e maggiore vulnerabilità all'offerta di trattamenti inappropriati tra le persone in condizioni svantaggiate;^{26,27} un aumento del differenziale socioeconomico di mortalità tra le persone con AIDS nel periodo successivo all'introduzione delle nuove terapie antiretrovirali, rispetto al periodo precedente;²⁸ una maggiore mortalità a 30 giorni dall'intervento di *bypass* aortocoronarico tra i pazienti con livello socioeconomico basso, rispetto ai pazienti socioeconomicamente più avvantaggiati.²⁹

Sempre a livello suburbano, i dati dello Studio Longitudinale Toscano hanno evidenziato eccessi significativi di mortalità in alcune aree dei comuni di Firenze (nel periodo 1991-1995) e Livorno (nel periodo 1987-1995); questi eccessi (pari a circa il 10% rispetto alla mortalità media cittadina del comune di Firenze, pari a circa il 5% a Livorno, con alcune differenze tra maschi e femmine) si sono confermati anche al netto della differente composizione delle aree rispetto alle condizioni socioeconomiche individuali rilevate al 1991 (rappresentate dalla somma delle seguenti condizioni di svantaggio: disoccupazione, abitazione con meno di 25 metri quadri pro capite, assenza di servizi igienici nell'abitazione, livello di istruzione inferiore o pari alla licenza elementare), ipotizzando così un effetto residuo del contesto di residenza sulla salute.² Un ulteriore approfondimento metodologico di tale relazione nei quartieri del comune di Firenze ha confrontato la capacità predittiva di diversi indicatori di deprivazione, calcolati in corrispondenza di granuli territoriali sempre più fini, in modo da stimare un'eventuale significativa componente residua di tipo ecologico,³⁰ confermando l'utilità dei modelli multilivello per la valutazione appropriata del contributo relativo delle caratteristiche del contesto.

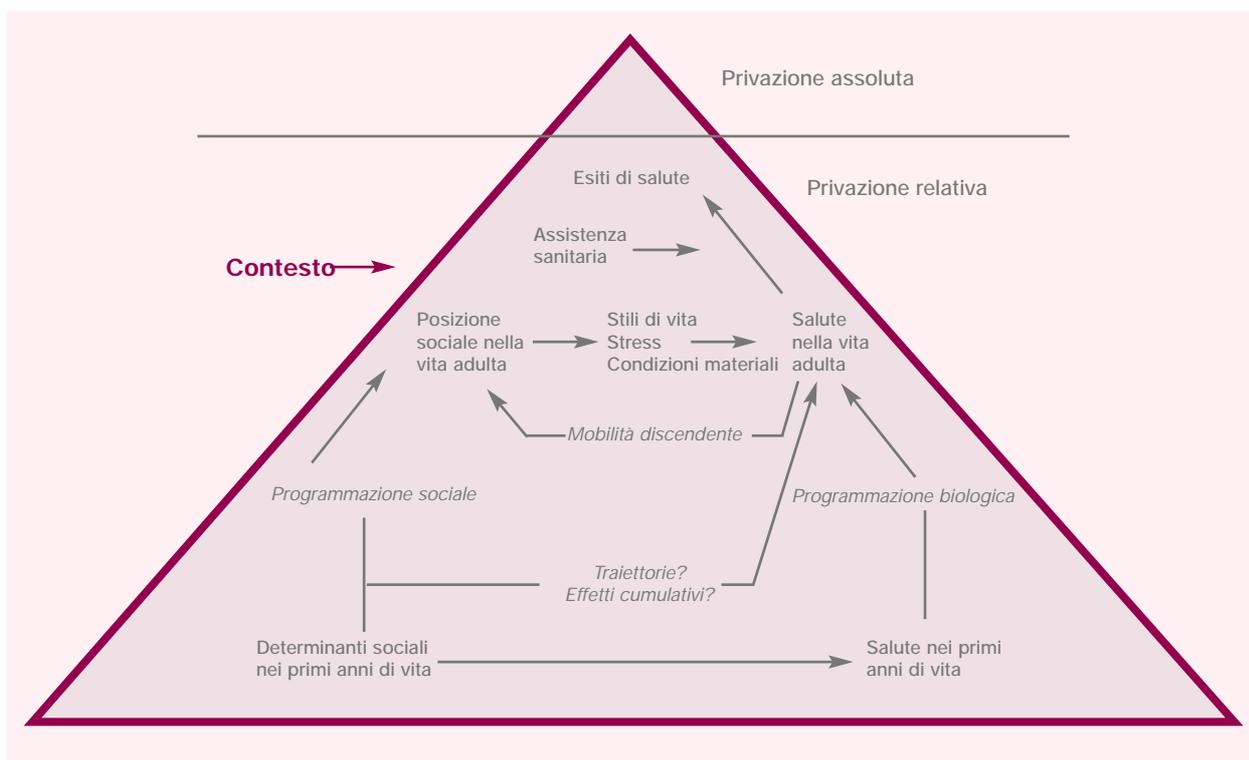
Una significativa eterogeneità residua nella mortalità tra quartieri, nel periodo 1991-1998, è stata osservata anche nel comune di Torino, indipendentemente dalla distribuzione per età e dalle caratteristiche sociali dei residenti al 1991, espresse attraverso un indice di deprivazione della sezione censuaria (comprendente la percentuale di popolazione istruita con licenza elementare, la percentuale di popolazione attiva che svolge lavoro manuale, l'affollamento abitativo, la percentuale di abitazioni occupate in affitto, la percentuale di abitazioni occupate senza bagno interno all'abitazione, la quota di famiglie monogenitoriali), quale *proxy* della condizione socioeconomica individuale.³ In un lavoro successivo, l'analisi multilivello ha permesso di analizzare l'andamento temporale della mortalità tra il 1971 e il 1999 nel comune di Torino e di scomporre la variabilità territoriale nelle sue componenti attribui-

bili alle condizioni socioeconomiche individuali, misurate sia attraverso il titolo di studio sia dalle caratteristiche dell'abitazione, e nell'effetto della deprivazione del quartiere. Questi effetti sono risultati entrambi significativi, con una mortalità maggiore tra le persone svantaggiate nella dotazione individuale di risorse materiali e culturali, ma con uno svantaggio indipendente di mortalità tra i residenti nei quartieri maggiormente deprivati; in queste aree, la mortalità nella fascia d'età 15-64 anni è risultata significativamente superiore dell'8% e del 9%, rispettivamente tra maschi e femmine, rispetto ai residenti in quartieri ricchi. Le cause di morte responsabili di questi eccessi sono risultate essere quelle ischemiche del cuore e le malattie respiratorie (con eccessi di mortalità del 9% e 15% per le malattie coronariche, del 20% e 24% per malattie respiratorie, rispettivamente tra maschi e femmine nella fascia d'età 15-64 anni, residenti nei quartieri deprivati rispetto ai residenti in quartieri ricchi). Tra gli uomini, inoltre, il gradiente di mortalità per istruzione e condizioni abitative è risultato crescente nel tempo, mentre le differenze di salute per livello di deprivazione del quartiere sono risultate stabili negli anni.³¹ Un'applicazione di tale metodologia all'analisi dell'incidenza di eventi cerebro e cardiovascolari osservati nel comune di Torino, nel periodo tra il 1996 e il 1999, ha ulteriormente messo in luce un effetto significativo della deprivazione del quartiere sull'occorrenza di questi eventi, indipendentemente dalle caratteristiche individuali dei residenti.³² Infine, è stato valutato, con uno studio ecologico, il diffe-

rente impatto di indicatori aggregati di deprivazione sociale sull'uso dei servizi psichiatrici nei distretti di due zone del Veneto, differenti per grado di urbanizzazione ma caratterizzate entrambe dalla presenza di registri di casi psichiatrici e da simili profili della domanda: specificamente la zona a Sud di Verona e la zona di Portogruaro. Nella prima area, alcune variabili di fonte censuaria al 1981 (percentuale di famiglie unipersonali, percentuale di popolazione con oltre 14 anni disoccupata o in cerca di occupazione, indice di dipendenza, percentuale di individui divorziati, separati o vedovi) sono risultate indipendentemente correlate con i tassi di fruizione dei servizi per tutte le diagnosi psichiatriche e per i casi di schizofrenia, mentre nessuna consistente associazione è stata evidenziata nei distretti dell'area rurale di Portogruaro. La segregazione urbana delle persone in condizioni di disagio e isolamento sociale sembra influenzare non tanto l'insorgere di nuovi casi, quanto piuttosto il grado con cui questi ultimi iniziano e mantengono contatti con i servizi.³³

Urbanizzazione, zona altimetrica e mortalità

Numerosi studi si sono proposti di analizzare lo stato di salute in relazione al grado di urbanizzazione del comune di residenza. Restringendo l'attenzione ai contributi scientifici riportati negli ultimi 10 anni soprattutto nell'analisi della mortalità, emergono eccessi piuttosto consistenti nei comuni urbani, rispetto a quelli semirurali o rurali, in molte regioni italiane nel periodo tra il 1980 e il 1994. Questi eccessi riguar-



dano in particolare i decessi per tumori, con l'eccezione della mortalità per tumore allo stomaco più elevata nei comuni rurali, se si escludono tuttavia le regioni meridionali.³⁴ Un maggior rischio di mortalità per patologie cardiovascolari è stato evidenziato tra i maschi con età compresa tra 40 e 69 anni e residenti in comuni urbani, rispetto ai residenti in comuni rurali, anche al netto di fattori di rischio bio-comportamentali individuali, rilevati in uno studio di coorte condotto su un campione della popolazione italiana.³⁵ In Friuli Venezia Giulia, eccessi di mortalità per tumori colo-rettali, al polmone e alla vescica sono stati osservati tra i residenti, di entrambi i sessi, nei comuni urbani ed è stato confermato, viceversa, il maggior rischio di decesso per tumore allo stomaco nei comuni rurali.³⁶ Maggiore incidenza di tumori in tutte le sedi è stata riportata nei comuni urbani rispetto ai comuni semiurbani delle aree di Firenze e Prato tra il 1985 e il 1997, e specificamente per i tumori al polmone, alla vescica e per il sarcoma di Kaposi, mentre l'incidenza di tumore allo stomaco è risultata significativamente superiore nei comuni semiurbani; tra le donne nelle aree urbane, sono stati rilevati rischi superiori di tumore al seno, alla cervice uterina e melanoma, mentre tra gli uomini residenti in queste aree gli eccessi hanno riguardato l'incidenza di tumori alla prostata, di malattie di Hodgkin, di linfomi non-Hodgkin e di mesoteliomi; eccessi analoghi sono emersi anche nella mortalità per queste cause.³⁷ Anche in Campania, eccessi di mortalità nei comuni urbani rispetto a quelli rurali si sono evidenziati per i tumori legati al consumo di tabacco e quelli dell'intestino, del fegato, del cervello, i mielomi, i linfomi non-Hodgkin; tra le donne, specifici eccessi hanno riguardato i tumori alla cistifellea, al seno, al pancreas e all'utero.³⁸ L'effetto del grado di urbanizzazione potrebbe sintetizzare l'influenza di fattori sia fisici, come l'inquinamento, sia sociali, come lo *stress* e la scarsa coesione sociale, le cui possibili conseguenze sulla salute potrebbero essere parzialmente mediate dall'adozione di comportamenti e stili di vita insalubri.

Differenze di salute sono state infine osservate anche in relazione alla zona altimetrica, probabile espressione di un differente grado di disponibilità e accessibilità di servizi sanitari. Malattie croniche come l'ipertensione, l'artrosi, la calcolosi renale e la cirrosi sono risultate maggiormente prevalenti tra i maschi residenti nei comuni montani del Piemonte nel periodo 1994-1995, rispetto ai residenti nei comuni della stessa regione collocati in pianura; tra le donne piemontesi residenti in montagna, sono stati rilevati eccessi di ipertensione e di malattie allergiche.³⁹ I distretti piemontesi dell'arco alpino si sono mostrati a maggior rischio di mortalità tra il 1995 e il 1997 per patologie dell'apparato circolatorio, respiratorio e digerente.⁴⁰ In Italia Nord orientale, eccessi di mortalità per tumori della cavità orale e della faringe, della laringe e dello stomaco, e viceversa, protezioni per i tumori coloretali e cerebrali, sono stati osservati tra gli uomini residenti in comuni al di sopra dei 200 metri di altitudine, an-

che al netto del possibile effetto del grado di urbanizzazione, mentre tra le donne si è evidenziato un maggior rischio di mortalità per tumore allo stomaco e una protezione per i tumori del colon-retto e del rene.³⁶

Relazione tra fattori individuali e fattori di contesto

Infine un recente studio si è proposto di analizzare l'importanza relativa e gli effetti interattivi di fattori individuali e contestuali sulla variabilità geografica di alcune misure di salute oggettive e soggettive, utilizzando un sottocampione della popolazione italiana (per un totale di 55.303 uomini e 59.716 donne) incluso nell'Indagine sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari del periodo 1999-2000, con particolare attenzione all'effetto delle condizioni socioeconomiche individuali e dell'area di residenza,⁴¹ tenendo conto anche dell'effetto della zona altimetrica, dell'ampiezza demografica e della latitudine geografica. I risultati dei modelli multilivello sembrano confermare il ruolo primario delle differenze di composizione, in particolare quelle di tipo socioeconomico, nella spiegazione della distribuzione regionale della salute; ma mostrano anche una significativa modificazione regionale dell'impatto di queste caratteristiche composizionali, con particolari effetti di amplificazione o attenuazione delle differenze di salute per istruzione a carico di alcune regioni. Il profilo regionale che ne emerge mette in luce un maggior divario di salute tra laureati e persone con istruzione elementare al Sud, mentre lo svantaggio di salute dei meno istruiti risulta mitigato in alcune regioni settentrionali.

Per quanto riguarda, invece, gli effetti indipendenti delle caratteristiche contestuali, la deprivazione del comune mostra un effetto, di entità modesta, soltanto sulla salute percepita; si evidenzia inoltre una peggiore salute percepita e una maggiore morbosità cronica tra le donne residenti nei comuni metropolitani, mentre gli uomini residenti in comuni montani con meno di 10.000 abitanti mostrano una piccola protezione da queste due condizioni. Il gradiente geografico Nord-Sud, al netto di tutti gli effetti composizionali e contestuali considerati, permane nella percezione di cattiva salute e nella morbosità cronica. Una successiva raccolta di indicatori regionali e macroregionali di diseguaglianze, *welfare*, risorse economiche e di potere ha permesso di speculare sulle circostanze che influenzano la concentrazione di persone più svantaggiate nel Sud d'Italia e sulle caratteristiche contestuali che sono in grado di aggravare o attenuare le diseguaglianze sociali individuali nella salute.⁴² I risultati, che confermano lo svantaggio delle regioni meridionali in termini di condizioni sociali, economiche e culturali, forniscono anche alcuni indizi sul potenziale impatto delle diseguaglianze di reddito, della qualità dell'assistenza sanitaria e della coesione sociale, come elementi del contesto in grado di modificare il gradiente sociale di salute.

Bibliografia

1. Michelozzi P, Perucci CA, Forestiere F, et al. Differenze sociali nella mortalità a Roma negli anni 1990-1995. *Epidemiol Prev* 1999; 23: 230-38.
2. Biggeri A, Marchi M, Dreassi E, et al. Studio Longitudinale Toscano: un'analisi per quartiere per le città di Firenze e Livorno. *Epidemiol Prev* 1999; 23: 161-74.
3. Costa G, Spadea T, Marinacci C, Demaria M. Guardare alle differenze di salute per identificare obiettivi. *Ann Ig* 2002; 14(Suppl. 2): 1-5.
4. Cadum E, Costa G, Biggeri A, Martuzzi. Deprivazione e mortalità: un indice di deprivazione per l'analisi delle disuguaglianze su base geografica. *Epidemiol Prev* 1999; 23: 175-87.
5. Istituto Nazionale di Statistica. *Le condizioni di salute della popolazione. Indagine multiscopo sulle famiglie «Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 1999-2000»*. Roma, ISTAT, 2001.
6. 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.
7. Slogett A, Joshi H. Deprivation indicators as predictors of life events 1981-1992 based on the UK ONS Longitudinal Study. *J Epidemiol Community Health* 1998; 52: 228-33.
8. Duncan C, Jones K, Moon G. Context, composition and heterogeneity: using multilevel models in health research. *Soc Sci Med* 1998; 46(1): 97-117.
9. Macintyre S, Ellaway A, Cummins S. Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? *Soc Sci Med* 2002; 55: 125-39.
10. Diez Roux AV. A glossary for multilevel analysis. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56: 588-94.
11. Goldstein H. *Multilevel statistical models*. New York, Halsted Press, 1995.
12. Snijders T, Bosker R. *Multilevel Analysis. An introduction to basic and advanced multilevel modelling*. London, SAGE Publications, 2000.
13. Folwell K. Single measures of deprivation. *J Epidemiol Community Health* 1995; 49(Suppl 2): S51-S56.
14. Krieger N. Overcoming the absence of socio-economic data in medical records: validation and application of a census-based methodology. *Am J Public Health* 1992; 82: 703-10.
15. Hirsch S. *Psychiatric beds and resources: Factors Influencing Bed Use and Service Planning*. London, Gaskell/Royal College of Psychiatrists, 1988.
16. Thornicroft G. Social deprivation and rates of treated mental disorder. Developing statistical models to predict psychiatric service utilisation. *Br J Psychiatry* 1991; 158: 475-84.
17. Pickett KE, Pearl M. Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55: 111-22.
18. Diez Roux AV, Javier Nieto F, Muntaner C, et al. Neighbourhood Environments and Coronary Heart Disease: A Multilevel Analysis. *Am J Epidemiol* 1997; 146: 48-63.
19. Jones K, Duncan C. Individuals and their ecologies: analysing the geography of chronic illness within a multilevel modelling framework. *Health Place* 1995; 1: 27-40.
20. Shouls S, Congdon P, Curtis S. Modelling inequality in reported long-term illness in the UK: combining individual and area characteristics. *J Epidemiol Community Health* 1996; 50: 366-76.
21. Roberts E. Neighbourhood social environments and the distribution of low birthweight in Chicago. *Am J Public Health* 1997; 87: 597-603.
22. Pearl M, Braveman P, Abrams B. The relationship of neighbourhood socioeconomic characteristics to birthweight among 5 ethnic groups in California. *Am J Public Health* 2001; 91: 1808-14.
23. Spadea T, Migliardi A, Demaria M, Biggeri A, Costa G. *La mortalità in Italia secondo un indice di deprivazione comunale. Anni 1995-1997*. In: Regione Piemonte. Relazione finale del progetto (ex «programmi speciali» - art. 12, lett. b) d.lgs. 502/92) «Un sistema informativo, un libro bianco, un modello di monitoraggio per implementare gli obiettivi di equità nella salute e nell'assistenza in Italia». Torino, Regione Piemonte, 2002.
24. Dreassi E. *A space-time analysis of the relationship between socioeconomic factors and mortality for lung cancer*. Firenze, Università di Firenze, Dipartimento di Statistica «G. Parenti», 2002. Working paper n. 4.
25. Valerio M, Vitullo F. Sperimentazione di un indice di svantaggio socioeconomico in Basilicata. *Epidemiol Prev* 2000; 24: 219-23.
26. Materia E, Spadea T, Rossi L, Cesaroni G, Arcà, Perucci CA. Disuguaglianze nell'assistenza sanitaria: ospedalizzazione e posizione socioeconomica a Roma. *Epidemiol Prev* 1999; 23: 197-206.
27. Materia E, Rossi L, Spadea T, et al. Hysterectomy and socioeconomic position in Rome, Italy. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56(6): 461-65.
28. Rapiti E, Porta D, Forastiere F, Fusco D, Perucci CA. Socioeconomic status and survival of persons with AIDS before and after the introduction of highly active antiretroviral therapy. Lazio AIDS Surveillance Collaborative Group. *Epidemiology* 2000; 11(5): 496-501.
29. Ancona C, Agabiti N, Forastiere F, et al. Coronary artery bypass graft surgery: socioeconomic inequalities in access and in 30 day mortality. A population-based study in Rome, Italy. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54: 930-35.
30. Biggeri A, Dreassi E, Marchi M. *A multilevel Bayesian model for contextual effect of material deprivation*. Firenze, Università di Firenze, Dipartimento di Statistica «G. Parenti», 2001. Working paper n. 89.
31. Marinacci C, Spadea T, Biggeri A, Demaria M, Caiazzo A, Costa G. The role of individual and contextual socioeconomic circumstances on mortality: analysis of time variations in a city of north west Italy. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58: 199-207.
32. Petrelli A, Marinacci C, Spadea T, et al. First coronary events by individual social position and area based deprivation in Italy using multilevel modelling. *Int J Circumpolar Health* 2002; 61: 109.
33. Thornicroft G, Bisoffi G, De Salvia D, Tansella M. Urban-rural differences in the associations between social deprivation and psychiatric service utilization in schizophrenia and all diagnoses: a case-register study in Northern Italy. *Psychol Med* 1993; 23: 487-96.
34. Uccelli R, Mastrantonio M, Di Paola M. Distribution of causes of death in communities with different urbanization levels. *Epidemiol Prev* 2000; 24(1): 28-37.
35. Tenconi MT, Devoti G, Comelli M. 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(6): 565-71.
36. Bidoli E, Franceschi S, Dal Maso L, Guarneri S, Barbone F. Cancer mortality by urbanization and altitude in a limited area in Northeastern Italy. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1993; 41(5): 374-82.
37. Crocetti E, Miccinesi G, Paci E, Cislighi C. What is hidden behind urban and semiurban cancer incidence and mortality differences in central Italy? *Tumori* 2002; 88(4): 257-61.
38. Bidoli E, Franceschi S, Montella M. Cancer mortality by urbanization and proximity to the sea coast in Campania Region, southern Italy. *Tumori* 1998; 84(4): 460-66.
39. Vannoni F, Cadum E, Demaria M, Gnani R, Costa G. *Salute, stili di vita, ricorso ai servizi sanitari nelle famiglie piemontesi 1994-1995*. Torino, Regione Piemonte, 1999.
40. Gnani R, Dalmaso M, Demaria M, Migliardi A, Costa G. *La mortalità in Piemonte negli anni 1995-1997*. Torino, Regione Piemonte, 2001.
41. 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.
42. Costa G, Marinacci C, Caiazzo A, Spadea T. Individual and contextual determinants of inequalities in health: the Italian case. *Int J Health Serv* 2003; 33: 635-67.

1.9 Le politiche di contrasto Policies

Antonio Caiazzo

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

Messaggi chiave

- La società italiana è segnata da profondi squilibri strutturali, di carattere territoriale e socioeconomico, che concorrono a generare gruppi di popolazione svantaggiata maggiormente esposta ai rischi di salute.
- L'azione sociale istituzionale, tramite le politiche universali, di settore e la loro declinazione fino ai livelli locali, potrebbe contribuire a stemperare le disegualianze sociali e territoriali ridefinendo il ruolo dello Stato, sia nella veste di rigeneratore della coesione sociale, sia di mediatore tra le legittime aspettative di benessere, di inclusione e di partecipazione della popolazione e le necessità del mercato.

- È a livello del territorio che si misura la capacità degli orientamenti e delle politiche nazionali di portare a soluzione le asimmetrie sociali universalmente riconosciute ed è al livello locale che, purtroppo, salvo poche eccezioni, maggiormente si riscontrano difficoltà d'intervento da parte delle istituzioni pubbliche.
- Il eddito minimo d'inserimento, previsto dalla L. 328/2000, forse unico intervento oggetto di una sistematica valutazione d'impatto sociale, ha fornito risultati positivi di ampio spettro: dall'individuazione specifica dell'esclusione sociale, alla definizione di metodologie d'intervento, alla generazione di percorsi attivi d'inclusione.

Una salute diseguale interpella le politiche nazionali, regionali e locali

Nel presente paragrafo, sulla scorta di quanto esposto nei precedenti, l'esistenza di una forte correlazione tra disegualianze sociali e disegualianze di salute è data per acquisita.¹⁻³ I principali determinanti sociali individuati in letteratura sono costituiti da una pluralità di fattori che agiscono in modo interdipendente sulla salute ed appare quindi più preciso parlare di sistemi piuttosto che di singolo fattore o determinante.

Interpretandoli secondo il paradigma sistemico, si può quindi considerare la salute dei singoli e delle collettività come l'esito di processi di interazione che avvengono nel tempo e nello spazio delle relazioni sociali. Considerati da questo punto di vista, i determinanti delle disegualianze di salute e i loro attributi qualitativi sono parte degli elementi costituenti e caratterizzanti l'organizzazione delle relazioni sociali nei sistemi fondati su di un'economia di mercato: le differenze esistenti nell'accesso alla disponibilità di risorse quali la cultura, il lavoro, il reddito, l'istruzione ed i servizi che qualificano la struttura in classi; i valori che sottendono alle modalità con cui vengono organizzati i luoghi della produzione e della riproduzione sociale; il privilegio assegnato alla salute funzionale rispetto a quella esperienziale.⁴ Molteplici sono i livelli a cui possono essere individuati i sistemi e i sottosistemi sociali e altrettanti sono i livelli a cui possono essere individuate le disegualianze sociali e di salute. Mettere in atto strumenti di contrasto a tali disegualianze richiede coerentemente la necessità di intervenire con un approccio olistico tramite politiche universali, di set-

tore e di area complementari alle forme, alle dimensioni e ai luoghi della fragilità sociale e dell'esclusione: i livelli locali, regionali, nazionali e internazionali, seguendo un percorso di elaborazione ed integrazione purtroppo non ancora concluso nel nostro paese. Ciò detto nel senso che, a fronte dell'esistenza di una legislazione e una pianificazione di livello nazionale che si propone obiettivi ambiziosi e condivisibili, si fatica a intravedere l'operatività delle nuove strategie a livello del territorio, cioè nell'esperienza sociale concreta. È verosimile che i problemi organizzativi legati all'integrazione delle attività dei diversi attori e dei diversi livelli coinvolti nella programmazione e nell'erogazione dei servizi sollevino difficoltà di grado elevato, una questione peraltro non limitata al caso nazionale.⁵ Ma è proprio in queste difficoltà che si diluisce il processo di riorganizzazione del sistema di protezione, che ha lo scopo di garantire opportunità di inclusione per tutti i cittadini, e si smentiscono i presupposti stessi del patto sociale su cui si sta costruendo l'edificio comunitario europeo.⁶⁻⁸ In questa sede, la disamina sarà, anche per questi ultimi motivi, prevalentemente centrata sulle politiche di livello nazionale.

Un criterio per disegnare una mappa del rischio socioeconomico della salute

La maggior parte dei sistemi di determinanti sono accomunati dalla presenza, sotto varie forme, della povertà e dello svantaggio economico. Mettendo in evidenza il ruolo di questi fattori non si intende affermare che l'insufficienza del reddito agisca come causa necessaria e sufficiente della cattiva salute (per esempio, l'insufficienza di risorse economi-

che può essere compensata dalla possibilità di usufruire, gratuitamente o con poca spesa, di servizi di qualità; la condizione di disoccupazione (vedi capitolo 1.5, Parte I) non significa solamente mancanza di reddito, ma anche di identità, di ruolo ed esclusione sociale), quanto che la sua presenza, in complessi e mutevoli schemi di relazione tra i determinanti, renda più critico l'accesso e la disponibilità delle ulteriori risorse (di tipo relazionale, emozionale, cognitivo e materiale) che possono influire favorevolmente sulla salute fisica, psicologica e sociale delle persone. Adottando l'insufficienza della spesa e del reddito come indicatori della distribuzione delle condizioni di svantaggio è possibile delineare una mappa del potenziale rischio socioeconomico di cattiva salute della popolazione, tentando di cogliere anche l'associazione con altri determinanti socio-culturali che possono influire sulle disuguaglianze di salute: quelle di genere, quelle legate alle fasi del ciclo di vita, quelle conseguenti ad esperienze migratorie e quelle territoriali (vedi capitoli 1.2, 1.3, 1.8, Parte I). Sul versante dell'azione sociale, non sono state individuate nella legislazione nazionale politiche non sanitarie esplicitamente mirate a contrastare le disuguaglianze di salute. È tuttavia operante un ordinamento la cui attuazione potrebbe contribuire a modificare le caratteristiche qualitative e quantitative delle disuguaglianze sociali, influenzando sul quadro generale della salute della popolazione. Non è comunque possibile misurare in modo sistematico la distribuzione e l'intensità degli effetti sulla salute delle politiche sociali, poiché esse non contengono gli strumenti necessari allo scopo ma, in subordine alle evidenze sulla correlazione tra disuguaglianze sociali e disuguaglianze di salute, appare tuttavia legittimo proporre un ragionamento di tipo indiziario. La comparazione tra il dominio legislativo e le peculiarità dello svantaggio consente di evidenziare la copertura istituzionalmente prevista del primo sul secondo, nella prospettiva di un'analisi più approfondita che si potrà effettuare prendendo in esame gli interventi attuati nelle politiche regionali e locali.

Dove si distribuisce lo svantaggio: priorità per le politiche

Uno sguardo alla distribuzione della povertà economica in Italia evidenzia il permanere della sua concentrazione geografica nel Mezzogiorno.⁹⁻¹² Se le forme in cui si manifesta sono simili nei diversi sottosistemi territoriali, le sue dimensioni sono notevolmente sproporzionate essendo all'incirca doppie al Sud rispetto alla media nazionale e 4-5 volte maggiori rispetto al Nord.

L'aumento della povertà al Sud tra il 2000 e il 2001, in controtendenza rispetto al Centro-Nord, in alcune categorie particolarmente importanti perché in possesso di risorse proficue per l'integrazione sociale – le famiglie con persona di riferimento giovane (nelle quali la condizione di povertà aumenta dal 18,5% al 23%) o lavoratore dipendente (dal 19,2%

al 20,8%) o con titolo di studio (dal 23,9% al 26,3% per la media inferiore e dal 9,4% all'11% per i titoli superiori) – e la riduzione del numero dei percettori di reddito – in particolare di quello da lavoro – rafforza l'immagine del Mezzogiorno come sistema permeato da profondi squilibri sociali. Il profilo generale dello svantaggio economico nel paese evidenzia che nel 2001 le famiglie residenti che hanno vissuto in condizioni di povertà relativa – il cui valore soglia, pari a 814,55 euro, è calcolato dall'ISTAT sulla base della media mensile pro capite della spesa in una famiglia di due componenti e riproporzionato in base ad una scala di equivalenza per famiglie di diversa ampiezza – ammontano a circa il 12,0% (di cui il 66% al Sud, con una prevalenza del 24,3%), pari a circa 2.263.000 famiglie, per un totale di circa 7.828.000 persone. Il 4,2% (1,3% Nord; 2,3% Centro; 9,7% Sud) delle famiglie, pari a circa 940.000 unità, per un totale di circa 3.028.000 persone, ha vissuto nel 2001 in condizioni di povertà assoluta, definita come una condizione economica di incapacità di acquisto indipendente dallo standard di vita medio della popolazione di riferimento: la soglia della povertà «assoluta» è definita da un paniere di beni e servizi essenziali corrispondenti a una spesa media mensile di 559,63 euro.

Alcuni aspetti accomunano le forme della povertà relativa a livello nazionale. L'incidenza del fenomeno aumenta in relazione alla presenza di anziani in famiglia (13,8% se è presente un anziano, 17,8% se sono presenti due o più), all'ampliarsi del nucleo familiare (24,5% per le coppie con tre o più figli), allo stato di disoccupazione (22,8% con un disoccupato, 41,1% con due). Rispetto al titolo di studio, la povertà aumenta proporzionalmente alla riduzione del suo livello: delle famiglie con persona di riferimento senza titolo di studio o con licenza elementare il 18,7% sono povere a fronte del 12,5% con media inferiore e del 4,8% con media superiore o oltre. Al Sud, le famiglie monogenitoriali sono particolarmente penalizzate (27,8% rispetto al 13% nazionale, con un incremento del 4,3%), analogamente a quelle monocomponenti che sono aumentate dal 23,2% al 26,8% e a quelle con capofamiglia donna, aumentate del 1,9%.

L'osservazione delle dinamiche del reddito familiare^{13,14} conferma il panorama appena tracciato. A fine 1998, i percettori di reddito da lavoro e da trasferimenti sono infatti più diffusi al Nord (68%) e al Centro (61%) rispetto al Sud (50%), con un divario del Sud ampliatosi rispetto al Nord e al Centro tra il 1977 e il 1998: in questo periodo infatti i soli redditi da lavoro aumentano del 2,2% al Nord, del 5,9% al Centro e diminuiscono del 4,6% al Sud. Il complessivo aumento dei percettori di reddito è spiegato esclusivamente dalla crescita della percentuale di donne (dal 38% al 52%), a fronte della stabilità del numero dei percettori maschi (69%), con una conseguente riduzione della disuguaglianza di genere nei redditi individuali. L'incremento della percentuale di donne che percepiscono redditi ha interessato tutte le aree

del paese, ma con un'intensità decisamente differente: il 19,9% al Nord, il 13,4% al Centro e il 7,4% al Sud. Le riflessioni della Banca d'Italia evidenziano il duplice ruolo economico della famiglia: il suo essere strumento di redistribuzione dei redditi – sia tra percettori e non percettori, sia tra percettori di redditi disuguali – e di risparmio, in virtù delle economie di scala realizzabili nei consumi; viene però segnalata una riduzione nel tempo di quest'ultima capacità, in misura meno marcata al Sud, attribuibile principalmente alla riduzione del numero dei componenti della famiglia.

È importante osservare le dinamiche familiari, anche per il ruolo di rilievo assegnato alla famiglia nelle politiche di *welfare* recentemente proposte,¹⁵ che ne sottolineano la funzione di risorsa di relazioni sociali e di cura verso i soggetti più deboli (minori, anziani, disabili). Si evidenziano quindi alcune categorie della popolazione nazionale che si trovano in una situazione di potenziale rischio di cattiva salute a causa delle avverse condizioni socioeconomiche: la popolazione residente nel Mezzogiorno, le famiglie numerose, con minori, con disoccupati, con anziani e di bassa scolarità. Contrastare il fenomeno delle diseguaglianze di salute intervenendo nella dimensione sociale comporta l'attuazione di percorsi che garantiscano la piena inclusione al benessere per le condizioni svantaggiate e la soluzione dell'«arretratezza storica» del Mezzogiorno. Le politiche sociali dovrebbero quindi essere fortemente connotate territorialmente, in modo da contemplare pienamente le differenze qualitative e quantitative della geografia della povertà e delle caratteristiche dei sottosistemi socioeconomici in cui essa trova origine. Un'eventuale conferma del tendenziale declino del ruolo di tutela della famiglia, con il conseguente duplice indebolimento delle relazioni sociali ed economiche tra i componenti, aprirebbe un ulteriore spazio critico di intervento per le politiche sociosanitarie, riguardo al potenziamento della consistenza qualitativa e quantitativa delle reti sociali, alla promozione di comportamenti solidali nelle comunità e in generale alla dimensione relazionale che circonda le persone in cattiva salute e a rischio di esclusione.

Politiche nazionali per l'inclusione e la coesione sociale (*upstream policies*)

A fronte delle condizioni sopra elencate, si trova un sistema di protezione sociale in fase di trasformazione e non ancora stabilizzato, anche in ragione della discontinuità delle linee di riforma espresse dai governi che si sono succeduti alla guida del paese. Il processo in corso è comunque soggetto agli importanti vincoli disegnati dal modello sociale e dalle politiche sociali promosse dall'Unione Europea, di cui i diversi orientamenti delle politiche nazionali devono necessariamente tener conto e ai quali si dedica, per questo motivo, un breve spazio.

Il modello sociale europeo, costruito nel corso degli ultimi quarant'anni, si basa essenzialmente su «buoni risultati eco-

nomici, elevato livello di protezione sociale, istruzione e dialogo sociale»,⁹ sull'occupazione come migliore garanzia contro l'esclusione e come mezzo per offrire a tutte le persone la possibilità di partecipare alla vita attiva. La relazione fra la dimensione produttiva e riproduttiva della vita sociale è fondata sul messaggio chiave che afferma che «la crescita non è fine a sé stessa ma è essenzialmente un mezzo per raggiungere uno standard di vita migliore per tutti». Il contesto in cui si colloca l'Unione Europea è quello del mercato mondializzato nel quale intende diventare «l'economia basata sulla conoscenza più competitiva e dinamica del mondo, in grado di realizzare una crescita economica sostenibile con nuovi e migliori posti di lavoro e una maggiore coesione sociale». Alcuni divari con le economie più avanzate devono però essere superati: l'invecchiamento della popolazione, l'alto tasso di disoccupazione e il basso tasso di attività, quello tecnologico e delle competenze, gli squilibri regionali, le dimensioni dei mercati. A colmare tali divari risponde la duplice finalità delle politiche sociali, che devono combinare competitività e coesione sociale, rafforzandosi a vicenda.¹⁶ Il punto di riferimento principale per le politiche sociali europee resta la strategia fissata a Lisbona nel 2000.¹⁷ Alle politiche per il miglioramento quantitativo e qualitativo dell'occupazione, per l'anticipazione e lo sfruttamento dei cambiamenti dell'ambiente di lavoro, per la lotta contro tutte le forme di esclusione e di discriminazione per favorire l'integrazione sociale, per l'ammodernamento della protezione sociale, per la promozione della parità tra donne e uomini e per il rafforzamento del capitolo sociale nell'ambito dell'allargamento dell'Unione Europea viene pienamente riconosciuta, oltre che la funzione di recupero delle diseguaglianze create dal mercato, anche quella di fattore produttivo e di contributo essenziale allo sviluppo economico.¹⁸

Qual è la relazione tra le crescenti diseguaglianze sociali e di salute e il nuovo modello di *welfare* che si sta delineando in Italia? Una prima risposta può essere ricercata nell'area di intersezione tra gli indirizzi proposti dalla nuova legislatura e le principali politiche sociali definite nella precedente. Le linee guida del governo Berlusconi in questo campo sono contenute nel «Libro bianco sul *welfare*»,¹⁵ che costituisce il naturale proseguimento del «Libro bianco sul Mercato del lavoro in Italia». La cornice legislativa di riferimento è invece data dalla «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali» n. 328 del 2000 che ha carattere di universalità e «promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia». La Legge privilegia gli interventi a favore delle situazioni più acute sia di carattere economico, sia di maggiore fragilità (con-

dizioni di povertà estrema, inabilità di ordine fisico o psichico, difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro, soggetti sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria), nonché a favore di alcune condizioni croniche di bisogno (disabili, anziani non autosufficienti) o a rischio di esclusione (persone e famiglie con reddito limitato, nuclei monoparentali, coppie giovani con figli, gestanti in difficoltà, famiglie con carichi di cura, donne in difficoltà, immigrati, minori e giovani) o in condizioni di emarginazione (dipendenti da sostanze, senza fissa dimora). La legge propone il potenziamento dell'offerta dei servizi in natura, in affiancamento ai tradizionali trasferimenti monetari, incrementa le risorse finanziarie messe a disposizione per l'assistenza e gestite tramite il fondo nazionale per le politiche sociali. Costituiscono i livelli essenziali delle prestazioni le misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito; servizi di accompagnamento, misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di persone totalmente o parzialmente dipendenti; interventi per il sostegno dei minori in situazioni di disagio e per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza; misure per il sostegno delle responsabilità familiari e delle donne in difficoltà; interventi per la piena integrazione dei disabili; prestazioni integrate di tipo socio-educativo per contrastare la dipendenza da sostanze; servizi per l'informazione e la consulenza, il pronto intervento sociale, l'assistenza domiciliare, strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali, centri di accoglienza residenziali o a carattere comunitario. Come misura generale di contrasto alla povertà la Legge prevede l'istituto del «Reddito Minimo di Inserimento» (RMI) e, per il monitoraggio e la valutazione, la realizzazione di un sistema centrato sull'«Osservatorio sulle politiche sociali».

Il «Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003»²¹ dell'aprile del 2001 individua per il triennio di vigenza gli obiettivi generali di benessere della popolazione, le priorità d'intervento (valorizzare e sostenere le responsabilità familiari, rafforzare i diritti dei minori, potenziare gli interventi a contrasto della povertà, sostenere con servizi domiciliari le persone non autosufficienti, inserire gli immigrati, prevenire le droghe, porre attenzione agli adolescenti), il livello e la qualità delle prestazioni, i finanziamenti e i riferimenti per l'elaborazione dei piani regionali e dei piani di zona, che costituiscono il livello operativo e tangibile del sistema di inclusione. Le realtà presenti e i rischi futuri d'esclusione dal benessere sono affrontati in un modo complessivo che fa di questa legge una misura di contrasto di un ampio spettro delle disuguaglianze di salute originate dall'inadeguatezza del reddito, del capitale sociale e dell'istruzione, dalle discriminazioni di genere, dall'inabilità psicofisica e in generale dalle condizioni di fragilità sociale.

La priorità senza riserve assegnata dalla L. 328/2000 e dal Piano 2001-2003 al benessere sociale e al diritto a star be-

ne è invece sottoposta ad alcuni vincoli nel recente «Libro bianco sul *welfare*»,¹⁵ che intende promuovere profonde riforme strutturali. La priorità è qui assegnata allo sviluppo economico nazionale nel contesto della crescente competitività internazionale. L'azione di politica economica intende risolvere progressivamente i nodi strutturali dell'economia italiana: nel breve periodo, sostenendo i redditi delle famiglie e gli investimenti; nel medio periodo, favorendo una politica di riforme volte a rafforzare il potenziale di crescita dell'economia. I percorsi d'inclusione sociale sono centrati sulla valorizzazione delle capacità lavorative della persona, sul vincolo dell'efficienza anche per la solidarietà, sulla flessibilità delle misure, sulle capacità autonome delle comunità di costruire coesione sociale. La principale criticità individuata è il calo demografico, da cui consegue la diminuzione della popolazione in età da lavoro e il suo progressivo invecchiamento. Le misure si devono quindi concentrare sul sostegno allo sviluppo della famiglia – di cui è rivalutato il ruolo di protagonista del sistema di *welfare* e di potente ammortizzatore sociale – per consentire «l'aumento quantitativo della risorsa umana»: accesso ai servizi sociali, in particolare quelli per l'infanzia, e agli alloggi, conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, qualità del sistema educativo, lavoro e retribuzioni adeguate, un sistema fiscale che favorisca la procreazione, trasferimenti monetari per le famiglie numerose e con bassi redditi. In questo sistema viene proposto un nuovo concetto d'equità che assume in primo luogo una valenza intergenerazionale e di parità d'accesso nel senso che si creino opportunità d'inserimento «uguali per tutti e che non siano selettive in favore di particolari gruppi resi fragili dalla loro particolare domanda sociale». La concezione dell'uguaglianza sociale deve essere di tipo dinamico e «basata su una scommessa sul futuro più che sulla pura e semplice difesa del presente». Comunità locali dinamiche in grado di sostenere la concorrenza dei mercati possono produrre coesione sociale e consenso al proprio interno, anche a danno delle aree contigue, con significative differenze a livello territoriale. Non è più pensabile di limitare le politiche sociali al trasferimento di ricchezza dai settori e dalle aree maggiormente produttive a quelle improduttive, perché le prime necessitano di reinvestire il *surplus* al proprio interno per continuare ad essere competitive: «la concorrenza rende obsoleta qualunque politica sociale e salariale di tipo egualitaristico basata su vecchi modelli». Con riferimento alla riforma del Titolo V della Costituzione, il ruolo dell'amministrazione centrale sarà quello di raccordo e di garante del quadro politico d'insieme con la L. 328/2000 e con le politiche sociali europee.

Fra i molteplici interventi previsti, i gruppi più svantaggiati potranno usufruire di risorse potenzialmente utili sul piano della riduzione delle disuguaglianze sociali e di salute. Oltre quelle già citate, l'assistenza alle nascite, la prevenzione del disagio minorile, il supporto psico-pedagogico e socioedu-

cativo potranno aiutare le famiglie di bassa istruzione favorendo abitudini alimentari, relazionali e stili di vita più salutari; la lotta allo sfruttamento del lavoro minorile, l'accompagnamento dei giovani con programmi di mobilità internazionali e facilitazioni per l'ingresso e l'uscita dal mondo del lavoro potrebbero restituire i più giovani a carriere professionali e di vita di maggior benessere; l'organizzazione del tessuto urbano potrebbe comportare il miglioramento della qualità della vita nei quartieri più disagiati. Le persone e le famiglie povere, gli immigrati, gli anziani, le persone con gravi limitazioni all'autonomia fisica e psichica potrebbero usufruire degli interventi di reinserimento sociale e lavorativo guadagnando quote di reddito e ruolo sociale. In quest'ambito, il reddito minimo d'inserimento, sarà sostituito da una nuova misura, il «Reddito d'ultima istanza», che dovrebbe consentire di distinguere le carenze di reddito derivanti da mancanza d'opportunità lavorative e da fragilità e marginalità sociale, evitando l'instaurarsi di percorsi di cronicizzazione della dipendenza assistenziale. La promozione della coesione sociale mediante la costituzione di reti di solidarietà formale e informale, anche attraverso esperienze pilota finalizzate ad attivare la prossimità abitativa tramite una politica mirata sull'alloggio, potrebbero contenere i danni psico-fisici conseguenti a condizioni d'isolamento individuale e collettivo, in particolare per i minori, gli anziani e gli immigrati. Il potenziamento del sistema delle indagini sociali e del sistema informativo dei servizi sociali faciliterebbe la lettura dei bisogni e il sostegno del processo decisionale. Di converso, l'accento posto sulle capacità autonome dei settori e delle aree produttive di costruire coesione sociale potrebbe amplificare le diseguaglianze territoriali, a svantaggio delle comunità e delle condizioni economicamente e socialmente più deboli, così come la proiezione verso il futuro del concetto d'equità pone interrogativi sul livello d'attenzione verso i gruppi che nel presente si trovano in condizioni di fragilità sociale o che non vengono espressamente presi in considerazione nel piano degli interventi. In un recente documento elaborato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, per esempio, fra le problematiche inserite nel capitolo riguardante la politica sociale (terza età, giovani, famiglia, pensioni, sanità, disabili, no profit, sport) non vengono trattate direttamente – oltre al lavoro, analizzato separatamente – quelle della povertà e dell'emarginazione, delle pari opportunità e dell'immigrazione.²² L'efficacia complessiva delle nuove strategie sulla salute dovrà in ogni caso essere valutata in subordine all'applicazione dei piani regionali e in particolar modo all'impatto che i piani di zona avranno sulla qualità del tessuto sociale.

La differenziazione dei sistemi territoriali chiama direttamente in causa il tema della riforma dello Stato in senso federale e, anche se quest'ultima non si può certamente inscrivere fra le politiche sociali, sembra necessaria almeno una menzione del problema rispetto al contesto sanitario. Lo

«Schema di Disegno di Legge Costituzionale» assegna alle Regioni la potestà legislativa esclusiva in materia di assistenza e organizzazione sanitaria.²³ Nella pratica, il Servizio sanitario nazionale segue già da anni un percorso di trasformazione in senso federale sulla base di obiettivi di universalità dell'accesso e di globalità delle prestazioni. Le necessità cliniche sono definite, a livello nazionale e regionale, dai livelli essenziali di assistenza (LEA) (vedi capitolo 2.3, Parte I). I rischi maggiormente evidenziati di questo percorso riguardano la creazione di possibili disparità di finanziamento e di quantità e qualità dell'offerta di servizi a livello territoriale, non coerentemente giustificate dalle proprietà socio-demografiche ed epidemiologiche dei sottosistemi sociali di riferimento. La Conferenza dei Presidenti delle regioni e delle province autonome aveva già espresso viva preoccupazione per le prospettive aperte dalla legge finanziaria sul tema della sanità.²⁴ Da un altro punto di vista, un federalismo sanitario non limitato alla sfera organizzativa, ma – seguendo un'impostazione sostanzialmente pragmatica – esteso all'elaborazione di contenuti di una nuova cultura medica in grado di cogliere ed esprimere le necessità effettive di salute a livello locale, potrebbe consentire anche la realizzazione di una medicina in forma federale come espressione culturale delle singole comunità.⁵

Il ruolo delle politiche di settore

Come già sottolineato, non esistono politiche nazionali non sanitarie esplicitamente finalizzate alla riduzione delle diseguaglianze di salute o, quanto meno, alla valutazione del proprio effetto sulla salute. Molti sono però gli interventi rivolti alle fasce deboli della popolazione, dei quali è possibile immaginare l'impatto potenziale in termini di equità, così come in alcuni piani nazionali di settore possono essere individuati specifici strumenti di contrasto alle diseguaglianze sociali.

Il «Piano nazionale per l'inclusione 2001»²⁵ è stato elaborato in base alle indicazioni contenute nei diversi piani nazionali, settoriali e regionali operanti nel periodo 2000-2003, verso i quali si pone come strumento di integrazione. Si articola in una struttura a rete di tipo decentrato tramite i previsti piani regionali e di zona. Il «Rapporto per la Commissione d'Indagine sull'esclusione sociale del 2001»²⁶ sottolinea comunque con vigore la perdurante mancanza d'organicità del sistema di politiche contro la povertà, conseguenza di una complessa e disorganica articolazione tra i diversi livelli di governo che crea forme di diseguaglianza interne al sistema di *welfare*, in particolare per lo scarso peso degli interventi di natura assistenziale che non coprono a sufficienza l'esclusione dal mercato del lavoro.

Il «Piano nazionale per l'educazione»²⁷ prevede misure e interventi che rientrano nelle finalità della lotta all'esclusione e in particolare azioni specifiche per contrastare la dispersione scolastica, comunemente associata alle situazioni di

maggior degrado sociale, il recupero degli anziani dalle forme d'illetterazione, le azioni per l'alfabetizzazione degli adulti e dei minori stranieri, l'istruzione e la formazione continua, le azioni d'integrazione educativa per alcune categorie specifiche. Le priorità del sistema educativo e formativo in funzione della lotta all'esclusione, oltre le precedenti, sono l'innalzamento del livello e della qualità del titolo di studio, la riduzione dei divari esistenti tra i mercati del Centro-Nord ed il Mezzogiorno, l'inserimento professionale dei giovani e dei soggetti ad alto rischio di esclusione, la riduzione dell'area della marginalità sociale.

Il «Programma di azione per le politiche di superamento dell'handicap 2000-2003»²⁸ (L. 162/98) si articola principalmente in interventi rivolti a prevenire la disabilità; rafforzare la rete dei servizi di riabilitazione; favorire una piena integrazione dei portatori di handicap nella scuola e nel lavoro, consentire eguali opportunità di accesso ai servizi. Sono previsti interventi specifici di sensibilizzazione delle imprese, di supporto allo sviluppo del lavoro autonomo, di promozione dell'uso delle tecnologie informatiche, di riqualificazione professionale degli invalidi del lavoro e il sostegno economico per le famiglie che hanno a carico minori portatori di *handicap*.

Il «Piano di interventi a favore dell'infanzia e dell'adolescenza 2000-2001»²⁹ (L. 285/97) prevede il riconoscimento del diritto di cittadinanza dei minori; l'eliminazione o la riduzione delle carenze personali, familiari o sociali che impediscono la costruzione di un'adeguata personalità, lo sviluppo armonico dell'identità personale e sociale e una reale autonomia personale; la lotta all'esclusione nell'ordine di riparare le situazioni di particolare disagio dei minori; la partecipazione alla vita sociale, le pari opportunità, lo sviluppo della cultura e dell'istruzione; la salute e il benessere; la protezione e l'integrazione dei bambini stranieri; il contrasto e la prevenzione dei fenomeni di tossicodipendenza, criminalità minore, violenze sessuali, pedofilia, maltrattamenti e abusi, sfruttamento lavorativo; il miglioramento degli ambienti urbani. Secondo gli indirizzi dell'UE, come già accennato, le politiche sociali, economiche e dell'occupazione sono tra loro complementari e lo sviluppo dell'ultima costituisce un elemento fondamentale della lotta all'esclusione sociale. Il «Libro bianco sul

Mercato del lavoro in Italia»¹⁹ individua negli alti tassi di disoccupazione nel Mezzogiorno, nei problemi di carattere generazionale (per i giovani e gli anziani), nella disoccupazione di lunga durata, nelle difficoltà di accesso per le donne e nella diffusione del sommerso i principali nodi critici del mercato del lavoro italiano, cui intende porre rimedio



con una strategia che combini azioni di contesto, per l'allargamento della base produttiva e l'innalzamento della produttività, l'introduzione di flessibilità tramite la riforma nel mercato del lavoro e la fuoriuscita dal sommerso. Il sistema delle politiche dovrà essere basato non più sul singolo posto di lavoro, ma sull'occupabilità e sul mercato, spostando le tutele dalla garanzia del posto di lavoro all'assicurazione di una piena occupabilità durante tutta la vita lavorativa. Le azioni proposte sono finalizzate a favorire l'incontro domanda-offerta, la concorrenza fra pubblico e privato, l'efficienza della transizione scuola-lavoro-formazione, la riforma degli ammortizzatori sociali, del rapporto di lavoro e del sistema della contrattazione collettiva, la riduzione del carico fiscale e contributivo che grava sul lavoro. Il «Piano Nazionale d'Azione per l'Occupazione»³⁰ – il documento di monitoraggio e di orientamento programmatico in cui gli stati dell'UE danno conto dei propri interventi, dei risultati e dei progetti futuri – riprende le indicazioni del libro bianco e si fonda su alcune specifiche strategie legate allo sviluppo infrastrutturale, agli incentivi fiscali, alla maggiore flessibilità, allo sviluppo degli interventi di formazione continua. Oltre a quanto riportato nel libro bianco, sono considerate misure per combattere le discriminazioni nell'ambiente di lavoro e per favorire l'inclusione nel medesimo, in particolare riguardo alla condizione femminile. Essenziale per la risoluzione dei problemi di qualità e quantità dell'occupazione è il superamento del ritardo dello sviluppo economico delle regioni meridionali. Nel Centro-Nord le politiche sono invece più orientate ad innalzare i livelli di formazione dei giovani e degli adulti, ad accrescere i livelli di attività e di occupazione delle donne, a promuovere l'invecchiamento attivo e la sicurezza sul lavoro, a contrastare fenomeni di carenza di manodopera, a sostenere la mobilità interregionale e a favorire l'inserimento dei lavoratori extracomunitari. Il documento afferma che lo sforzo verso la valutazione vera e propria delle politiche per l'impiego confligge con la perdurante indisponibilità di indicatori di prevenzione richiesti

per il processo di attuazione del piano e dalla mancata implementazione del sistema informativo unitario. In questo ambito è stato però avviato il confronto del numero dei beneficiari coinvolti dalle singole misure in relazione alle popolazioni di riferimento, identificate di volta in volta nei lavoratori disoccupati o in quelli che hanno trovato un'occupazione negli ultimi 12 mesi. Tale confronto ha evidenziato la crescente copertura delle politiche attive nei confronti della popolazione in cerca di occupazione, con il 57% dei disoccupati coinvolti negli interventi, al netto della formazio-

ne professionale. La pervasività delle politiche attive è particolarmente elevata tra i giovani, mentre molto meno coperti sono i disoccupati più anziani; è stato stimato che la probabilità per gli occupati a termine di essere occupati (a termine o a tempo indeterminato) dopo dodici mesi è crescente nel tempo: nel biennio 2000-2001 più dell'85% degli occupati a termine risulta essere occupato a 12 mesi di distanza, con un miglioramento di circa 10 punti rispetto alla metà degli anni novanta.³¹ Considerando le componenti principali di tali politiche, sul piano delle diseguaglianze di salute è ipotizzabile un impatto derivato dalla compresenza di una molteplicità di forme di rapporto di lavoro diverso e dalla discontinuità di queste forme nel corso della vita lavorativa.

La riforma delle pensioni (L.335/95) è uno dei pochi esempi di politica che ha tenuto conto delle differenze di salute: infatti, in considerazione delle diverse aspettative di vita connesse alle diverse professioni esercitate, la legge ha previsto la riduzione di un anno della durata della carriera lavorativa per alcune categorie di addetti a lavori considerati «usuranti» (L.449/97).

Le politiche sui trasporti possono avere un impatto sulle diseguaglianze di salute sia a livello territoriale, sia riducendo gli incidenti stradali, sia promuovendo stili di vita salutari. Il «Piano generale dei trasporti»³² (PGT) agisce riguardo agli obiettivi di diminuzione dei livelli di inquinamento ambientale e di incremento dei livelli di sicurezza del trasporto. I costi ambientali del trasporto si riferiscono ad impatti macro (aree territoriali di ampia dimensione; contributo dei trasporti alle emissioni e all'alterazione del clima, inquinamento transfrontaliero) e impatti territorialmente localizzati in prossimità dei corridoi infrastrutturali (inquinamento dell'aria, rumore, effetto di barriera, danni al paesaggio, rischi per la stabilità dei suoli e per l'inquinamento delle acque superficiali e profonde). Il modo che genera maggiori esternalità è quello stradale ed il contesto in cui le esternalità sono più gravi è quello delle aree urbane dense, per la concentrazione di traffico altamente inquinante e della popolazione esposta alle esternalità. Per il raggiungimento di entrambi gli obiettivi il PGT persegue diverse strategie: incentivazione del riequilibrio modale soprattutto in ambito urbano, dove si produce la grande maggioranza dei veicoli-km con elevati livelli di congestione ed inquinamento; stimolo all'efficienza energetica del parco circolante; diffusione di veicoli a basso impatto, sviluppo della mobilità ciclistica; programmi di risanamento atmosferico acustico e paesaggistico delle infrastrutture esistenti; programmi per garantire il rispetto del codice della strada e interventi di messa in sicurezza delle strade urbane ed extra-ur-



bane, riduzione della disomogeneità dei servizi nelle diverse aree del paese, della congestione delle strade e delle ferrovie su alcune direttrici critiche e nei nodi attorno alle principali aree metropolitane; sviluppo dei traffici merci sulle medie-lunghe distanze con modalità di trasporto più sostenibili rispetto a quella stradale (trasporto di cabotaggio, combinato strada-rotaia, incentivazione all'uso della ferrovia per il trasporto dei rifiuti e delle merci pericolose). Gli investimenti infrastrutturali saranno indirizzati allo sviluppo di un sistema di reti fortemente interconnesso in cui sia favorita la complementarità tra le diverse modalità. La stima degli impatti potenziali del PGT porta a concludere che l'adozione tempestiva ed efficace delle misure proposte permette di raggiungere, per il 2010, l'obiettivo (massimo) di stabilizzare i livelli di emissione di CO₂ rispetto al 1990.

La riforma fiscale, pur non essendo una politica sociale, può avere un impatto sulle diseguaglianze economiche della popolazione. Essa prevede la semplificazione dell'assetto tributario con la riduzione delle imposte esistenti in cinque principali forme di tassazione. Di queste, l'imposta sulle persone fisiche prevede le due sole aliquote del 23% e del 33% (per i redditi superiori a 100.000 euro) accompagnate da un sistema di deduzioni discendenti al crescere del reddito.³³ Nelle sperimentazioni considerate al successivo paragrafo dedicato agli interventi *downstream*, il sistema deduttivo non risulta aver avuto risultati positivi come misura di contrasto alla povertà ed inoltre lo sgravio previsto di 227 euro all'anno non dovrebbe modificare in maniera sostanziale le condizioni di vita dei contribuenti. A fronte di ciò, la riduzione degli incassi da parte dell'erario potrebbe peggiorare in modo sensibile lo stato e la dinamica della finanza pubblica,³⁴ con conseguenti ricadute sulla riduzione di risorse per l'offerta di servizi.

Infine, si può citare una serie di interventi rivolti a specifiche fasce marginali di popolazione, i cui obiettivi generali sono il recupero e l'integrazione sociale, e che pertanto potrebbero portare alla riduzione di alcune condizioni di estremo svantaggio. Gli interventi per i tossicodipendenti sono governati tramite un fondo nazionale per la droga, che ha finalità di prevenzione, cura, recupero e integrazione sociale – in particolare tramite il reinserimento lavorativo – ed è gestito a livello regionale. È inoltre da considerare l'intervento dei fondi comunitari che prevede azioni verticali specifiche su categorie di soggetti deboli; azioni trasversali su fenomeni quali famiglie in difficoltà, povertà, microcriminalità, sfruttamento minorile e femminile; azioni integrate a livello territoriale (aree periferiche urbane, aree rurali, comuni marginali). Gli obiettivi

perseguiti sono il reinserimento della popolazione socialmente esclusa o a rischio di esclusione nel mondo del lavoro attraverso azioni di motivazione, orientamento e formazione; la realizzazione di servizi per l'inserimento lavorativo e la creazione di lavoro autonomo e cooperativo; il sostegno, la promozione, il rafforzamento dei servizi alla persona e alla comunità. Per i detenuti sono in corso interventi per il recupero ed il reinserimento principalmente tramite il potenziamento dell'istruzione, dalla scuola dell'obbligo ai corsi universitari, e del lavoro, offrendo maggiori possibilità di accesso. Per gli immigrati sono previste politiche di accoglienza, integrazione, inserimento formativo e professionale e di supporto; particolare attenzione è posta verso le donne immigrate clandestinamente e vittime dello sfruttamento sessuale (L.286/1998).

Il ruolo delle politiche di area

Riguardo alle disegualità territoriali, l'attenzione ai problemi economici del Mezzogiorno e delle altre aree depresse del paese si è accentuata nel corso del 1998 con l'elaborazione di una politica ordinaria di interventi denominata «nuova programmazione»³⁵ e incentrata sulla drastica riqualificazione degli investimenti pubblici e sullo strumento del «Programma comunitario dei fondi strutturali 2000-2006».³⁶ Nel «Documento di Programmazione Economica Finanziaria 2000-2003»³⁷ l'obiettivo della crescita nel Mezzogiorno a partire dal 2004 a tassi significativamente superiori a quelli europei assume una valenza nazionale. Il programma è stato approvato dalla Commissione europea nel «Quadro comunitario di sostegno per le regioni italiane dell'obiettivo 1 2000-2006»³⁸ (QCS) che vuole contribuire a determinare una discontinuità positiva rispetto al passato sia nelle tendenze delle principali variabili economiche, sia nei comportamenti degli operatori.³⁹ Gli obiettivi dell'azione di sostegno dell'UE sono di promuovere lo sviluppo e l'adeguamento strutturale delle regioni che presentano ritardi nello sviluppo, favorire la riconversione economica e sociale delle zone con difficoltà strutturali e incoraggiare l'adeguamento e l'ammodernamento delle politiche e dei sistemi di istruzione, formazione e occupazione. I criteri di ripartizione dei fondi indicati dall'UE – la popolazione residente, la prosperità e la gravità dei problemi strutturali, con esplicito riferimento alla disoccupazione – sono stati integrati con il deficit infrastrutturale, l'insularità e la dimensione ridotta dell'area. Fanno parte dell'obiettivo 1 le regioni il cui prodotto interno lordo (PIL) pro capite, misurato sulla base degli standard del potere d'acquisto e calcolato con riferimento ai dati comunitari disponibili degli ultimi tre anni (al 26 marzo 1999), è inferiore al 75% della media comunitaria (Basilicata, Calabria, Campania, Puglia, Sardegna, Sicilia e Molise in sostegno transitorio). Il QCS comprende un periodo di programmazione di 7 anni (2000-2006) e un periodo di attuazione di 9 anni (2000-2008).

Le politiche europee in favore delle regioni in ritardo di sviluppo si fondano sul principio della coesione economica e sociale e affermano che obiettivo dell'azione comunitaria è tener conto delle esigenze della tutela ambientale, contribuire ad eliminare le ineguaglianze e promuovere la parità tra uomini e donne. Obiettivo del QCS è quindi il riequilibrio, rispetto alle altre zone del paese e dell'Europa, delle aree caratterizzate da bassi tassi di attività, elevata disoccupazione, ampia diffusione del lavoro sommerso, elevate differenze di reddito pro capite rispetto alla media europea. Il suo intervento è centrato sullo sviluppo del contesto economico e sociale delle zone al fine di conseguire i suoi due principali macroobiettivi:

- conseguire entro il 4° anno del settennio 2000-2006 un tasso di crescita del Mezzogiorno significativamente superiore a quello dell'Unione Europea;
- ridurre drasticamente il disagio sociale.

Il QCS intende creare le condizioni per una decisa inversione di tendenza delle dinamiche della società meridionale. Gli interventi devono indurre un salto qualitativo nella produttività totale dei fattori (il capitale fisico, umano e di conoscenza) e innescare un processo di sviluppo, di attrazione di investimenti privati e di valorizzazione delle risorse territoriali. Il programma di investimenti mira quindi a sospingere la crescita agendo sul contesto migliorando la redditività degli investimenti privati e incrementandone il volume. Il programma si integra nella politica nazionale per il Mezzogiorno che comprende la contestuale attuazione di alcune politiche trasversali: il rafforzamento della concorrenza nei mercati di beni e servizi; la flessibilità e la maggior efficienza del mercato del lavoro; il miglioramento di efficienza della pubblica amministrazione; il sostegno alle politiche di internazionalizzazione. La valutazione *ex ante* dei risultati mostra che nello scenario tendenziale (senza intervento) il ritmo di crescita rimane positivo, anche se moderato, con un tasso di variazione del PIL del 2,4% alla fine del periodo. Con gli interventi programmati, sia nello scenario con esternalità alte, sia in quello con esternalità basse, viene raggiunto l'obiettivo generale di un tasso di crescita del Mezzogiorno significativamente superiore a quello medio osservato a livello dell'UE. Nel periodo di programmazione, l'incremento del PIL oscilla complessivamente, a seconda degli scenari, tra il 13% e il 38%. Per quanto riguarda l'occupazione, il tasso medio annuo di variazione passerebbe dallo 0,8% senza intervento al 3,1% nello scenario più ottimistico. Il tasso di disoccupazione passerebbe dall'attuale 22,8% al 20,5% nello scenario tendenziale e al 13,1% nello scenario con esternalità alte.

Nell'ambito delle politiche sociali di livello regionale è stata effettuata una ricerca tramite la consultazione dei siti web regionali (www.regioni.it) allo scopo di reperire documentazione pertinente la valutazione d'impatto dei piani regionali. Non essendo stato rintracciato materiale di questo

genere, è stato selezionato un documento prodotto dalla Regione Emilia Romagna, che contiene una valutazione di processo specifica per settore d'intervento, che più si avvicina all'obiettivo desiderato. Il primo rapporto «Le politiche sociali in Emilia Romagna»,⁴⁰ precede, come strumento di valutazione, la legge regionale del 2003⁴¹ con la quale è stata recepita ed articolata la L.328/2000. Non si tratta ancora di una valutazione d'impatto, per la quale sarà necessario attendere, secondo la programmazione prevista, cinque anni; ciò nonostante il rapporto contiene un'analisi di tipo organizzativo delle politiche messe in atto negli ultimi trenta anni (minori, anziani, disabili, accoglienza, integrazione sociale) che possono essere indicate come modelli di buone prassi.

Un buon esempio è costituito dalle politiche sociali ed educative indirizzate ai minori, suddivise in socioassistenziali – finalizzate alla prevenzione, al trattamento e al superamento delle situazioni a rischio di emarginazione, di disagio, di disadattamento e di devianza – e socio-educative – riguardanti la crescita e lo sviluppo globale della persona. Le politiche del primo tipo, sono state caratterizzate da una forte spinta verso la deistituzionalizzazione dei minori in carico a strutture pubbliche, privilegiando le famiglie naturali, adottive o affidatarie e, in alternativa, la collocazione in comunità residenziali. Queste misure sono state accompagnate da interventi socioeducativi territoriali, assistenza domiciliare, aiuto economico, scolarizzazione, formazione professionale, attività ricreative, culturali e sportive. Riguardo all'affidamento familiare, sono state introdotte due strutture di coordinamento ed integrazione degli interventi: la prima, «l'*équipe* centralizzata», con compiti di promozione, di formazione, di supervisione, di raccolta dati e realizzazione di reti familiari e strutture di pronta accoglienza; e la seconda, «l'*équipe* territoriale», con compiti attuativi, di individuazione dei minori a rischio, di elaborazione, gestione e verifica dei progetti intervento. Nel campo delle politiche socioassistenziali per i minori, un ruolo centrale è svolto dalle ASL e dai Distretti e solo il 30% dei Comuni gestisce direttamente questi servizi. È relativamente contenuta la loro diffusione sul territorio: i centri diurni sono presenti nel 42% dei Comuni; le comunità socio-residenziali nel 26%. Le politiche socio-educative si sono sviluppate in base ad un approccio innovativo il cui obiettivo non è stato limitato al ruolo di supplenza rispetto alla famiglia, ma esteso ad una modalità che ha coniugato l'aspetto della cura con quello prettamente educativo e di socializzazione. Lo sviluppo dei servizi per l'infanzia ha assunto inoltre un ruolo promozionale per le famiglie, offrendo maggiori opportunità alle donne di inserimento lavorativo. Alcuni dei cardini della politica sono stati la flessibilizzazione, articolazione, personalizzazione e differenziazione dell'offerta di servizi ed il radicamento sul territorio. Molto elevato è stato l'investimento effettuato nel settore dei nidi: in Italia gli iscritti ai nidi so-

no circa il 6% dei potenziali utenti che usufruiscono di 141 giornate di apertura del servizio in un anno, a fronte del 19,6% di iscritti in Emilia Romagna per 212 giornate di apertura. Nuove tipologie di intervento sono rappresentate dai centri gioco, gli spazi per la lettura ed i centri per le famiglie con bambini (centri di informazione, reperimento e coordinamento di risorse, iniziative di auto-aiuto). Sono stati inoltre creati dei servizi integrativi al nido, quali i centri di accoglienza, socialità e gioco per bambini e di incontro e comunicazione per genitori, gli spazi di educazione e socializzazione per bambini e l'educatore familiare. Quest'ultimo servizio «si realizza tramite l'accordo tra alcune famiglie con bambini di età inferiore ai tre anni che decidano di mettere a disposizione uno dei loro domicili... per l'affidamento in modo stabile e continuativo a educatori» (L.R. n. 1/00). Per assicurare l'integrazione degli interventi è stata inoltre istituita la figura del coordinatore pedagogico. La rete dei servizi per l'infanzia risulta strutturata e capillarmente diffusa sul territorio: il 91% dei Comuni sono dotati di asili nido, l'82% ha introdotto la figura del coordinatore pedagogico e il 66% ha attivato servizi integrativi al nido. Sono state incontrate difficoltà di radicamento sul territorio degli interventi in particolar modo nei Comuni di piccole dimensioni. La valutazione dei servizi per i minori evidenzia uno sbilanciamento dell'attenzione nell'area dell'infanzia – nonostante la perdurante presenza di consistenti liste d'attesa – a scapito dell'area dei minori.

Spostandoci nell'ambito delle attività di pianificazione per obiettivi di salute della Regione Emilia-Romagna, sono da segnalare i «Piani per la salute».⁴² Tramite questa iniziativa, viene proposta una politica per la salute basata su di un approccio innovativo in campo metodologico, ampliando i confini della partecipazione alle decisioni, ed eziologico, valorizzando il ruolo dei determinanti sociali, quindi focalizzando l'attenzione sul contesto comunitario nel processo di definizione della salute. Nei piani per la salute, quest'ultima viene progettata a livello locale sulla base della struttura demografica, della situazione epidemiologica e socioeconomica del territorio, che viene definito non sulla base dei confini amministrativi, ma della rilevanza dei problemi di salute. Il ruolo di responsabilità è affidato principalmente ai Comuni – con il supporto tecnico delle ASL – che stimolano lo sviluppo dei piani e svolgono un ruolo di coordinamento delle attività. I principali attori dei piani sono le organizzazioni assistenziali, le scuole, i servizi sanitari privati, le confederazioni industriali, le organizzazioni sindacali, il terzo settore, il mondo della cultura e dell'informazione e i cittadini. I problemi di salute sui quali sono costruiti gli obiettivi dei piani sono differenziati: dalle emergenze di malattia, a quelle relative ad obiettivi specifici o che hanno una particolare rilevanza sociale e dipendono dalla sensibilità manifestata dagli attori nel corso della consultazione locale.

giorno, ha fornito risultati positivi consentendo di individuare e contenere situazioni di grave disagio, di definire criteri oggettivi per l'accesso all'assistenza, di suggerire criteri per riorganizzare le politiche sociali locali, di sviluppare atteggiamenti attivi, di contenere l'evasione scolastica e di integrare la formazione degli adulti, di sanare situazioni di morosità, di migliorare le abitudini alimentari, di offrire sbocchi lavorativi – ove il mercato del lavoro lo consentisse, di ridurre i fenomeni di microcriminalità, di recuperare dignità ed autostima per le persone e le famiglie coinvolte. In sostanza, «il RMI è riuscito a proporsi come misura affidabile di contrasto della povertà e dell'esclusione sociale».⁴⁵ Tra gli altri strumenti, l'assegno per i nuclei a basso reddito con almeno tre figli minori ha contribuito a ridurre in modo parziale la povertà delle famiglie cui era destinato, mentre le detrazioni fiscali per i familiari a carico diversi dal coniuge si sono rivelate una forma inefficace, in particolare per i più poveri. L'assegno di maternità, rivolto alle donne prive di tutela, ha fornito loro un sostegno economico, pur se limitato alla durata di cinque mesi.

Nel campo delle politiche per l'occupazione, gli interventi prioritari sono sia di carattere diretto, rivolti alle categorie maggiormente a rischio di esclusione sociale (donne, giovani, anziani, disoccupati), sia di carattere indiretto, come il potenziamento dei servizi di cura all'infanzia nella società e nei luoghi di lavoro, al fine di conciliare le responsabilità di lavoro e familiari e combattere forme occulte di esclusione sociale. È da segnalare in questo ambito la recente approvazione dell'intesa sugli standard minimi organizzativi per i micro-nidi nei luoghi di lavoro, quali strutture destinate alla cura e all'accoglienza dei figli dei dipendenti.⁴⁵ La legge sui congedi parentali consente di estendere il periodo di congedo complessivamente disponibile ai genitori, favorendo il congedo del padre, riconosce incentivi per le aziende che promuovono orari di lavoro flessibili e rafforza l'assegno per i nuclei familiari. Per la promozione diretta dell'imprenditorialità, di cui beneficiano i soggetti con difficoltà occupazionali, lo sportello unico per le attività produttive è attivato allo scopo di semplificare i rapporti tra pubblica amministrazione e imprese. Gli strumenti agevolativi sono attivi su tutto il territorio nazionale, con l'intento esplicito di garantire la prosecuzione del «prestito d'onore» istituito nel 1996 che si è rivelato essere lo strumento di incentivo più ampio in termini di copertura e ha mostrato una costante crescita del numero di donne che lo hanno utilizzato. Tra gli strumenti per la promozione dello sviluppo locale rientrano i «patti territoriali» caratterizzati dal cofinanziamento pubblico di un progetto integrato definito da una pluralità di attori locali, pubblici e privati. È inoltre stata avviata l'iniziativa del Ministero del lavoro con fondi CIPE nel 2001 a sostegno dell'economia sociale volta in particolare a favorire il trasferimento di *know-how* dalle realtà più

evolute a quelle dove l'economia solidale ha meno tradizione. Gli strumenti per la programmazione negoziata (i patti territoriali, i contratti d'area, gli accordi di programma, i contratti di quartiere, i patti settoriali) hanno rivelato una forte valenza di governo locale e di potenziamento delle iniziative per l'occupazione. Sul fronte delle riduzioni selettive del costo del lavoro, è stata confermata la linea volta a premiare, con una riduzione consistente o addirittura totale degli oneri, l'assunzione di nuovo personale a tempo indeterminato (credito d'imposta). Elemento comune in tutte le regioni è il sostegno all'allargamento delle possibilità occupazionali nell'area dei servizi. Per rafforzare i meccanismi complessivi del sistema di inserimento professionale sono operativi i nuovi «Centri per l'impiego», in sostituzione degli «Uffici di collocamento», che forniscono servizi di orientamento, consulenza e sostegno alle fasce deboli. Il nuovo regolamento sul collocamento prevede la predisposizione dell'elenco anagrafico dei disoccupati e della scheda professionale individuale.

Nel campo del sistema educativo e formativo sono da segnalare la diagnosi individualizzata degli alunni in ingresso e la ridefinizione delle mappe cognitive in funzione delle esperienze e dei contesti di origine degli allievi; percorsi aggiuntivi tramite esperienze integrate scuola-formazione; attività di sensibilizzazione e coinvolgimento nelle attività scolastiche delle famiglie ed in particolare lo sviluppo di infrastrutture di supporto. Queste ultime sono in particolare finalizzate alla prevenzione e alla riduzione della dispersione scolastica ed operano tramite i «Centri risorse contro la dispersione scolastica» (orientamento formativo dei giovani tramite attività di laboratorio) ed i «Centri risorse per l'inclusione e l'integrazione sociale in aree periferiche» (botteghe scuola per l'artigianato, infrastrutture informatiche e telematiche, strutture per la socializzazione). Per rafforzare gli strumenti finalizzati alla formazione continua e al rientro degli adulti nel sistema formale dell'istruzione sono stati istituiti oltre cinquecento centri permanenti.

Gli interventi per gli anziani prevedono un aiuto alle famiglie che hanno persone non autosufficienti tramite l'assistenza domiciliare integrata, costituita da un insieme di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, socioassistenziali rese a domicilio dell'anziano, secondo piani individuali di assistenza finalizzati al recupero o al mantenimento dell'autonomia personale e sociale. Gli interventi comprendono anche centri diurni per coniugare il sollievo alle famiglie e l'offerta di attività riabilitative, ricreative, di socializzazione per le persone non autosufficienti; ospitalità temporanea nelle strutture residenziali al fine di risolvere urgenti necessità familiari. Per il sostegno diretto agli anziani è previsto inoltre l'aumento delle pensioni sociali, delle pensioni minime, delle detrazioni fiscali, bonus e incentivi al lavoro.

Bibliografia

1. Blane D, Brunner E & Wilkinson R. *Health and Social Organization*. London and New York, Routledge, 1996.
2. Acheson D. *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report*. London. The Stationery Office, 1998.
3. Marmot M & Wilkinson RG (ed). *Social determinant of Health*. Oxford. Oxford University Press, 1999.
4. Kelman S. The Social Nature of the Definition Problem in Health. *Int J Health Serv* 1975; 5:625-642.
5. Cavicchi I. *Salute e federalismo. Forma e contenuti dell'emancipazione*. Torino, Bollati Boringhieri, 2001.
6. Unione Europea. *Consiglio Europeo di Lisbona*. Conclusioni della Presidenza, 3-24/03/2000, <http://ue.eu.int/Newsroom/>
7. Commission of the European Communities. Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. *Social Policy Agenda*, COM(2000) 379 final, Brussels, 28/06/2000.
8. Unione Europea. *Consiglio Europeo di Barcellona*. Conclusioni della Presidenza, 15-16/03/2002. <http://ue.eu.int/newsroom/makeFrame.asp>.
9. ISTAT. La povertà in Italia nel 2001. *Note rapide* 2002; n. 2.
10. ISTAT. La povertà in Italia nel 2000. *Note rapide* 2001; n. 3.
11. ISTAT. La povertà in Italia nel 1999. *Note rapide* 2000; n. 5.
12. Ministero del Welfare. La povertà in Italia nel 1998. *Documenti del notiziario* 1999.
13. D'Alessio G, Signorini LF, Disuguaglianza dei redditi individuali e ruolo della famiglia in Italia. *Temì di discussione del Servizio Studi* 2000; Banca d'Italia, n.390.
14. Banca d'Italia. I bilanci delle famiglie italiane nell'anno 2000, Supplementi al Bollettino Statistico. *Note metodologiche e informazioni statistiche* 2002; n.6.
15. Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali. *Libro bianco sul welfare. Proposte per una società dinamica e solidale*. Roma, Febbraio 2003, <http://www.affarisociali.it/default.htm>.
16. Unione Europea. *Consiglio Europeo di Nizza*. Conclusioni della Presidenza. 7-9/12/2000, <http://ue.eu.int/Newsroom/LoadDoc>.
17. Commission of the European Community. Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. *Mid term review of the Social Policy Agenda*. Com(2003) 312 final, Brussels, 02/06/2003.
18. Unione Europea. *Consiglio Europeo di Amsterdam*. Conclusioni della Presidenza. 16-17/06/1997, <http://ue.eu.int/newsroom/LoadDoc>.
19. Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali. *Libro bianco sul Mercato del lavoro in Italia. Proposte per una società attiva e per un lavoro di qualità*. Roma, Ottobre 2001, <http://www.affarisociali.it/default.htm>.
20. Parlamento Italiano. *Legge 8 novembre 2000, n.328 - Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*. <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/home.htm>.
21. Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali. *Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003*. Aprile 2001, <http://www.affarisociali.it/documentazione/default.htm>.
22. Presidenza del Consiglio dei Ministri. *L'attuazione del Programma di Governo (2001-2003)*. giugno 2003, <http://www.governo.it/Governo/attuazione/index.html>.
23. Presidenza del Consiglio dei Ministri. *Riforma del Titolo V della Costituzione* - Schema di Disegno di legge Costituzionale «Nuove modifiche al Titolo V, parte seconda, della Costituzione. 11/04/2003. http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/federalismo_cost/index.html.
24. Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome, 16 ottobre 2002, <http://www.ilssole24ore.com/>.
25. Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali. *Piano nazionale per l'inclusione 2001*, <http://old.minwelfare.it/main/AreaPoverta/esc-documentazione.asp>.
26. Benassi D. *Rapporto per la Commissione di Indagine sull'Esclusione Sociale 2001*. 2002, <http://old.minwelfare.it/main/AreaPoverta/politicheNazionali.asp>.
27. Ministero della Pubblica Istruzione-Direzione Generale Scambi culturali. *Programma operativo nazionale 2000-2006. Valutazione ex-ante*, http://www.istruzione.it/fondistrutturali/allegati/ex_ante.pdf.
28. Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali. *Piano di azione del Governo per le politiche dell'handicap 2000-2003*, <http://www.affarisociali.it/area-di-in-teresse/sociali/handicap/documenti/default.htm>.
29. Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento degli Affari sociali-Osservatorio per l'infanzia e l'adolescenza. *Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva 2000-2001* 2000.
30. Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali Piano Nazionale d'Azione per l'Occupazione 2002. Giugno 2002, <http://www.affarisociali.it/documentazione/default.htm>.
31. Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali. Monitoraggio delle politiche occupazionali e del lavoro. n. 1/2002, Nota di aggiornamento, luglio 2002, <http://www.affarisociali.it/default.htm>.
32. Ministero delle infrastrutture e dei trasporti. Piano generale dei trasporti. 1999, <http://www.trasportinavigazione.it/site.asp?IdDoc=37>.
33. Governo Italiano. La riforma fiscale, http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/riforma_fiscale/novita.html
34. Deaglio M. Sgravi privati e pubblici equilibri. *La Stampa*, 01/10/2002.
35. Ministero dell'Economia e delle Finanze - Dipartimento per le Politiche di sviluppo. Documenti programmatici 1998-2000 - Mezzogiorno, <http://www.tesoro.it/web/ML.asp>.
36. Commissione Europea, *Riforma dei Fondi strutturali 2000-2006*, Giugno 1999, <http://212.24.19.67/FSE/Documentazione/Fondi%20strutturali%202000-2006%20analisi%20comparata.pdf>
37. Consiglio dei Ministri, *Documento di programmazione economico-finanziaria relativo agli anni 2000-2003*, 30/06/1999, <http://www.tesoro.it/Documentazione/AreeDoc/DPEF/2000-2003/Dpof2000-2003.pdf>
38. Ministero dell'Economia e delle Finanze. Quadro comunitario di sostegno per le regioni italiane dell'obiettivo 1 2000-2006. Agosto 2000, http://www.tesoro.it/Documentazione/QCS/Testo_del_QCS.pdf.
39. Ministero dell'Economia e delle Finanze. QCS 2000-2006. P.O. assistenza tecnica e azioni di sistema - Piano di comunicazione, Roma, Luglio 2001, http://www.tesoro.it/web/docu_indici/QCS/articolazione.htm#programmi.
40. Regione Emilia Romagna (a cura di Ascoli U, Barbagli M, Cossentino F, Ecchia G.). *Le politiche sociali in Emilia Romagna*. Torino, Rosenberg & Sellier, 2001.
41. Regione Emilia Romagna. *Legge 12 marzo 2003, n. 2 - Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*, <http://consiglio.regione.emilia-romagna.it/norme/Leggi/097-ogg2319-2924-servizi%20sociali.pdf>.
42. http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/aree/salute_amb/pps/index_intro.htm.
43. Parlamento Italiano. Legge 23 dicembre 1998, n.448, art. 71, Piano straordinario di interventi per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani.
44. Commissione d'indagine sull'esclusione sociale (a cura di C. Saraceno), *Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale 1997-2001*, Carocci, Roma, 2002.
45. Delibera della Conferenza Unificata sugli Standard minimi organizzativi dei micro-nidi nei luoghi di lavoro 14/04/2003 - art. 70, comma 5, L.28/12/2001, n. 448 (Finanziaria 2002) http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/micro_nidi/index.html.

2. I determinanti sanitari Health care determinants

Teresa Spadea

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

Il ricorso all'assistenza sanitaria di una popolazione è determinato da diversi fattori che possono incidere sia sulla domanda sia sull'offerta di prestazioni. Tra i primi rientrano le caratteristiche demografiche, lo stato di salute e le condizioni socioeconomiche e culturali; tra i secondi vi sono i fattori legati all'accessibilità dei servizi e alla qualità della diagnosi e dell'assistenza.

Il ruolo dell'accesso alle cure, e di come i fattori sociodemografici possano interagire con questo, è stato finora spesso omesso o ritenuto trascurabile nella spiegazione delle cause delle differenze sociali nella salute, che hanno teso a concentrarsi soprattutto su fattori non sanitari (vedi capitolo 1), quali le differenze nell'esposizione ai rischi comportamentali, professionali o ambientali, le condizioni di vita materiali, i fattori psicologici, i condizionamenti operanti nei primissimi anni di vita.

In realtà, anche nel nostro paese, sono sempre più spesso documentati svantaggi sociali sia nell'accesso alla prevenzione primaria e alla diagnosi precoce, sia nell'accesso a cure tempestive e appropriate. Nell'ambito dei percorsi clinici individuali che precedono o seguono la comparsa di una patologia, esistono infatti diversi punti critici che possono concorrere alla generazione di diseguaglianze sociali: innanzi tutto, forti differenziali possono avere origine già in fase di insorgenza di una malattia, se non è garantita una capillare di-

stribuzione dei servizi di prevenzione, in grado di coprire tutte le fasce di popolazione; in seguito, nella fase che va dalla comparsa dei sintomi al primo contatto con una struttura assistenziale, è necessaria la massima tempestività nella richiesta di assistenza per garantire prognosi più favorevoli; successivamente subentrano i problemi legati al riconoscimento della patologia e quindi all'appropriatezza della diagnosi e della terapia; ed infine, i migliori risultati in termini di efficacia si ottengono dal prodotto concomitante di un buon trattamento clinico ed una buona adesione alla terapia (*compliance*) da parte del paziente, generalmente favorita quando è più alta la percezione della qualità delle cure e quindi il livello di soddisfazione del paziente.

In sintesi, un buon sistema di monitoraggio delle diseguaglianze sociali nella salute più direttamente correlate all'azione del sistema sanitario dovrebbe mantenere sotto sorveglianza tutti gli aspetti relativi all'offerta equa ed appropriata di servizi di prevenzione, diagnosi ed assistenza; all'educazione sanitaria mirata soprattutto a diffondere la conoscenza dei comportamenti preventivi più efficaci, dei servizi disponibili sul territorio e della migliore gestione dei propri sintomi; ed infine, non meno importante ai fini dell'efficacia delle cure, al livello di soddisfazione del paziente nei confronti del proprio rapporto con le strutture sanitarie e della qualità dell'assistenza ricevuta.

2.1

La prevenzione primaria e la diagnosi precoce

Primary prevention and early diagnosis

Teresa Spadea

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

Messaggi chiave

- Esiste in Italia un gradiente geografico marcato, a scapito delle regioni meridionali, nella copertura dei principali interventi di prevenzione primaria e secondaria, quali le vaccinazioni infantili e i programmi di *screening* per i tumori femminili.
- L'adesione spontanea ai programmi di prevenzione nella popolazione risulta generalmente a vantaggio delle persone più istruite e di classe sociale alta, che traggono maggiore beneficio dai messaggi di educazione sanitaria; per contrastare le diseguaglianze sociali che ne deriverebbero sono necessarie azioni mirate a sensibilizzare le classi più svantaggiate.
- La necessità di specifici programmi di prevenzione primaria emerge anche dallo studio della distribuzione socioeconomica del rischio

cardiovascolare: il gradiente sociale osservato nella mortalità per eventi coronarici sembra infatti spiegato dalla maggiore incidenza nelle classi sociali subordinate di eventi avvenuti fuori da una struttura ospedaliera, piuttosto che da una diversa gestione clinica dei casi.

- Il percorso assistenziale ricevuto dalle gestanti durante il periodo della gravidanza, fino al parto e al puerperio, è molto variabile sia sul territorio sia in funzione delle risorse culturali della donna: se da una parte le donne che rischiano di eseguire controlli prenatali insufficienti sono quelle residenti al Sud, più giovani e meno istruite, dall'altra vi è il rischio di eccessiva medicalizzazione tra le donne più istruite, che tendono a richiedere un'assistenza più intensiva, non giustificata dalle condizioni cliniche, ma motivata da un'interpretazione errata della propria sicurezza.

Vaccinazioni infantili

In Italia esiste una forte variabilità geografica nella copertura delle vaccinazioni infantili, soprattutto per le vaccinazioni raccomandate ma non obbligatorie. Un'indagine condotta dall'Istituto superiore di sanità nel 1998 (nota come studio ICONA),¹ ha messo in luce che la copertura a livello nazionale per le tre vaccinazioni obbligatorie è di circa il 95%, con poche oscillazioni regionali; viceversa, per quelle non obbligatorie si riscontrano variazioni tra il 70,5% della Campania e il 97% di Lombardia, Veneto, Friuli-Venezia-Giulia e Umbria nel caso del vaccino anti-pertosse, e addirittura tra il 25,5% della Calabria e l'87,7% dell'Emilia Romagna nel caso del vaccino contro il morbillo. Un'associazione significativa della copertura sul morbillo è stata rilevata con l'età e il livello d'istruzione della madre, con rispettivamente OR = 1,04 (IC 95%: 1,02-1,06) per ogni anno di età, e OR = 1,24 (IC 95%: 1,11-1,40) all'aumentare del titolo di studio, analizzato su cinque livelli; viceversa, la disoccupazione del padre e la presenza di più fratelli maggiori fanno diminuire la probabilità di essere vaccinati (rispettivamente OR = 0,46; IC 95%: 0,31-0,69; e OR = 0,65; IC 95%: 0,57-0,64). Tra i principali ostacoli alla vaccinazione, i genitori riportano la mancanza di informazione adeguata, a sostegno dell'importanza delle campagne d'informazione nell'aumentare il livello di consenso

della popolazione verso le vaccinazioni infantili raccomandate. I dati del 2000 rilevati nell'ambito dell'indagine speciale sulla salute condotta dall'ISTAT suggeriscono un generale aumento della copertura vaccinale per le vaccinazioni non obbligatorie, con ancora importanti differenze geografiche e una forte associazione con il titolo di studio materno.²

Altre indagini hanno confermato come lo stato socioeconomico familiare, e il livello d'istruzione della madre in particolare, siano correlati al possesso di informazioni oggettive e alla percezione soggettiva dell'importanza della vaccinazione infantile, con immediate ripercussioni sull'effettiva somministrazione ai bambini in età prescolare di vaccini opzionali.^{3,4} In questi studi si rileva ancora che l'ordine di nascita del bambino è un forte predittore della copertura vaccinale, con una significativa diminuzione della probabilità di completare correttamente i cicli di vaccinazione all'aumentare del numero di figli.

In uno studio condotto nel Lazio sulla copertura contro il virus da epatite B nella popolazione di bambini e ragazzi che costituivano il bersaglio della prima campagna di vaccinazione obbligatoria, i principali determinanti della variabilità osservata nel completamento del ciclo vaccinale sono invece risultate le caratteristiche organizzative dei servizi sanitari locali.⁵

Salute dentale nei bambini

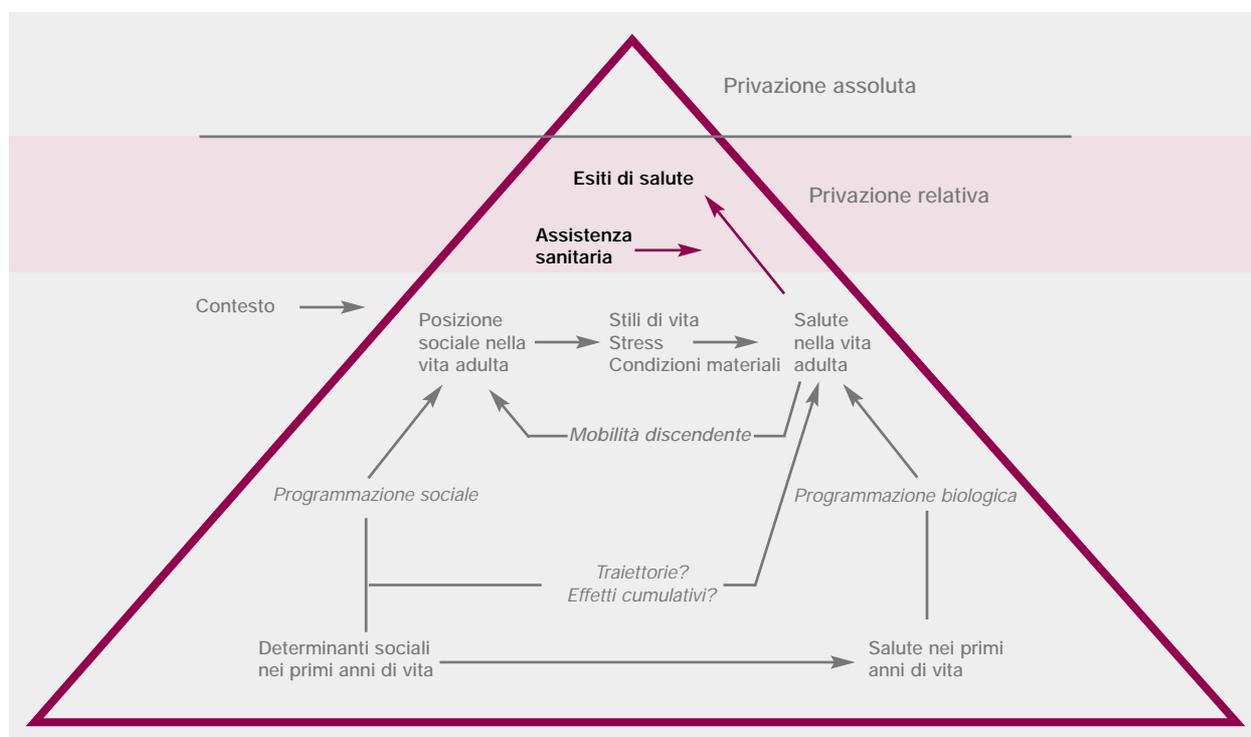
Per quanto riguarda ancora la prevenzione primaria, la ricerca epidemiologica si è spesso rivolta allo studio dell'equità nella salute dentale in età infantile e adolescenziale, quale precoce indicatore di propensione alla disuguaglianza di una specifica società, come documentato dalla coerenza dei risultati di studi condotti in tutto il mondo industrializzato, che hanno costantemente confermato una significativa associazione inversa tra variabili sociali e incidenza di patologie dentali.⁶ Già negli anni ottanta, due studi campionari condotti su bambini delle scuole elementari nelle città di Verona⁷ e Palermo⁸ documentavano una netta tendenza ad avere denti più sani nelle classi sociali più alte, accompagnata da migliori comportamenti alimentari (espressi soprattutto dalla frequenza di merende fuori dai pasti principali e dal loro contenuto di zuccheri) e da una maggiore attitudine verso le visite odontoiatriche. Nello studio veronese, inoltre, la salute dentale dei ragazzi italiani era confrontata con quella di un campione di coetanei danesi; le differenze significative emerse a svantaggio dei bambini italiani erano in gran parte imputate al tipo di trattamento offerto dai diversi sistemi sanitari. Infatti, mentre in Danimarca le cure odontoiatriche pediatriche sono un servizio pubblico che assicura la prevenzione e la terapia a tutti i bambini in età scolare, in Italia l'assistenza è solo in parte svolta da strutture pubbliche, rispetto a una preponderante incidenza dei professionisti privati. L'iniziativa è generalmente a totale carico dei genitori, sia per quanto riguarda l'igiene quotidiana, sia nel sottoporre i figli a periodici controlli, e le differenze tra classi sociali riflettono essenzialmente differenze culturali ed economiche, cui il servizio pubblico non riesce a porre rimedio. In particolare, da un successivo studio comparativo esteso a otto paesi europei,⁹ emerge che le maggiori differenze organizzative dei servizi odontoiatrici nazionali sembrano riguardare i bambini in età prescolare, che sono anche quelli per cui si rilevano le differenze sociali più intense.

A conclusioni largamente in linea con quelle desunte dallo studio veronese sono pervenute alcune ricerche condotte più recentemente, in prevalenza su scala comunale e provinciale.¹⁰⁻¹³ In tutte le indagini si rileva che i bambini di bassa classe sociale fanno minor uso di pratiche dentarie preventive e curative, consumano più cibo dannoso per i denti e hanno una maggiore prevalenza di patologie dentarie, e tutti gli autori concludono con forti raccomandazioni sulla necessità di sviluppare estensivi programmi di educazione rivolti a genitori e bambini in età pediatrica. Inoltre, la situazione non sembra migliorare con il tempo: il confronto tra due campioni di bambini romani analizzati nel 1994 e nel 2000 denuncia la progressiva emarginazione di un piccolo gruppo di bambini svantaggiati, a fronte di un generale dimezzamento della prevalenza della carie nella popolazione complessiva.¹⁴

Fattori di rischio cardiovascolare

Un indicatore indiretto di accesso differenziale alla prevenzione primaria può essere fornito dallo studio della distribuzione socioeconomica dei fattori di rischio cardiovascolare riconoscibili – e quindi contrastabili – attraverso periodici e accurati controlli medici, quali l'ipertensione e l'ipercolesterolemia. Nell'ambito di un progetto coordinato dall'Organizzazione mondiale della sanità sul monitoraggio delle malattie cardiovascolari (WHO Monica Project)¹⁵, sono stati analizzati i *trend* decennali della prevalenza di tali fattori (rilevati nell'arco di un periodo complessivo che andava dal 1979 al 1996) nelle 38 popolazioni incluse nello studio. Le due popolazioni italiane considerate, una in Brianza e una in Friuli, hanno mostrato una generale riduzione dei valori della pressione sistolica, sia negli uomini sia nelle donne, coerentemente con la maggior parte degli altri paesi. Viceversa, i livelli di colesterolo, in diminuzione in quasi tutte le popolazioni, risultavano significativamente aumentati sia negli uomini sia nelle donne della Brianza.¹⁶ Un'analisi più dettagliata degli andamenti temporali in questa popolazione, differenziati in funzione del livello d'istruzione, ha messo in luce profili contrastanti per fattore di rischio e per sesso.¹⁷ In particolare, i decrementi più marcati nei valori della pressione sistolica sono stati riportati nel gruppo con più basso livello d'istruzione, con una conseguente riduzione – e addirittura capovolgimento negli uomini – dello svantaggio iniziale a carico dei meno istruiti. I livelli di colesterolo non hanno invece subito significative variazioni nel tempo negli uomini, mentre nelle donne gli andamenti sono opposti: aumenti significativi si riscontrano nelle due classi di istruzione più alta e una forte diminuzione viene riportata per le meno istruite. Anche in questo caso, dunque, il differenziale iniziale tra le classi si è ristretto lungo il periodo d'osservazione, a testimonianza della potenziale efficacia di interventi di promozione della salute, soprattutto se mirati ai gruppi socioeconomici subordinati. Questi elementi suggerirebbero una futura contrazione dello svantaggio sociale nell'incidenza di malattie circolatorie, ma in realtà contrastano con gli andamenti osservati in altri determinanti cardiovascolari, il fumo e l'obesità, per i quali il rischio delle basse classi sociali è ancora molto elevato e tende ad aumentare, soprattutto nelle donne (vedi capitolo 1.7, Parte I).

Un'altra indagine, condotta nel biennio 1993-94 nell'ambito dello stesso progetto MONICA, è stata centrata sulle differenze sociali nella letalità degli episodi di infarto del miocardio occorsi in uomini residenti in Brianza, e sul peso relativo che la gravità e la gestione clinica dei casi prima e durante l'attacco potessero avere su queste differenze.¹⁸ Lo studio ha messo in luce un crescente tasso di letalità a 28 giorni per livelli decrescenti della classe socio-occupazionale, anche in corrispondenza di diverse definizioni di caso: considerando solo i casi incidenti l'OR di letalità per i lavoratori manuali rispetto ai non manuali è risultato pari a 2,46 (IC 95%: 1,44-3,72), con un *test* per il *trend* tra le clas-



si statisticamente significativo. Tale gradiente sociale è apparso derivare principalmente dalla maggiore incidenza di arresti cardiaci occorsi fuori da una struttura ospedaliera nei gruppi socioprofessionali subordinati, mentre non è stato trovato un significativo supporto empirico all'ipotesi che il trattamento clinico o la qualità delle cure prestate prima e durante l'attacco acuto potessero spiegare le differenze osservate. La necessità di specifici programmi di prevenzione primaria, mirati a ridurre l'incidenza di eventi coronarici che avvengono prima di poter raggiungere un presidio sanitario, è emersa anche dai risultati di uno studio comparativo tra tutte le popolazioni incluse nel progetto MONICA,¹⁹ in cui si è verificato che il maggior contributo al declino dei tassi di mortalità per patologie cardiovascolari nell'ultimo decennio è attribuibile alla riduzione di incidenza piuttosto che alla gestione clinica dei casi, soprattutto tra gli uomini. Per quanto riguarda le donne invece, in diverse popolazioni, tra cui le due italiane, la riduzione di mortalità era spiegata soprattutto dalla riduzione di letalità, a suggerire la presenza di un'ulteriore riserva di salute guadagnabile agendo sui fattori di rischio.

La condizione di particolare svantaggio della popolazione femminile è stata ulteriormente indagata nell'ambito di due progetti di ricerca sviluppati nel Centro-Sud d'Italia, con l'obiettivo di studiare la specifica anomalia che vede le donne meridionali ad alto rischio di morbosità e mortalità cardiovascolare, specialmente nelle classi più povere, contrariamente a quanto avviene per gli uomini, per i quali non si osservano grossi differenziali sociali.²⁰ Le due indagini sono state

condotte, rispettivamente, sulle donne di età compresa tra i 30 e i 69 anni residenti nell'area metropolitana di Napoli (progetto ATENA),²¹ e su uomini e donne tra i 20 e gli 80 anni dell'area rurale della provincia di Latina (progetto MATISS);²² i dati relativi alle due popolazioni femminili sono poi stati analizzati congiuntamente allo scopo di confrontare la prevalenza delle principali condizioni di rischio cardiovascolare e di valutarne i differenziali in funzione del livello di scolarità.²³ I risultati hanno mostrato una prevalenza di donne ipertese ad alto rischio leggermente superiore nell'area rurale che in quella urbana, con una netta diminuzione all'aumentare della scolarità in entrambe le coorti: le percentuali osservate nelle due classi estreme di donne con nessun titolo di studio e di quelle con almeno un diploma superiore erano, rispettivamente, 44,4% e 32,5% nella coorte MATISS e 38,0% e 21,6% nella coorte ATENA. Viceversa, la prevalenza di ipercolesterolemia grave è decisamente più alta nell'area metropolitana di Napoli rispetto a Latina, e tende a crescere nelle donne con titolo di studio più elevato (4,4% vs 7,1% in MATISS e 39,3% vs 47,0% in ATENA). In generale, il confronto tra le due coorti sembra dimostrare che in un paese tradizionalmente a basso rischio cardiovascolare come l'Italia, l'urbanizzazione tende ad associarsi all'aumento del livello di colesterolemia. Ciò potrebbe indicare una tendenza all'abbandono di abitudini alimentari mediterranee a favore di un'alimentazione meno sana: questa ipotesi sarebbe coerente con il risultato controintuitivo – confermato in altri studi a livello nazionale^{24,25} – di un maggior rischio di ipercolesterolemia nelle classi sociali più alte,

che hanno sperimentato prima il passaggio alle nuove abitudini metropolitane. L'aumento dell'ipertensione nelle classi a più bassa scolarità potrebbe essere invece parzialmente spiegato dalla più bassa attenzione delle donne meno istruite verso la propria salute e quindi verso i controlli clinici o l'adozione di trattamenti specifici.

I dati dell'Osservatorio epidemiologico cardiovascolare²⁶ suggeriscono un'altra possibile chiave di lettura, rilevando una forte influenza dell'area geografica di residenza sul gradiente sociale della prevalenza dei fattori di rischio cardiovascolare, soprattutto tra le donne: infatti, mentre al Nord e al Centro si conferma una maggiore frequenza di ipercolesterolemici nelle persone con titolo di studio più elevato, al Sud questa prevalenza è del 41% tra le donne senza alcun titolo di studio, contro il 23% delle laureate; inoltre, il gruppo di donne meno istruite è quello in cui si osserva la maggiore variabilità tra aree, sia per quanto riguarda la prevalenza di alti livelli di colesterolo (25% al Nord, 16% al Centro e 41% al Sud) sia per la prevalenza di ipertensione (51% al Nord, 20% al Centro e 41% al Sud).

Interventi educativi

Agli svantaggi di salute delle classi sociali basse si aggiunge dunque quello derivante dalla particolare resistenza culturale a trarre beneficio dagli interventi preventivi di popolazione, se non accompagnati da specifiche azioni di supporto. È stato per esempio osservato nella valutazione di un intervento educativo mirato a prevenire l'esposizione precoce dei bambini al fumo dei genitori, condotto in una ASL del Piemonte, che la sua efficacia è risultata tre volte maggiore nelle famiglie impiegatizie rispetto a quelle operaie.²⁷ Analogamente, anche in un intervento di prevenzione degli incidenti domestici nei bambini, si è rilevata un'efficacia bassa nel complesso e differenziale per classe sociale.²⁸

Programmi di screening

Molti lavori italiani concorrono inoltre a dimostrare che sia la conoscenza sia la pratica della diagnosi precoce dei tumori femminili (pap-test e mammografia), possibile grazie all'adesione ai programmi di *screening* offerti gratuitamente in diverse regioni, risultano maggiori al Nord e tra le donne più giovani, più istruite e di alta classe sociale.²⁹⁻³² Ciò si verifica nonostante il rischio di tumore della cervice uterina sia più alto tra le donne di bassa classe sociale, che quindi trarrebbero maggiori benefici dalla partecipazione ai programmi di *screening*. Anche all'interno di una popolazione selezionata con un livello di educazione superiore, come in un campione di insegnanti di due cittadine del Centro e Sud Italia,³³ si sono rilevate differenze significative nell'accesso ai *test* per la diagnosi precoce, in funzione dell'età e del reddito familiare; essere state visitate da un medico o da un ginecologo nell'anno precedente l'intervista risulta fortemente associato a un corretto comportamento preventivo, a conferma del ruolo molto im-

portante che possono svolgere i medici nel motivare anche le donne meno informate sull'efficacia dello *screening*. Esistono peraltro esempi di programmi efficaci nel ridurre la selezione all'accesso esistente nell'adesione spontanea, come nel caso dell'introduzione a Torino di uno *screening* di popolazione per il cancro del collo dell'utero, con una ricerca attiva di partecipazione mediante lettera personale: nella fase pilota del programma di *screening*, infatti, né il titolo di studio né la condizione professionale risultavano significativamente associati all'adesione all'invito.³⁴ I dati più recenti sui determinanti del ricorso alla diagnosi precoce per i tumori femminili, rilevati nell'ambito dell'indagine speciale sulla salute condotta dall'I-STAT negli anni 1999-2000,^{2,35,36} mettono di nuovo in evidenza profonde differenze per area geografica, età e livello di istruzione, con percentuali di esecuzione più alte tra le donne del Centro-Nord, nelle classi di età centrale e con almeno un diploma superiore: nell'analisi multivariata che teneva conto di tutte le variabili sociodemografiche, quali la ripartizione geografica, la condizione professionale, l'istruzione e lo stato civile, gli OR di esecuzione del *test* per le donne con solo la licenza elementare rispetto a quelle con la laurea erano 0,49 (IC 95%: 0,45-0,53) per la mammografia e 0,40 (IC 95%: 0,36-0,44) per il pap-test.³⁵ La disomogeneità riguarda anche la periodicità di ricorso allo *screening*, con un chiaro eccesso di utilizzazione da parte di gruppi selezionati di donne che effettuano i *test* più precocemente e a intervalli più frequenti rispetto a quanto raccomandato dalle linee-guida: una più corretta redistribuzione del numero di esami effettuati da parte delle strutture preposte potrebbe in gran parte ridurre le discriminazioni presenti e sopperire alle necessità diagnostiche della popolazione femminile.

Diagnosi prenatale e assistenza in gravidanza e al parto

Un ulteriore supporto empirico all'ipotesi di un effetto discriminante esercitato da determinanti di natura socioeconomica – espressi in termini di disuguaglianze sia tra aree geografiche sia tra strati di popolazione nell'ambito dello stesso contesto spaziale – sulle opportunità di beneficiare di servizi sanitari di pari consistenza per quantità e qualità, è offerto anche da alcune ricerche incentrate sull'assistenza prenatale, volte a mettere in luce l'eventuale presenza di vere e proprie barriere d'accesso.

Uno studio multicentrico (progetto Mercurio)³⁷ condotto su scala nazionale tra il 1992 e il 1994 su un campione di bambini sani, reclutati a pochi giorni dal parto in 43 cliniche ostetriche di 14 regioni italiane, rilevava differenze significative nella pratica della diagnosi prenatale attraverso amniocentesi o controllo dei villi coriali e nell'esame ecografico prima della sedicesima settimana di gestazione, secondo l'area di residenza, il livello d'istruzione e, come ovvio, in funzione dell'età delle madri. In un modello multivariato che prendeva in considerazione anche la parità e il numero di

aborti precedenti, la probabilità di aver praticato la diagnosi prenatale nelle donne residenti al Nord era il doppio di quelle residenti al Sud, mentre era quattro volte superiore nelle donne laureate rispetto a quelle con al più la licenza media. Anche l'incidenza di esami ecografici precoci cresceva al crescere del livello d'istruzione materna (OR = 1,77; IC 95%: 1,32-2,36, per le donne con un diploma di scuola superiore e OR = 2,88; IC 95%: 1,56-5,29, per le donne laureate, rispetto a quelle con un titolo di studio inferiore).

Coerenti con i precedenti risultati appaiono anche gli esiti di uno studio caso-controllo condotto tra il 1995 e il 1996 in dieci paesi europei, tra cui l'Italia.³⁸ La ricerca si proponeva di verificare se le iniziative di protezione e promozione della salute delle gestanti e dei nascituri fossero davvero abbastanza estensive da avere una portata universalistica, tale da non configurare alcuna barriera di natura personale, socioeconomica o culturale all'ottenimento di adeguate e tempestive cure prenatali. Nel complesso, benché la percentuale di donne del tutto prive di assistenza medica in gravidanza sia risultata inferiore allo 0,3% in tutti i paesi esaminati, i tassi di accesso tardivo a simili controlli erano decisamente più alti. Per quanto riguarda specificamente il sub-campione italiano, sebbene con problemi di stabilità statistica dovuti alla scarsa numerosità, i dati confermavano l'incidenza di discriminanti socioeconomiche, in quanto le donne italiane meno adeguatamente sottoposte a controllo medico in gravidanza hanno mostrato una maggiore probabilità di possedere un basso livello di istruzione e di disporre di un reddito irregolare. È emersa inoltre in queste donne anche una maggiore difficoltà sia nella ricezione di informazioni appropriate circa la disponibilità e l'utilità di programmi preventivi e di controllo, sia nella capacità di orientamento rispetto ai complessi moduli organizzativi dei servizi sanitari e di assistenza pre e neonatale.

L'assunto che la partecipazione a programmi di preparazione al parto abbia effetti positivi sulla conclusione della gravidanza è comprovato da un'indagine condotta negli stessi anni dall'Istituto superiore di sanità in un campione di donne provenienti da 13 regioni italiane, intervistate entro due mesi dal parto:³⁹ le donne che avevano partecipato ai corsi avevano un rischio significativamente ridotto di parto cesareo, di non allattare al seno durante il ricovero, di essere male informate su contraccezione, allattamento e cura del bambino e, infine, di non essere soddisfatte dell'esperienza del parto. La partecipazione ai corsi era inoltre associata alla condizione di primipara, con un alto livello di educazione e con una condizione professionale attiva.

Non solo la pratica della diagnosi prenatale, quindi, ma anche tutto il percorso assistenziale ricevuto dalle gestanti durante il periodo della gravidanza, fino al parto e al puerperio, sembra essere molto variabile sia sul territorio sia in funzione delle risorse culturali della donna. Se da una parte le donne a maggior rischio di controlli prenatali insufficienti sono quelle resi-

denti al Sud, più giovani e meno istruite, dall'altra emerge anche una tendenza alla medicalizzazione eccessiva di tutto il percorso, dovuta a una scarsa aderenza della pratica clinica alle linee guida ufficiali e probabilmente anche alla paura di ripercussioni medico-legali.⁴⁰ A ciò si accompagnano spesso due fenomeni contrastanti: da una parte uno scarso grado di consapevolezza e autonomia di scelta da parte delle donne, soprattutto di quelle meno istruite; dall'altra la tendenza, non contrastata dal medico, delle donne più istruite a richiedere un tipo di assistenza più intensiva non giustificata dalle condizioni cliniche, ma solo da un'errata interpretazione della propria sicurezza. Una chiara spia di questa cattiva gestione della gravidanza è la percentuale crescente di parti cesarei, che nel nostro paese si è triplicata dall'11% nel 1980 al 33% nel 2000, portando l'Italia al primo posto tra i maggiori paesi industrializzati,⁴¹ a fronte di un valore soglia suggerito dall'OMS pari a circa il 15%;⁴² aggiustando per età materna, parità e altri potenziali fattori prognostici dell'intervento chirurgico, vari studi hanno inoltre dimostrato anche in passato una significativa maggiore propensione delle strutture private a ricorrere al taglio cesareo di elezione,^{40,41,43} soprattutto al Sud, dove le donne si rivolgono più frequentemente al settore privato, e in alcuni centri si è arrivati a una percentuale di parti cesarei superiore al 50%, non legittimata da reali condizioni di rischio.⁴⁴ Il quadro risultante dagli studi precedenti non sembra essersi affatto modificato negli ultimi anni, come dimostrano i più recenti dati dell'indagine speciale sulla salute condotta dall'ISTAT negli anni 1999-2000,⁴⁵ dai quali risulta esistere ancora una forte eterogeneità geografica, con l'Italia meridionale e insulare svantaggiate dal punto di vista dell'informazione e della partecipazione ai corsi di preparazione al parto (solo il 20-25% delle donne dichiara di aver mai frequentato un corso, contro valori intorno al 60% nel Centro-Nord); del ricorso agli esami del sangue consigliati in gravidanza (con l'unica eccezione dell'esame per la microcitemia, più frequente al Sud e nelle isole, dove il fenomeno è effettivamente più diffuso); e del ricorso al taglio cesareo (35% al Sud contro il 25% al Nord). Gli svantaggi delle donne meridionali si ripropongono per le donne con un titolo di studio inferiore alla licenza media, per le quali si aggiunge un accesso tardivo all'assistenza (solo il 47% di queste donne fa la prima visita entro il secondo mese di gravidanza, contro il 73% delle donne con almeno un diploma di scuola superiore).

Test per l'infezione da HIV

Infine, rimanendo ancora nel campo della diagnosi precoce, una recente indagine campionaria sulla popolazione italiana tra i 18 e i 49 anni d'età ha mostrato che i ragazzi più giovani e le donne meno istruite richiedono volontariamente di eseguire il *test* per l'infezione da HIV con minore frequenza dei soggetti adulti e con un maggiore livello di istruzione, anche a parità di frequenza di comportamenti sessuali ad alto rischio.⁴⁶

Bibliografia

1. Salmaso S, Rota MC, Ciofi Degli Atti ML, Tozzi AE, Kreidl P. Infant immunization coverage in Italy: estimates by simultaneous EPI cluster surveys of regions. ICONA Study Group. *Bull World Health Organ* 1999; 77: 843-51.
2. Gianicolo EAL, Iannucci L, Bologna E, Tinto A. La prevenzione. In: Gargiulo L, Sebastiani G, a cura di, *Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine Multiscopo sulle famiglie «Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari» Anni 1999-2000*. Roma, ISTAT, 2002, pp. 79-134.
3. Impicciatore P, Bosetti C, Schiavo S, Pandolfini C, Bonati M. Mothers as active partners in the prevention of childhood diseases: maternal factors related to immunization status of preschool children in Italy. *Prev Med* 2000; 31: 49-55.
4. Angelillo IF, Ricciardi G, Rossi P, Pantisano P, Langiano E, Pavia M. Mothers and vaccination: knowledge, attitudes, and behaviour in Italy. *Bull World Health Organ* 1999; 77: 224-29.
5. Faustini A, Spadea T, Fano V, et al. Factors Associated with Hepatitis B Virus Immunization Coverage at the Beginning of a Population Campaign in the Lazio Region, Italy. *Prev Med* 2001; 33: 409-14.
6. WHO. *Health for all by the year 2000*. Geneva: WHO, 1985.
7. Piardi G, Melsen B, Heidmann J. Condizioni della dentatura in un campione di bambini (anni 8-9) del nord-Italia. *Rivista Italiana di Odontoiatria Infantile* 1990; 4: 41-48.
8. Giuliana G, Giannettino GM. Abitudini alimentari, indici di salute dentoparodontale e livello socioeconomico in un campione di bambini della scuola dell'obbligo. *Stomat Medit* 1990; 4: 291-96.
9. Bolin AK. Children's dental health in Europe. An epidemiological investigation of 5- and 12-year-old children from eight EU countries. *Swed Dent J Suppl* 1997; 122: 1-88.
10. Angelillo IF, Anfosso R, Nobile CG, Pavia M. Prevalence of dental caries in schoolchildren in Italy. *Eur J Epidemiol* 1998; 14: 351-57.
11. Faggiano F, Di Stanislao F, Lemma P, Renga G. Inequities in health. Role of social class in caries occurrence in 12 year olds in Turin, Italy. *Eur J Public Health* 1999; 9: 109-13.
12. Petti S, Cairella G, Tarsitani G. Rampant early childhood dental decay: an example from Italy. *J Public Health Dent* 2000; 60: 159-66.
13. Campus G, Lumbau A, Lai S, Solinas G, Castiglia P. Socio-economic and behavioural factors related to caries in twelve-year-old Sardinian children. *Caries Res* 2001; 35: 427-34.
14. Pasca-Raymondo F, Iannazzo S, Gemelli G, Aragona G, Tarsitani G, Petti S. La carie nei bambini di 7-9 anni di Roma: diminuisce la prevalenza, aumentano le disuguaglianze. In: *VII Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica*. Bari, 2001. Atti. P09/04: 353.
15. WHO MONICA Project Principal Investigators. The World Health Organization MONICA Project (MONItoring trends and determinants in Cardiovascular disease): a major international collaboration. *J Clin Epidemiol* 1988; 41: 105-114.
16. Evans A, Tolonen H, Hense HW, Ferrario M, Sans S, Kuulasmaa K for the WHO MONICA Project. Trends in coronary risk factors in the WHO MONICA Project. *Int J Epidemiol* 2001; 30 Suppl 1: S35-S40.
17. Ferrario M, Segna R, Chatenoud L, et al. for the MONICA- Brianza Research Group. Time trends of major coronary risk factors in a northern Italian population (1986-1994). How remarkable are socioeconomic differences in an industrialized low CHD incidence country? *Int J Epidemiol* 2001; 30: 285-91.
18. Cesana G, Ferrario M, Gigante S, Segna R, Toso C, Achilli F. Socio-occupational differences in acute myocardial infarction case-fatality and coronary care in a northern Italian population. *Int J Epidemiol* 2001; 30: S53-S58.
19. Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Mähönen M, Tolonen H, Amouyel P for the WHO MONICA Project. Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA Project populations. *Lancet* 1999; 353: 1547-57.
20. Costa G, Cadum E, Faggiano F, Cardano M, Demaria M. Le disuguaglianze sociali nella mortalità per malattie cardiovascolari in Italia. *G Ital Cardiol* 1999; 29: 684-91.
21. Panico S, Dello Iacovo R, Celentano E et al. Progetto ATENA, a study on the etiology of major chronic diseases in women: design, rationale and objectives. *Eur J Epidemiol* 1992; 8: 601-08.
22. Seccareccia F, Pannoza F, Dima F et al. Heart rate as a predictor of mortality: the MATISS project. *Am J Public Health* 2001; 91: 1258-63.
23. Celentano E, Palmieri L, Galasso R, Poce A, Panico S, Giampaoli S per i progetti ATENA e MATISS. Rischio cardiovascolare e classi sociali: confronto tra popolazioni femminili adulte abitanti aree rurali e urbane. *G Ital Cardiol* 1999; 29: 692-97.
24. Roncaglioni MC, Bertelè V, Pangrazzi J, Santoro L, Tognoni G. Health inequalities in Italy. *Lancet* 1997; 350: 1557-58.
25. 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.
26. Giampaoli S, Palmieri L, Dima F, Pilotto L, Vescio MF, Vanuzzo D a nome del Gruppo di Ricerca dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare. Aspetti socio-economici e fattori di rischio cardiovascolare: l'esperienza dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare. *Ital Heart J Suppl* 2001; 2: 294-302.
27. Vineis P, Ronco G, Ciccone G et al. Prevention of exposure of young children to parental tobacco smoke: effectiveness of an educational program. *Tumori* 1993; 79: 183-86.
28. Vineis P, Ronco G, Ciccone G, Gogliani F. Home injuries in children: a population-based intervention trial. *Epidemiol* 1994; 5: 349-51.
29. Segnan N, Ronco G, Ponti A. Practice of early diagnosis of breast and uterine cervix cancer in a northern Italian town. *Tumori* 1990; 76: 227-33.
30. Gordon DR, Venturini A, Del Turco MR, Palli D, Paci E. What healthy women think, feel and do about cancer, prevention and breast cancer screening in Italy. *Eur J Cancer* 1991; 27: 913-17.
31. Bonelli L, Branca M, Ferreri M et al. Attitude of women towards early cancer detection and estimation of the compliance to a screening program for cervix and breast cancer. *Cancer Detect Prev* 1996; 20: 342-52.
32. Segnan N. Socioeconomic status and cancer screening. *IARC Sci Publ* 1997; 138:369-76.
33. Pavia M, Ricciardi G, Bianco A, Pantisano P, Langiano E, Angelillo IF. Breast and cervical cancer screening: knowledge, attitudes and behavior among schoolteachers in Italy. *Eur J Epidemiol* 1999; 15: 307-11.
34. Ronco G, Senore C, Giordano L, Quadri S, Ponti A, Segnan N. Chi fa pap test? effetto di un programma ad inviti sulla copertura e determinanti dell'adesione. *Epidemiol Prev* 1994; 18: 218-23.
35. Segnan N, Mancini E. I determinanti del ricorso allo screening dei tumori femminili. In: Istituto Nazionale di Statistica. *Informazione statistica e politiche per la promozione della salute. Atti del Convegno*. Roma, ISTAT, 2004, in stampa.
36. Bologna E, Sabbadini LL, Tinto A. Il ricorso a pap test e mammografia: tendenze in atto e profili socio-demografici. In: *Informazione statistica e promozione della salute*. Roma, ISTAT, 10-12 settembre 2002. <http://www.istat.it/Societ-/Sanita-e-p/Storico/>
37. Corchia C, Mastroiacovo P, Lanni R, Grimaldi V, Scarano G, Baronciani D. Social and geographical inequalities in prenatal care in Italy. *Prenat Diagn* 1995; 15: 535-40.
38. Delvaux T, Buekens P, Godin I, Boutsen M. Barriers to prenatal care in Europe. *Am J Prev Med* 2001; 21: 52-59.
39. Baglio G, Spinelli A, Donati S, Grandolfo ME, Osborn J. Valutazione degli effetti dei corsi di preparazione alla nascita sulla salute della madre e del neonato. *Ann Ist Super Sanità* 2000; 36: 465-78.
40. Donati S, Spinelli A, Grandolfo ME et al. L'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia. *Ann Ist Super Sanità* 1999; 35: 289-96.
41. Spinelli A. I parti cesarei in Italia: andamenti e variabilità regionale. <http://www.epicentro.iss.it/problemi/percorso-nascita/spinelli.htm>
42. WHO. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985; 2: 436-37.
43. Bertollini R, Di Lallo D, Spadea T, Perucci CA. Cesarean section rates in Italy by hospital payment mode: an analysis based on birth certificates. *Am J Public Health* 1992; 82: 257-61.
44. Panico MG, Romano N, Tronchese N, Agozzino E. Epidemiology of cesarean section and birth surveillance. *Ann Ig* 2002; 14: 115-25.
45. Sabbadini LL, Sebastiani G, a cura di, *Il percorso della maternità: gravidanza, parto e allattamento al seno. Indagine Multiscopo sulle famiglie «Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari» Anni 1999-2000*. Roma, ISTAT, 2002.
46. Renzi C, Zantedeschi E, Signorelli C, Osborn JF. Factors associated with HIV testing: results from an Italian general population survey. *Prev Med* 2001; 32: 40-48.

2.2

I percorsi di cura

Health care pathways

Teresa Spadea,¹ Lorenzo Venturini²

¹ Servizio regionale di epidemiologia, ASL 5, Grugliasco (TO)

² Dipartimento di scienze sociali, Università di Torino

Messaggi chiave

- La variabilità geografica nel ricorso ai servizi sanitari, che mostra un eccesso di prestazioni al Sud, sembra spiegata completamente dalla diversa distribuzione dei bisogni nelle regioni italiane, in cui il Sud presenta uno stato di salute peggiore rispetto al Nord; a parità di sesso, età e stato di salute la direzione del gradiente tende piuttosto a invertirsi (suggerendo al Sud un minore accesso alle cure a parità di bisogni).
- Diversi studi concorrono a dimostrare che gli individui appartenenti a una classe socio-economica bassa subiscono un maggior numero di ricoveri, soprattutto di urgenza e a uno stadio di gravità più avanzato, a indicare una peggiore gestione della malattia nelle fasi iniziali di insorgenza e di primo contatto con le strutture sanitarie.
- Dai dati delle schede di dimissione ospedaliera si ricavano pesanti indizi di svantaggi a carico delle classi socioeconomiche basse anche in termini di un maggior rischio di inappropriatazza del ricovero (per esempio di

interventi invasivi evitabili) o di un minore accesso a procedure innovative di sicura efficacia (quali il trapianto renale nei dializzati o l'intervento di *by-pass* aortocoronarico per i soggetti con malattia ischemica).

- Esiste una grossa variabilità territoriale nel consumo di farmaci, non giustificata dalla distribuzione per sesso ed età della popolazione; i pochi dati relativi alla distribuzione sociale del consumo indicano che questo aumenta al diminuire del titolo di studio, soprattutto per specifici gruppi di farmaci, quali i sonniferi e gli antidepressivi.
- I motivi di insoddisfazione rispetto alla qualità del rapporto con il proprio medico – ma anche con le strutture sanitarie più in generale – variano con il titolo di studio: un errore nella diagnosi è riportato soprattutto tra coloro che possiedono un titolo di studio elevato, mentre la dimensione della relazione interpersonale, con la richiesta di una maggiore propensione all'ascolto, è più frequentemente citata dai soggetti più deboli.

Accesso ai servizi sanitari

Al livello nazionale, dati recenti relativi alle diseguaglianze di accesso ai servizi sanitari si ricavano dall'indagine speciale sulla salute condotta dall'ISTAT negli anni 1999-2000. In generale si riscontra una notevole variabilità geografica, con un ricorso ai servizi – misurato attraverso un indice sintetico costruito in base al valore economico dei diversi tipi di prestazioni erogate – maggiore al Sud e nelle aree metropolitane. Tuttavia, tale eccesso sembra completamente spiegato da un peggiore stato di salute: infatti, aggiustando per sesso, età e stato di salute dichiarato, si osserva addirittura un'inversione di tendenza al Sud, che suggerirebbe un minore accesso alle cure a parità di bisogni.¹ Le analisi multivariate sull'indice sintetico mettono inoltre in rilievo un effetto indipendente – sebbene indebolito dall'aggiustamento per lo stato di salute – del livello socioeconomico individuale. In particolare, analizzando separatamente alcune prestazioni specifiche, un basso titolo di studio o livello di deprivazione è associato tra le donne a un minor ricorso ad accertamenti diagnostici e alla prevenzione e a un maggior consumo di sonniferi e tranquillanti, mentre tra gli uomini di condizio-

ne svantaggiata è emersa soprattutto una maggiore domanda di ricovero e di pronto soccorso e un minor uso di farmaci, soprattutto per patologie minori.² Viceversa, all'aumentare del titolo di studio aumenta il ricorso alle cosiddette terapie non convenzionali (omeopatia, fitoterapia, agopuntura e trattamenti manuali), con una maggiore propensione all'uso nelle regioni settentrionali.³ La relazione con il titolo di studio appare confermata anche a parità di stato di salute autopercepito e oggettivo, misurato attraverso il numero di patologie croniche diagnosticate; inoltre, contrariamente a quanto ipotizzabile, queste terapie non vengono utilizzate in alternativa ai farmaci tradizionali, bensì il loro uso cresce linearmente con il ricorso alle terapie convenzionali.⁴ Altre analisi dei dati della stessa indagine sulla salute, concentrate sul tipo di struttura sanitaria utilizzata – pubblica o accreditata vs completamente privata – mostrano una maggiore tendenza verso il settore privato nel Mezzogiorno e confermano inoltre che le persone che vi fanno più ricorso, in particolare per accertamenti diagnostici e visite specialistiche, sono giovani e adulti con un titolo di studio medio-alto, una buona condizione economica e almeno un'assicurazione pri-

vata; per circa il 30% di coloro che si rivolgono al servizio privato non si tratta però di una libera scelta, ma di una necessità dettata dalla insufficienza di offerta o dalla scarsa accessibilità di strutture pubbliche o private accreditate.⁵

Sempre in base a dati campionari è stato osservato, nell'ambito dello studio nazionale SIDRIA sui disordini respiratori nell'infanzia, che i bambini affetti da asma provenienti da classe sociale più bassa sono soggetti a un maggior numero di ricoveri, specialmente d'urgenza, a fronte di un'omogenea distribuzione di indicatori di gravità: secondo gli autori ciò può essere spiegato da differenze nel trattamento da parte dei medici di base, da una scarsa *compliance* alla terapia, da una peggiore gestione degli attacchi acuti o da una combinazione di questi fattori.⁶ Questa ipotesi appare suffragata anche da un'indagine condotta in Campania per studiare l'accesso ai servizi d'emergenza di un campione di popolazione infantile, in funzione di alcuni fattori di rischio sociale, quali la presenza di un solo genitore, un genitore affetto da malattia grave o da dipendenza, un genitore molto giovane o con bassa scolarità, una famiglia con più di tre figli, un alto indice di affollamento nell'abitazione: i risultati hanno mostrato che, pur non soffrendo di patologie più gravi, i bambini con almeno un indicatore di disagio sociale avevano un rischio più che doppio (RR = 2,5; IC 95%: 1,2-5,5) di rivolgersi ai servizi di emergenza rispetto agli altri bambini.⁷ Entrambi gli studi suggeriscono una particolare fragilità sociale nella gestione dei problemi di salute dei bambini delle famiglie più disagiate e concludono richiamando la necessità in questi casi di un approccio sociosanitario integrato.

Assistenza ospedaliera

Solo negli anni più recenti la disponibilità di un sistema informativo ospedaliero di discreta qualità ha permesso di approfondire la valutazione dell'equità in termini di accesso, tempestività ed efficacia dell'assistenza ospedaliera da parte di diversi gruppi di ricerca in Italia.

Gli indicatori socioeconomici individuali, quali il titolo di studio e la posizione nella professione, non sono inclusi nel tracciato ministeriale della scheda di dimissione ospedaliera e, nelle regioni che ne prevedono la rilevazione, non presentano ancora una grossa copertura e affidabilità. Ciò nonostante, in alcune realtà locali è stato possibile condurre analisi con un buon grado di attendibilità: si osservano per esempio in Piemonte nel 2000 rischi maggiori della media tra i meno istruiti e una significativa protezione tra i laureati e diplomati, in particolare tra gli uomini, rispetto a tutti gli indicatori considerati:⁸

■ tasso di ospedalizzazione complessivo

SMR = 110,8; IC 95%: 110,2-111,4 *vs*

SMR = 63,1; IC 95%: 62,6-63,7

■ tasso di primo ricovero

SMR = 110, IC 95%: 109-111 *vs*

SMR = 65, IC 95%: 64-66

■ ricoveri non programmati

SMR = 106, IC 95%: 105-107 *vs*

SMR = 75, IC 95%: 74-77),

■ giornate di ospedalizzazione

(SMR = 115,3, IC 95%: 115,1-115,5 *vs*

SMR = 54,0; IC 95%: 53,8-54,2)

■ letalità ospedaliera

SMR = 100, IC 95%: 97-102 *vs*

SMR = 71, IC 95%: 67-76.

Risultati analoghi sono stati riportati in Valle d'Aosta per gli anni 1997-99, sia in funzione del titolo di studio sia in quella di un indicatore aggregato di deprivazione su base comunale.⁹

Già nei primi anni novanta era stata documentata a Torino una maggiore probabilità per le classi sociali più basse di subire ricoveri a stadi più avanzati e in condizioni di emergenza non programmata, sia per l'ospedalizzazione generale sia per specifiche condizioni chirurgiche.¹⁰ Tuttavia, analizzando l'intervallo di tempo tra la comparsa dei sintomi e la prima visita medica, un eventuale ritardo nella richiesta di assistenza non sembrava spiegare le differenze tra livelli d'istruzione nello stadio di gravità all'accesso. In una successiva analisi limitata ai pazienti ricoverati per tumori del colon-retto, con un *follow-up* di mortalità a 5 anni, è stata confermata l'associazione tra bassa istruzione e difficoltà di accesso alle cure, con differenze nei tempi di attesa particolarmente evidenti per l'intervallo tra la prima visita e la diagnosi chirurgica, e si è anche rilevato un incremento nel rischio di morte del 50%, sebbene non statisticamente significativo.¹¹

A conclusioni largamente sovrapponibili sono giunti gli autori di uno studio più recente condotto ancora nella maggiore azienda ospedaliera torinese sui dimessi nei tre anni 1996-98: a parità delle maggiori caratteristiche demografiche, i pazienti più svantaggiati, e in particolare i disoccupati, presentavano maggiore gravità dei problemi di salute al momento del ricovero e un più alto rischio di mortalità intraospedaliera, con eccessi variabili tra il 30 e il 50% rispetto agli occupati.¹² Ulteriori analisi condotte dagli stessi ricercatori su diversi indicatori di accesso, gravità ed esito del ricovero hanno portato ad alcune interessanti valutazioni. La prima è che una bassa scolarità e la disoccupazione condizionano fortemente l'uso appropriato dei servizi sanitari sul territorio: il ricorso diretto all'ospedale, spesso con modalità di urgenza, rappresenta infatti per questi soggetti la via principale di richiesta di assistenza, senza precedente contatto con altri medici o strutture sanitarie di base. Inoltre, la maggior gravità osservata sembra legata più a un'alta frequenza di malattie concomitanti che non allo stadio di maggior evoluzione di singole patologie. Infine, sebbene si confermi un eccesso di rischio sulla mortalità ospedaliera, diversi elementi portano a ritenere che questo sia in larga misura una conseguenza del mancato ricorso o della non soddisfacente qualità dell'assistenza extraospedaliera post-evento sul lungo periodo.¹³

Appropriatezza delle terapie

Sempre sulla base dei dati di ricovero ospedaliero, sono stati condotti alcuni studi a livello locale da cui si possono ricavare indizi di svantaggi anche nel senso di un maggior rischio di inapproprietezza del ricovero o di un minore accesso a procedure innovative. In particolare, a Roma sono state analizzate diverse cause di ricovero, ritenute esemplificative di trattamenti convenzionali di provata efficacia o di prestazioni ad alto rischio di inapproprietezza, in funzione di un indicatore sintetico di stato socioeconomico costruito a partire dai dati del censimento di popolazione, aggregato al livello di sezione di censimento e utilizzato come *proxy* della classe sociale individuale.¹⁴ Per quanto riguarda i trattamenti efficaci – il trattamento dell'infarto in unità coronariche o in reparti di terapia intensiva e il trattamento chirurgico della frattura del femore – i differenziali socioeconomici osservati non si discostano da quelli attesi in base ai dati di letteratura sull'incidenza delle patologie considerate, suggerendo quindi una sostanziale equità di accesso per queste prestazioni. Tuttavia, si nota un eccesso di ricoveri in reparti non specialistici tra le donne di bassa classe sociale che pone dei dubbi sull'equità di accesso tra i generi. Come esempio di probabile inapproprietezza generica sono state considerate tre condizioni molto frequenti in ricovero ordinario, che potrebbero essere trattate altrettanto efficacemente in regime di *day hospital*, come gli interventi di rimozione della cataratta, gli interventi di ernia inguinale e crurale e le malattie minori della pelle: in tutti e tre i casi le disegualianze tra i diversi livelli dell'indice socioeconomico, a svantaggio delle classi basse nei ricoveri ordinari, si attenuano notevolmente nei ricoveri in regime diurno, facendo pensare a una maggiore difficoltà delle persone con meno risorse culturali e sociali ad accedere a trattamenti meno intensivi o a esprimere una preferenza sul tipo di trattamento cui sottoporsi. Infine, analizzando due condizioni ad alto rischio di incertezza diagnostica o terapeutica, si osservano differenziali sociali significativi solo tra le donne negli interventi di appendicectomia e in entrambi i sessi per la tonsillectomia nei bambini. Questi risultati sembrano indicare un eccesso di interventi potenzialmente evitabili in bambini di bassa classe sociale e una minore accuratezza diagnostica tra le donne più svantaggiate, in cui appare più probabile che disturbi delle ovaie o delle tube siano trattati come disturbi dell'appendice. Gli stessi autori sono giunti ad analoghe conclusioni sulla maggiore probabilità di queste donne di subire procedure invasive evitabili esaminando le cause di ricovero associate agli interventi di isterectomia: il forte gradiente rilevato nei tassi di ospedalizzazione complessiva per isterectomia (test per il *trend*: $p = 0,013$) è risultato completamente spiegato da patologie benigne quali i miomi o il prolasso genitale (test per il *trend*: $p = 0,012$), mentre era completamente attenuato negli interventi legati alla presenza di un tumore maligno (test per il *trend*:

$p = 0,113$).¹⁵ Uno studio trasversale multicentrico, condotto tra il 1997 e il 1999 in circa 25.000 donne che si erano rivolte a 25 cliniche per il trattamento della menopausa sparse sul territorio italiano, ha analizzato più nel dettaglio i determinanti dell'isterectomia eseguita per condizioni benigne dell'utero:¹⁶ il titolo di studio è risultato tra i fattori maggiormente associati all'intervento (OR = 0,8; IC 95%: 0,7-0,9 e OR = 0,6; IC 95%: 0,5-0,7, rispettivamente per donne con il diploma di scuola media e con almeno quello di scuola superiore rispetto a donne con al più la licenza elementare); nelle donne meno istruite si è inoltre evidenziata una maggiore probabilità di essere sottoposte a un intervento concomitante di ooforectomia.

Altri indizi di presumibile inapproprietezza si ricavano dall'analisi dei ricoveri per tumore della mammella, del retto o del polmone, subiti dai residenti in Piemonte tra il 1997 e il 1999.¹⁷ Nei primi due casi si è osservata una percentuale di interventi aggressivi indicati solo nei casi di tumori molto avanzati, rispettivamente mastectomie e resezioni addomino-perineali, crescente al diminuire del numero di casi annuali trattati dalla struttura di ricovero. L'approfondimento dello studio sui tumori del retto ha successivamente messo in luce come a questo fenomeno sia associata una forte correlazione tra istruzione e volume di attività dell'ospedale, con una netta tendenza al ricovero negli ospedali maggiori per i pazienti più istruiti.¹⁸ Per quanto riguarda il trattamento chirurgico del tumore del polmone, suggerito dalla letteratura internazionale per la maggior parte dei pazienti, è stata invece rilevata una più bassa probabilità di intervento nella classe di bassa istruzione (OR = 0,66, IC 95%: 0,58-0,77). L'associazione tra un maggior ricorso alla chirurgia conservativa e un più alto volume di attività della struttura ospedaliera è stata riscontrata anche in uno studio condotto nel Lazio sul trattamento dei tumori della mammella, sebbene questo non abbia confermato l'associazione con lo stato socioeconomico delle pazienti.¹⁹

Ulteriori esempi di minore accesso a procedure innovative da parte dei gruppi socialmente più svantaggiati provengono da altri tre studi laziali. Nel primo sono stati analizzati i dati del Registro dialisi regionale e si è osservata una maggiore probabilità di accesso al trapianto renale per i pazienti con un diploma di scuola superiore (RR = 2,53; IC 95%: 1,67-3,82) e per quelli con la laurea (RR = 2,71; IC 95%: 1,67-4,39), rispetto ai pazienti con al più il diploma di scuola media, anche dopo aggiustamento per le principali caratteristiche demografiche e cliniche.²⁰ Un secondo studio ha dimostrato un aumento del rischio di morte dei pazienti con AIDS di più basso livello socioeconomico nel periodo 1996-97, quando si erano appena rese disponibili le nuove terapie antiretrovirali, ma non nel triennio precedente in cui ancora non si conoscevano cure efficaci per l'AIDS.²¹ Infine, si sono valutate le differenze sociali nell'accesso all'intervento di *by-pass* aortocoronarico e nella sopravvivenza a 30 giorni

e, confrontando i due livelli estremi di un indice sintetico di stato socioeconomico, si è stimato nel livello più basso sia una minore probabilità di accesso all'intervento (RR = 0,63; IC 95%: 0,44-0,89), pure a fronte di un eccesso nei tassi di ospedalizzazione per malattie ischemiche del cuore, sia un maggior rischio di morte (RR = 2,89; IC 95%: 1,44-5,80).²² Differenziali di sopravvivenza, dopo correzione per la presenza di importanti fattori clinici, danno dunque rilevanti indicazioni sui differenziali in termini di accesso a terapie efficaci e tempestività. In campo oncologico anche in passato era stato suggerito che pazienti a bassa scolarità potessero avere una minore probabilità di sopravvivenza, in particolare per tumori operabili e con prognosi migliore se diagnosticati tempestivamente.²³⁻²⁵ Più recentemente questi indizi sono stati confermati da uno studio che ha analizzato congiuntamente le diseguaglianze nell'incidenza, letalità e mortalità per tumori nella città di Torino.²⁶ Infatti, nell'ipotesi di un accesso equo e tempestivo alla diagnosi e alla cura, la letalità non dovrebbe mostrare differenze significative tra gruppi sociali, e le diseguaglianze di mortalità dovrebbero riflettere solo i gradienti osservati nell'incidenza dei singoli tumori, a loro volta spiegati dalla distribuzione sociale dei rispettivi fattori di rischio (vedi capitolo 1.7, Parte I). Dallo studio è emerso invece che in generale esistono forti differenziali di letalità che si rispecchiano in quelli di mortalità, e che questi sono particolarmente evidenti in tumori per i quali esistono trattamenti di sicura efficacia. In particolare, per i tumori del colon-retto, della prostata e della mammella si rileva nella letalità addirittura un'inversione del gradiente stimato per l'incidenza: così, per esempio per il colon-retto, a fronte di una significativa protezione nell'incidenza di circa il 50% negli uomini con un titolo di studio inferiore alla laurea, si osserva un aumento lineare del rischio di letalità, sebbene non significativo, dal 24% negli uomini con un diploma di scuola superiore al 48% in quelli con al più un diploma elementare. L'ipotesi che il vantaggio nella sopravvivenza a favore dei più istruiti possa essere maggiormente spiegato da un'anticipazione diagnostica differenziale, piuttosto che da un diverso trattamento, appare rafforzata dai risultati di uno studio relativo al tumore della laringe, in cui tale vantaggio si dimostra fortemente attenuato dall'aggiustamento per lo stadio alla diagnosi.²⁷ Il *record-linkage* tra i dati del Registro tumori del Piemonte e lo Studio Longitudinale Torinese ha consentito una descrizione più completa della grandezza e dell'andamento temporale delle diseguaglianze sociali nella sopravvivenza per tumori per tutte le sedi, dalla quale sono risultate sostanzialmente confermate le conclusioni degli studi precedenti.²⁸

Ancora un *record-linkage* tra lo studio longitudinale torinese e un registro di patologia, il Registro diabete del Piemonte, ha permesso di valutare i differenziali sociali nella sopravvivenza, confrontando soggetti diabetici con non dia-

betici.²⁹ Le analisi mettono in luce, nei soggetti diabetici rispetto al resto della popolazione, un eccesso di mortalità del 20%, come atteso, ma anche differenziali sociali meno marcati, in particolare per le cause di morte più legate alla prevenzione e all'assistenza, quali le malattie cardiovascolari. Questo risultato suggerirebbe un ruolo positivo svolto dalle unità di diabetologia sparse sul territorio, che avrebbero contribuito a contrastare le differenze sociali nella mortalità tra i diabetici attraverso il monitoraggio costante della salute di tutti i loro pazienti.

Terapie farmacologiche

Un altro aspetto importante relativo ai percorsi di cura è quello delle terapie farmacologiche. Dai dati del rapporto nazionale del 2001 sul consumo di farmaci in Italia,³⁰ appare evidente una grossa variabilità territoriale non giustificata dalla distribuzione per sesso ed età della popolazione. Le regioni meridionali, assieme al Lazio, sono quelle che fanno un maggior consumo di farmaci a carico del Servizio sanitario nazionale, per giunta con un maggiore costo medio per singola dose. La variabilità della spesa pubblica mostra inoltre una bassa correlazione con il livello della spesa privata, che non è quindi compensato da una minore spesa pubblica. La variabilità osservata, infine, risulta di diversa misura in funzione dei diversi gruppi di farmaci: antimicrobici, dermatologici e farmaci per il sistema muscoloscheletrico, per esempio, sono tra i responsabili della maggiore variabilità. Tutti questi elementi concorrono a suggerire l'esistenza di probabili fenomeni di inappropriatazza nell'eccessivo consumo di specifici farmaci in alcune regioni.

Gli unici dati a livello nazionale sulla distribuzione sociale del consumo di farmaci sono desumibili dall'indagine speciale sulla salute condotta dall'ISTAT negli anni 1999-2000.³¹ Da questi si ricava che, a parità di età, il consumo di farmaci aumenta al diminuire del titolo di studio: 48,6% delle persone con al più la licenza elementare ha fatto uso di farmaci nei due giorni precedenti l'intervista, contro il 29,8% di quelli con almeno un diploma di scuola superiore. Tale risultato è ovviamente coerente con l'evidenza di una maggiore morbosità nelle classi sociali più deboli, e occorrerebbero indagini più approfondite per verificare l'eventuale esistenza di fenomeni di inappropriatazza anche in ragione del gruppo socioeconomico di appartenenza.

Alcuni indizi in questo senso si ricavano da qualche isolato esempio di studio a livello locale o su particolari gruppi di popolazione.

Per esempio, da una prima analisi del sistema informativo delle prescrizioni di farmaci effettuate dai medici di medicina generale nella regione Piemonte,³² emergono alcuni spunti interessanti per successivi approfondimenti. Nei mesi campione del 1991 la percentuale di assunzione di farmaci tra gli uomini nella fascia d'età 50-69 anni era più alta tra i meno istruiti (47% per chi ha al più la licenza ele-

mentare) che tra i laureati (37%). Queste differenze si appiattivano notevolmente considerando solo i farmaci specifici per patologie cardiocircolatorie, fino a invertirsi nel caso della prescrizione di betabloccanti (2,2% verso 3,7%), nonostante l'incidenza di tali patologie sia a svantaggio delle persone a più bassa scolarità. Il differente comportamento tra l'uso dei farmaci e gli indicatori di incidenza (ricoveri, mortalità) farebbe pensare a strategie terapeutiche e assistenziali più efficaci per chi ha maggiori strumenti culturali. L'inclusione dei farmaci da banco (non rilevati dal sistema informativo), interessando particolarmente le classi medio-alte, non farebbe che accrescere l'effetto osservato.

Sempre in Piemonte, utilizzando i dati sulle prescrizioni farmaceutiche degli anni 2000-2001, è stato approntato un protocollo di analisi sull'appropriatezza nell'uso delle statine nella prevenzione secondaria della cardiopatia ischemica, attraverso la valutazione della presenza di differenze geografiche e differenze sociali. Dalle prime analisi descrittive si osserva un'alta variabilità tra le ASL del Piemonte nel tasso di prescrizione di statine sulla popolazione residente, che potrebbe essere spiegata semplicemente dalla presenza di differenze geografiche nei tassi di incidenza delle patologie coronariche. Tuttavia, l'ipotesi alternativa di una differenza nei comportamenti prescrittivi sembra supportata dalla bassa correlazione riscontrata tra i tassi di prescrizione di statine e i tassi di ricovero per cardiopatia ischemica, calcolati al livello dei distretti sanitari.³³

In uno studio campionario condotto a Bologna nei primi anni novanta sull'uso di benzodiazepine risultava una prevalenza maggiore tra le donne, con un rischio doppio rispetto agli uomini, tra gli anziani e tra le persone in condizione lavorativa non attiva.³⁴

Un paio di studi recenti hanno invece analizzato i fattori clinici e sociodemografici associati all'uso della terapia ormonale sostitutiva in un campione di donne afferenti ad alcune cliniche per il trattamento della menopausa sparse sul territorio italiano.^{35,36} In entrambi gli studi è risultato che le donne con almeno un diploma di scuola superiore avevano una probabilità di fare uso della terapia sostitutiva del 30-40% superiore rispetto alle donne con al più la licenza elementare; l'istruzione appariva, addirittura, uno dei determinanti più fortemente correlati alla terapia, in misura anche maggiore rispetto ai fattori clinici analizzati. Analogamente, in uno studio comparativo sull'uso di diversi metodi contraccettivi in cinque paesi europei, si è osservato che in tutti i paesi un alto titolo di studio era tra i maggiori determinanti del ricorso alla contraccezione, assieme all'aver avuto almeno un figlio e al non essere sposate; in Italia, in particolare, si rilevava anche una marcata differenza geografica, con solo il 20% delle donne del Sud che facevano uso di metodi realmente efficaci, contro il 40% al Nord.³⁷ Altri studi si sono invece concentrati sull'uso di farmaci in gravidanza:^{38,39} al pari di quello che si osserva per il parto ce-

sareo (vedi capitolo 2.1, Parte I), con eccessi di interventi nelle strutture private, e quindi maggiormente a carico delle donne socioeconomicamente avvantaggiate, da questi studi risulta che le donne che lavorano e presentano maggiori credenziali educative hanno un rischio di consumo di farmaci di circa il 20% superiore rispetto alle casalinghe e alle donne di bassa istruzione, anche a parità di età e di condizioni cliniche di rischio per la gravidanza. In questo caso, dunque, una più alta condizione sociale porterebbe a uno squilibrio nella gestione della gravidanza, probabilmente connesso, come si è già detto, alla paura crescente da parte dei medici di ripercussioni medico-legali e alla loro difficoltà nel contrastare eventuali specifiche richieste delle donne più istruite.

Qualità percepita e soddisfazione

La crescente attenzione verso il tema della soddisfazione degli utenti nasce e si sviluppa nel contesto della recente riforma del Servizio sanitario nazionale; più precisamente, la «Carta dei servizi pubblici sanitari» (decreto del Presidente del consiglio dei ministri del 19 maggio 1995) attribuisce esplicitamente all'ente erogatore l'obbligo di pubblicizzare gli *standard* di qualità adottati, verificarne il rispetto e rilevare il grado di soddisfazione degli utenti. Ne discende che la rilevazione del livello di soddisfazione sia una pratica assai diffusa tra le organizzazioni sanitarie di ogni ordine, sebbene la debolezza della riflessione teorica e la scarsità di risorse finiscano per renderla estremamente fragile dal punto di vista metodologico. Una doverosa precisazione riguarda il carattere multidimensionale della soddisfazione. Al riguardo, Hall e Dornan⁴⁰ individuano ben dodici dimensioni la cui importanza relativa è da porre in relazione con variabili di contorno come l'età, il genere, l'appartenenza geografica ed etnica. Lungi dall'essere un'asettica fotografia della realtà, l'opinione degli utenti circa la qualità della prestazione sanitaria è affetta da una serie di distorsioni che devono essere tenute in considerazione.⁴¹ Gli utenti, per esempio, sono spinti a riportare livelli di soddisfazione più alti perché ritengono che verranno accolti con maggior favore (*social desirability bias*) o permetteranno loro di guadagnare la gratitudine degli infermieri e dello *staff* medico (*ingratiating bias*); inoltre, il solo atto di intervistare gli utenti e richiedere un giudizio sul servizio di cui usufruiscono – insieme all'impressione che il loro parere venga tenuto in considerazione – genera soddisfazione (*effetto Hawthorne*); ovvero, alti livelli di gradimento possono essere strategie con cui le persone giustificano a loro stessi il tempo e gli sforzi investiti nel trattamento (*cognitive consistence*). Anche per queste ragioni, ci si è spesso chiesti se il grado di soddisfazione possa essere un valido indicatore della qualità del servizio offerto o non si limiti a essere un attributo dell'utente da cui viene espresso.⁴² Pur con queste cautele interpretative, è possibile riportare i risultati di alcune ricerche condotte nella seconda metà de-

gli anni novanta su scala nazionale, non espressamente mirate a valutare le diseguaglianze sociali nei livelli di soddisfazione dei pazienti, ma dalle quali si possono trarre interessanti considerazioni.

Trabucchi,⁴³ in una ricerca condotta per conto dalla fondazione Smith Kline, mostra come le opinioni circa la qualità del Servizio sanitario nazionale siano estremamente critiche: la percentuale di coloro che si dichiarano insoddisfatti è più che doppia rispetto a coloro che affermano il contrario (70% vs 30%). L'introduzione nell'analisi di variabili sociodemografiche consente di delineare un *identikit* dell'utente che si dichiara insoddisfatto: è un cittadino che abita nel Centro-Sud o nelle isole, in comuni con un alto numero di abitanti, ha un'età compresa tra i 17 e i 55 anni, un alto livello di istruzione e, in generale, ritiene di godere di un cattivo stato di salute. L'idea di un sistema che stenta a incontrare il gradimento dei cittadini trova conferma anche quando si considerano le difficoltà affrontate per usufruire di una prestazione sanitaria pubblica. Secondo i dati del Censis,⁴⁴ infatti, solo il 20,8% dichiara di non aver subito alcun tipo di disagio, mentre la maggior parte degli intervistati afferma di aver dovuto fare i conti con attese troppo lunghe, con la scortesia degli operatori o con l'eccessiva lontananza del presidio ospedaliero o dell'ambulatorio. Se i costi che i cittadini devono sostenere per far fronte ai primi disagi è relativamente contenuto – molto spesso si riduce a esercitare la virtù della pazienza – superare gli ostacoli all'accesso è decisamente più complicato e apre la strada a forme di diseguaglianza. Purtroppo l'analisi condotta dal Censis non consente un approfondimento ulteriore, ma si può supporre che le principali strategie possibili siano: ricorrere alla propria rete di conoscenze per ottenere una raccomandazione, posticipare nel tempo l'accesso, rivolgersi alla struttura pubblica di un altro comune o usufruire del servizio offerto sul mercato privato. Quest'ultima alternativa non è alla portata di tutti, in particolare non delle famiglie di bassa classe sociale che non dispongano delle risorse economiche e culturali sufficienti a far sì che la loro domanda si concluda con la conquista di una prestazione privata.⁴⁵ Tutto questo porta a concludere che il disservizio della sanità pubblica finisce per gravare maggiormente sulle spalle di chi già vive in situazioni di maggior disagio, concorrendo ad ampliare il solco scavato da altre forme di diseguaglianze.

Il quadro decisamente critico che emerge è parzialmente mitigato quando si passa a considerare l'opinione degli intervistati circa la qualità dei singoli servizi offerti, per i quali il livello di soddisfazione cresce sensibilmente. Questa differenza può essere collocata nel contesto del rapporto tra giudizio sintetico, con cui si offre un parere generale circa un fenomeno nel suo complesso, e giudizio analitico, in cui si fa riferimento a un'esperienza precisa e circoscritta entro confini spaziali e temporali definiti. La valutazione sintetica del Servizio sanitario nazionale non può essere interpre-

tata come la media delle singole esperienze di fruizione, ma si costruisce prevalentemente a partire dalle esperienze critiche, a cui gli utenti attribuiscono un potere di generalizzazione che le singole esperienze positive non hanno.⁴² Detto in altri termini: tanto più un singolo servizio è giudicato scadente, tanto più pesa nella valutazione complessiva dell'SSN. Esigenze di brevità impediscono di fornire un quadro dettagliato dei livelli di soddisfazione degli intervistati per diversi tipi di servizi sanitari. Pare interessante, tuttavia, confrontare due situazioni estreme: la *routine* rappresentata dalla relazione col medico di famiglia e il caso critico del ricovero in ospedale. Non disponendo di dati che riflettono in modo diretto l'opinione sulla qualità delle prestazioni erogate dal medico di fiducia, si può impiegare la decisione di non rivolgersi più a un medico, e le ragioni addotte, come *proxy* di un alto grado di insoddisfazione e delle sue determinanti. L'indagine del Censis mostra come questo comportamento sia stato adottato da più di un terzo degli intervistati, quota che sale al crescere del titolo di studio (30,5% in persone senza titolo di studio vs 47,0% tra i laureati), e come le principali ragioni citate siano un errore nella diagnosi o un atteggiamento poco propenso all'ascolto. La distribuzione per titolo di studio delle motivazioni è nettamente contrastante: un presunto errore è riportato soprattutto tra coloro che possiedono un titolo di studio elevato (39% tra i laureati vs 12,5% tra coloro senza titolo di studio), mentre la dimensione relazionale è negativamente correlata con il titolo di studio (rispettivamente, 32,6% vs 62,5%). Lo stato emotivo che caratterizza chi vive un'esperienza di ricovero ha senza dubbio qualche influenza sui giudizi circa la qualità del servizio erogato: in questo contesto, assumono un peso maggiore gli aspetti legati alla relazione interpersonale intrattenuta con i medici e gli altri operatori sanitari con cui il malato entra in contatto. Questo è uno dei principali risultati cui giunge Lanzetti,⁴⁶ al termine della ricerca condotta su un campione di pazienti degli ospedali dell'area metropolitana milanese. Sebbene, infatti, l'88% degli intervistati si dichiara globalmente soddisfatto del primo incontro avuto col medico al momento del ricovero, quasi due soggetti su cinque affermano di non aver gradito lo «scarso rispetto» ricevuto e la «scarsa protezione dell'intimità personale». Pareri di questo tenore sono espressi in particolare dai giovani, dalle donne e da soggetti che vivono condizioni di disagio (anziani, persone sole, non autosufficienti e prive di aiuto). Il nodo più critico, però, pare essere la qualità delle prestazioni alberghiere: ben il 40% degli intervistati si dichiara largamente insoddisfatto. Emerge dunque un quadro abbastanza chiaro, in cui spicca un'estesa richiesta di miglioramento del *comfort* e un'aspettativa diffusa e spesso disattesa di rapporti interpersonali maggiormente rispettosi del malato in quanto persona. Particolarmente rilevante è il fatto che ad avanzare con maggior forza quest'ultima richiesta siano proprio gli individui appartenenti alle fasce più deboli.

Bibliografia

- Zocchetti C, Tasco C, Forni S. I determinanti del ricorso ai servizi: fattori individuali e di contesto. In: Istituto Nazionale di Statistica. *Informazione statistica e politiche per la promozione della salute. Atti del Convegno*. Roma, ISTAT, 2004, in stampa.
- Michelozzi P, Accetta G, Perucci CA. Lequità nell'accesso ai servizi. In: Istituto Nazionale di Statistica. *Informazione statistica e politiche per la promozione della salute. Atti del Convegno*. Roma, ISTAT, 2004, in stampa.
- Bologna E. Le terapie non convenzionali. In: Gargiulo L, Sebastiani G, a cura di, *La cura e il ricorso ai servizi sanitari. Indagine Multiscopo sulle famiglie «Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari» Anni 1999-2000*. Roma: ISTAT, 2002: 35-79.
- Petrelli A, Vannoni F, Gargiulo L, Gnavi R, Costa G. Use of alternative medicine by educational level and health status in the Italian adult population: result of a national survey. In: *18th Annual Meeting of the International Society of Technology Assessment in Health Care*. Berlin, 2002. Proceedings: 159-60.
- Solipaca A. Consumi sanitari a pagamento: il profilo della domanda. In: *Informazione statistica e promozione della salute*. Convegno, 10-12 settembre 2002. <http://www.istat.it/Societ-/Sanita-e-p/Storico/>
- SIDRIA (Italian Studies on Respiratory Disorders in Childhood and the Environment). Asthma and respiratory symptoms in 6-7 yr old Italian children: gender, latitude, urbanization and socioeconomic factors. *Eur Respir J* 1997; 10: 1780-86.
- Cirillo G, Manetti S, Siani P, Carbone MT. I bambini a rischio sociale e l'utilizzazione dei servizi sanitari. *Pediatr Med Chir* 1998; 20: 217-18.
- Servizio di Epidemiologia, ASL 5 Regione Piemonte. *I ricoveri ospedalieri in Piemonte nel 2000*. Collana Banche Dati - Numero 8 - 2003 (in pubblicazione).
- Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche Sociali. *Cause di ricovero in valle d'Aosta. Atlante della morbosità regionale attraverso lo studio degli archivi dei ricoveri ospedalieri 1997-99*. Aosta, Regione Autonoma Valle d'Aosta - Assessorato della Sanità, Salute e Politiche Sociali, 2002.
- Vineis P, Fornero G, Magnino A, Giacometti R, Ciccone G. Diagnostic delay, clinical stage, and social class: a hospital based study. *J Epidemiol Community Health* 1993; 43: 229-31.
- Ciccone G, Prastaro C, Ivaldi C, Giacometti R, Vineis P. Access to hospital care, clinical stage and survival from colorectal cancer according to socioeconomic status. *Ann Oncol* 2000; 11: 1201-04.
- Ciccone G, Lorenzoni L, Ivaldi C, Ciccarelli E, Piobbici M, Arione R. Classe sociale, modalità di ricovero, gravità clinica e mortalità ospedaliera: un'analisi con «All Patient Refined - DRG» dei dimessi dall'ospedale Molinette di Torino. *Epidemiol Prev* 1999; 23: 188-96.
- Ciccone G. *Analisi delle disuguaglianze nell'accesso alle cure ospedaliere, sulla gravità delle condizioni cliniche e sulla prognosi, attraverso l'uso del sistema informativo delle schede di dimissione ospedaliera*. 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.
- Materia E, Spadea T, Rossi L, Cesaroni G, Arcà M, Perucci CA. Diseguaglianze nell'assistenza sanitaria: ospedalizzazione e posizione socioeconomica a Roma. *Epidemiol Prev* 1999; 23: 133-240.
- Materia E, Rossi L, Spadea T *et al*. Hysterectomy and socioeconomic position in Rome, Italy. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56: 461-65.
- Progetto Menopausa Italia Study Group. Determinants of hysterectomy and oophorectomy in women attending menopause clinics in Italy. *Maturitas* 2000; 36: 19-25.
- Rosato R, Ciccone G, Gelormino E, Pagano E, Ponti A, Merletti F. Quality assessment of cancer care using administrative data: breast, rectum and lung surgery. In: *Sixth Austrian, Hungarian, Italian and Slovenian Meeting of Young Statisticians*, Ossiach, Austria, 5-7 October, 2001.
- Rosato R, Ciccone G, Farina EC *et al*. Valutazione di qualità dell'assistenza attraverso la scheda di dimissione ospedaliera: un esempio sulla chirurgia dei tumori del retto. *Epidemiol Prev* 2003; in stampa.
- Schifano P, Scarinci M, Borgia P, Perucci CA. Analysis of the recourse to conservative surgery in the treatment of breast pathologies. *Tumori* 2002; 88: 131-36.
- Miceli M, Di Lallo D, Perucci CA for the Dialysis Register of Lazio Region. Absence of economic barriers does not reduce disparities in the access to renal transplantation: a population based study in a region of central Italy. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54: 157-58.
- Rapiti E, Porta D, Forestiere F, Fusco D, Perucci CA for the Lazio AIDS Surveillance Collaborative Group. Socioeconomic status and survival of persons with AIDS before and after the introduction of highly active antiretroviral therapy. *Epidemiol* 2000; 11: 496-501.
- Ancona C, Agabiti N, Forestiere F *et al*. Coronary artery bypass graft surgery: socioeconomic inequalities in access and in 30 day mortality. A population based study in Rome, Italy. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54: 930-35.
- Ciccone G, Magnani C, Delsedime L, Vineis P. Socioeconomic status and survival from soft-tissue sarcomas: a population-based study in Northern Italy. *Am J Public Health* 1991; 81: 747-49.
- Rosso S, Faggiano F, Zanetti R, Costa G. Social class and cancer survival in Turin, Italy. *J Epidemiol Community Health* 1997; 51: 30-34.
- Fontana V, Decensi A, Orengo MA, Parodi S, Torrisi R, Puntoni R. Socioeconomic status and survival of gastric cancer patients. *Eur J Cancer* 1998; 34: 537-42.
- Faggiano F, Zanetti R, Rosso S, Costa G. Differenze sociali nell'incidenza, letalità e mortalità per tumori a Torino. *Epidemiol Prev* 1999; 23: 294-99.
- Boffetta P, Merletti F, Faggiano F *et al*. Prognostic factors and survival of laryngeal cancer patients from Turin, Italy. *Am J Epidemiol* 1997; 145: 1100-05.
- 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.
- Gnavi R, Petrelli A, Demaria M, Spadea T, Carta Q, Costa G. Mortality and educational level among diabetic and non diabetic population in the Turin Longitudinal Study: a 9-year follow-up. *Int J Epidemiol*. (accettato per la pubblicazione).
- Ministero della Salute. Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali. *L'uso dei farmaci in Italia - Rapporto nazionale anno 2001*. <http://www.ministerosalute.it/medicinali/osmed/osmed.jsp>
- Gianicolo EAL, Rondinone A. Il consumo di farmaci. In: Gargiulo L, Sebastiani G, a cura di, *La cura e il ricorso ai servizi sanitari. Indagine Multiscopo sulle famiglie «Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari» Anni 1999-2000*. Roma, ISTAT, 2002: 9-33.
- D'Ambrosio R, Demaria M, Ferraro L, Marrasso E. Differenze sociali nella prevalenza di condizioni morbose identificabili attraverso l'archivio delle prescrizioni farmaceutiche. In: *VI Seminario Nazionale di Farmacoepidemiologia*, 1998.
- Gnavi R. *Appropriatezza nell'uso delle statine nella prevenzione secondaria della cardiopatia ischemica: valutazione della presenza di differenze geografiche e differenze sociali*. Protocollo di ricerca nell'ambito dei "Progetti per iniziative di farmacovigilanza, di informazione degli educatori sanitari, nonché per le campagne di educazione sanitaria nella stessa materia" ex art.36 L 449/97. Regione Piemonte, 2001.
- Magrini N, Vaccheri A, Parma E *et al*. Use of benzodiazepines in the Italian general population: prevalence, pattern of use and risk factors for use. *Eur J Clin Pharmacol* 1996; 50: 19-25.
- Pansini F, Bacchi Modena AB, de Aloysio D *et al* for the ICARUS Study Group. Sociodemographic and clinical factors associated with HRT use in women attending menopause clinics in Italy. *Climacteric* 2000; 3: 241-47.
- Progetto Menopausa Italia Study Group. General and medical factors associated with hormone replacement therapy among women attending menopause clinics in Italy. *Menopause* 2001; 8: 290-95.
- Spinelli A, Figà Talamanca I, Lauria L and the European Study Group on Infertility and Subfertility. Patterns of contraceptive use in 5 European countries. *Am J Public Health* 2000; 90: 1403-08.
- Bonassi S, Magnani M, Calvi A *et al*. Factors related to drug consumption during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994; 73: 535-40.
- Donati S, Baglio G, Spinelli A, Grandolfo ME. Drug use in pregnancy among Italian women. *Eur J Clin Pharmacol* 2000; 56: 323-28.
- Hall JA, Dorman MC. What patient like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med* 1988; 27: 935-39.
- Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med* 1997; 45: 1829-43.
- Vuori H. Patient satisfaction: an attribute or indicator of quality of care? *Qual Rev Bull* 1987; 13: 106-08.
- Trabucchi M. *I cittadini e il sistema sanitario nazionale*. Bologna, Il Mulino, 1996.
- CENSIS. *La domanda di salute degli italiani. Comportamenti e valori dei pazienti*. Milano, Franco Angeli, 1998.
- La Grand J. *The Strategy of Equality*. London, Allen & Unwin, 1982.
- Lanzetti C. *La qualità del servizio in ospedale. Una ricerca sull'esperienza dei malati*. Milano, Franco Angeli, 1999.

2.3

Il ruolo del sistema sanitario e le nuove politiche dell'offerta

The role of the health care system

Giuseppe Costa,¹ Teresa Spadea,² Antonio Caiazzo²

¹ Dipartimento di sanità pubblica e microbiologia, Università di Torino

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

Messaggi chiave

- Il Sistema sanitario nazionale può giocare un ruolo importante nella lotta alle diseguaglianze sociali nella salute, sia direttamente attraverso politiche di prevenzione e di correzione del sistema delle cure, sia indirettamente con la partecipazione e il monitoraggio di politiche economiche e sociali che possono avere un impatto sulla salute.
- Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 per la prima volta in Italia riconosce questo ruolo e pone la riduzione delle diseguaglianze nella salute come uno dei punti principali per l'attuazione a livello locale della strategia nazionale per la salute e per la sanità;

il nuovo PSN 2003-2005 propone un approccio più settoriale, specificamente orientato alle fasce di povertà e di emarginazione.

- Per evitare che la definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) generi nuove diseguaglianze, bisognerebbe promuovere l'argomento dell'efficacia contro quello del razioneamento: si dovrebbe cioè assicurare che i LEA garantiscano a tutti le prestazioni più efficaci e appropriate, piuttosto che vederli come una mera riduzione dell'assistenza pubblica disponibile, e quindi come un ulteriore vantaggio per chi si può permettere forme di assistenza integrativa o completamente privata.

Introduzione

Pur riconoscendo la natura *extra* sanitaria e intersettoriale dei determinanti della salute e delle differenze di salute, è importante che il sistema sanitario riconosca le proprie responsabilità e i campi d'azione di contrasto delle diseguaglianze. In particolare, il servizio sanitario deve perseguire tre obiettivi:

- concorrere alla riduzione dell'impatto delle diseguaglianze sociali sulla salute;
- non concorrere alla generazione di queste diseguaglianze;
- concorrere alla promozione di politiche non sanitarie e alla valutazione e divulgazione del loro impatto sulle diseguaglianze nella salute.

In corrispondenza con questi tre obiettivi, le principali strategie che hanno dimostrato di influire sulle diseguaglianze nella salute sono:

- il concorso a politiche di prevenzione e di promozione della salute (insieme agli altri attori della promozione della salute) per contrastare il paradosso per cui sono i più beneficiari ad avvantaggiarsi maggiormente dell'educazione e della promozione della salute;
- le politiche di correzione del sistema delle cure per eliminare le barriere improprie all'accesso a cure tempestive e appropriate;
- il concorso a politiche sociali ed economiche (insieme ai principali protagonisti del governo dell'economia e della società) per la riduzione dei danni delle diseguaglianze sociali, principalmente attraverso politiche di ricerca, informazione

e patrocinio, che portino la materia nell'agenda pubblica. Nei paragrafi che seguono vengono brevemente esposte le linee in tema di equità degli ultimi piani sanitari nazionali, analizzando il modo in cui la sanità ha tentato di rispondere agli obiettivi di contrasto delle diseguaglianze in Italia, e vengono discusse le possibili conseguenze che potranno derivare dalle nuove politiche sanitarie.

La sanità e l'equità negli anni novanta

In Italia prima dell'inizio degli anni novanta non c'è stata nessuna politica esplicitamente orientata al contrasto delle diseguaglianze nella salute. Solo la riforma sanitaria del 1978, che riorganizzava l'assistenza sanitaria da un modello mutualistico a un sistema sanitario nazionale, giustificava le sue scelte con la necessità di promuovere l'equità nella distribuzione della salute e delle cure; anche se in quel caso si intendeva prevalentemente una equità geografica di distribuzione dell'offerta sanitaria.

Negli anni novanta abbiamo assistito ad alcune iniziative politiche sia in campo sanitario sia nelle politiche di settore. Nella sanità gli interventi più significativi sono stati il PSN e i programmi per le aree metropolitane. Con il Piano sanitario nazionale (PSN) 1998-2000¹ il governo e il parlamento italiani per la prima volta hanno stabilito una strategia nazionale per la salute e per la sanità, fondata su un patto tra i diversi attori interessati a obiettivi di salute. La riduzione delle diseguaglianze nella salute era uno dei nove punti qualificanti della strategia. Il piano voleva promuovere politiche che ir-

robustissero le capacità delle persone e delle comunità di adottare comportamenti sani, che migliorassero l'accesso ai servizi, e che incoraggiassero i cambiamenti culturali ed economici necessari per promuovere salute. In particolare il piano affermava esplicitamente che un modo importante per raggiungere ogni specifico obiettivo della strategia (tumori, malattie cardiovascolari, incidenti, eccetera) era quello di migliorare la salute dei gruppi meno sani riducendo le differenze rispetto ai gruppi più favoriti. Questo significava che i piani sanitari regionali e i programmi attuativi locali e di settore avrebbero dovuto prevedere in modo esplicito questo obiettivo. Inoltre un apposito capitolo del piano fissava obiettivi specifici di tutela delle popolazioni più fragili, tra cui spiccavano gli immigrati da paesi poveri e ad alta pressione demografica. Il Ministero della sanità si è preoccupato di disseminare a ogni livello di programmazione regionale e locale le informazioni sul tipo di obiettivi e di azioni che potessero essere considerati utili per perseguire questa strategia, valorizzando molto esperienze e raccomandazioni documentate nell'Acheson Report e nelle pubblicazioni dell'OMS.^{2,3}

Tra le azioni sanitarie conseguenti o concomitanti al PSN di cui potrebbe essere documentato un effetto sulle disuguaglianze nella salute in Italia si potrebbero citare i programmi di *screening* per i tumori femminili, l'assistenza sanitaria per gli immigrati e il programma speciale per le aree metropolitane.

Dallo sviluppo di programmi di popolazione per lo *screening* dei tumori femminili, promosso dal Piano oncologico nazionale,⁴ dovrebbe derivare un livellamento della distribuzione dell'uso spontaneo dei *test* di diagnosi precoce per i tumori della mammella e del collo dell'utero, fortemente a favore delle donne più istruite. In effetti i dati dell'indagine speciale sulla salute condotta dall'ISTAT nel 2000 riportano minori livelli di disuguaglianza nelle aree coperte da programmi di popolazione.⁵

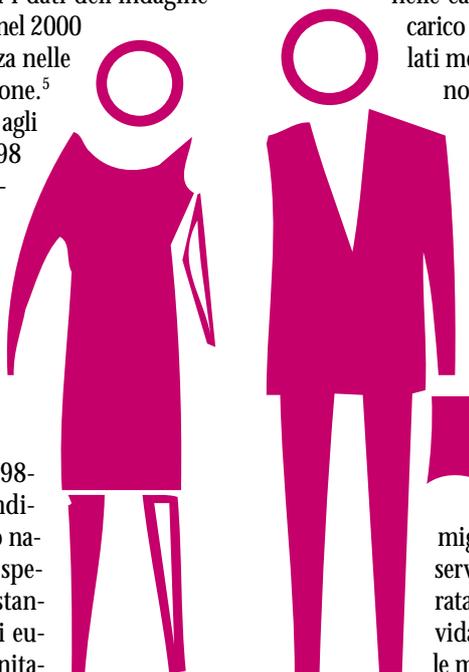
Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria agli immigrati, il DLG n.286 del 25.07.1998 ha garantito l'assistenza gratuita in regime di emergenza e di continuità delle cure agli stranieri non regolari, che rappresentano il gruppo più vulnerabile in relazione ai potenziali ostacoli all'assistenza. La nuova normativa sull'immigrazione (legge n. 189/2002) non ha sostanzialmente modificato questo regime.

L'orientamento prioritario del PSN 1998-2000 verso l'equità nella salute ha condizionato anche un'altra iniziativa a livello nazionale, rappresentata dal programma speciale sulle aree metropolitane⁶ che ha stanziato, per il 1999-2001, 750 milioni di euro per la riqualificazione dell'offerta sanita-

ria per le grandi città. Come è noto, in queste aree si concentrano con particolare intensità sia problemi di salute legati alla presenza di gruppi deboli di popolazione (per esempio stranieri immigrati, genitori soli con figli dipendenti, anziani soli, tossicodipendenti, eccetera), sia problemi di equità di accesso all'assistenza dovuti alla suddivisione del servizio sanitario in più aziende nella stessa città, sia questioni di adeguatezza delle strutture sanitarie e della logistica di organizzazione dell'assistenza. Tra le priorità su cui sono stati valutati i programmi veniva considerata la necessità di contrastare le cause delle disuguaglianze nella salute.

Il nuovo Piano sanitario nazionale 2003-2005,⁷ pur mettendo in luce la limitata capacità dell'SSN di garantire equità, affronta la questione in modo settoriale, occupandosi in particolare della questione delle liste d'attesa, del doppio canale di pagamento delle prestazioni generato dalla libera professione *intramoenia*, delle differenze qualitative e quantitative nei servizi a livello territoriale, dell'inappropriatezza delle prestazioni e dell'insufficiente attenzione posta verso i malati cronici e gli anziani. Il quarto obiettivo generale «La salute e il sociale», considerando la relazione esistente tra svantaggio sociale e cattiva salute e l'incremento nelle disuguaglianze di mortalità, propone la creazione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili; promuove politiche per l'adozione di stili di vita salutari; e favorisce la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute. Tra gli interventi segnalati spiccano quelli per la riorganizzazione dei centri di salute mentale sul territorio e il completo superamento dei manicomi, la pianificazione d'interventi di prevenzione, diagnosi precoce e terapia del disagio psichico – in particolare nelle carceri – e l'assicurazione della presa in

carico e della continuità terapeutica per i malati mentali. Per i tossicodipendenti dovranno essere realizzati progetti orientati allo sviluppo integrale della persona, della partecipazione attiva, dell'inserimento lavorativo e del miglioramento generale della vita. Per la popolazione carceraria dovranno essere attivati programmi di prevenzione primaria per la riduzione del disagio ambientale, per la riabilitazione totale della persona, per la riduzione dell'incidenza delle malattie infettive, per il miglioramento delle prestazioni diagnostiche, di cura e di riabilitazione. Per la salute degli immigrati, oltre alle possibilità di accesso al servizio già previste, dovrà essere migliorata l'assistenza alle donne straniere in gravidanza, ridotta l'incidenza dell'HIV, delle malattie sessualmente trasmissibili e del-



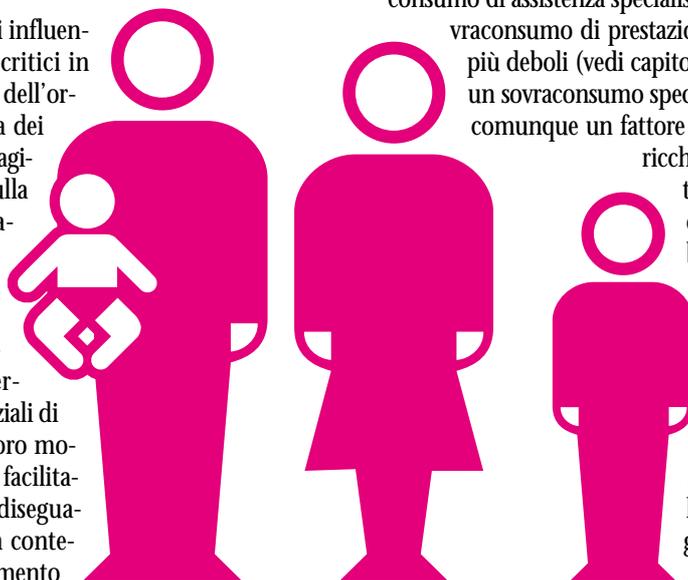
le tubercolosi, raggiunta la copertura vaccinale della popolazione infantile e ridotti gli infortuni sul lavoro.

Va tuttavia segnalato che la penetrazione del tema dell'equità nel mondo medico e sanitario in generale è stata molto modesta e che nessuna iniziativa significativa di comunicazione e di formazione professionale è stata intrapresa in merito. È inoltre impossibile documentare in modo univoco quanto le iniziative politiche siano state influenzate anche dai risultati della ricerca sulle disuguaglianze nella salute. D'altra parte le disuguaglianze di salute hanno avuto finora una scarsa eco nell'opinione pubblica: i tentativi di comunicazione al grande pubblico che i ricercatori hanno promosso timidamente negli ultimi anni sono stati segnati da insuccessi, le cui ragioni principali sono state da un lato la difficoltà di trasformare una non notizia o, addirittura, una anti-notizia (come «i poveri stanno peggio dei ricchi») in una notizia che può essere comunicata; dall'altro il rischio che le disuguaglianze nella salute fossero percepite come un tema di parte e non come una responsabilità in carico a tutti e in particolare al mondo della sanità.

I livelli essenziali di assistenza

Oltre al concorso nelle politiche di promozione della salute e di contenimento del danno sulla salute in materia di disuguaglianze, il sistema sanitario può agire sulla salute di una persona direttamente e indirettamente, e per questa via influenzare la distribuzione sociale della salute. L'assistenza sanitaria può agire indirettamente sulla salute in quanto costituisce una parte essenziale della protezione sociale di una persona: l'insicurezza circa la disponibilità dell'assistenza sanitaria, come quella relativa ad altre componenti del *welfare*, potrebbe concorrere a perturbare la salute. Non c'è poi dubbio che l'assistenza sanitaria abbia buone riserve di efficacia diretta nel migliorare la storia naturale di molti problemi di salute.

Questi due meccanismi di influenza sono particolarmente critici in questi tempi di revisione dell'organizzazione e dell'offerta dei sistemi sanitari, e possono agire con diversa intensità sulla salute delle persone in ragione della loro vulnerabilità sociale. Infatti, l'introduzione di nuove politiche di controllo dell'offerta, attraverso la rideterminazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e delle loro modalità di erogazione, può facilitare la creazione di nuove disuguaglianze, soprattutto in un contesto federalista di decentramento



a livello regionale del sistema sanitario.

Un primo effetto che ci si può attendere da questo decentramento deriva dalle differenze nel grado di incertezza percepita dalle persone circa la disponibilità di assistenza sanitaria. Poiché l'incertezza genera insicurezza la quale a sua volta è uno dei fattori psicosociali all'origine delle disuguaglianze nella salute (vedi capitolo 1.5, Parte I), se i LEA sono percepiti come una riduzione dell'assistenza disponibile da parte dei più svantaggiati rispetto a quanto possono avere i più avvantaggiati attraverso sia l'assistenza integrativa sia il pagamento diretto, allora i LEA sono una minaccia che può contribuire alle disuguaglianze nella salute. Per contrastare questo effetto occorrerebbe un *marketing* sociale molto aggressivo che nella presentazione dei LEA promuovesse l'argomento dell'efficacia contro quello del razionamento; si tratterebbe cioè di mostrare alla percezione collettiva che i LEA garantiscono rigorosamente ciò che è efficace e appropriato, mentre fanno gravare sulla spesa privata ciò che è inappropriato e inutile. Per questo scopo necessiterebbero argomenti molto convincenti, anche da un punto di vista simbolico; basterebbe, per esempio, includere nei LEA, rinforzandola con una discriminazione sociale positiva, una cura che nell'immaginario collettivo sia caratterizzata da forti ingiustizie distributive, per esempio tutte le cure dentarie impegnative; in questo modo l'operazione LEA verrebbe connotata in senso positivo e vantaggioso per i più bisognosi.

Su un piano più diretto l'introduzione dei LEA in quanto prestazioni strettamente sanitarie non dovrebbe, in linea di principio, minacciare l'equità negli esiti di salute, purché non aumenti gli ostacoli burocratici all'assistenza che già oggi fanno da barriera a una presentazione tempestiva dei propri problemi di salute da parte delle classi meno istruite e più svantaggiate. In questo caso non si è ancora compreso a fondo a cosa possa portare il sovraconsumo di assistenza generica e il sottoconsumo di assistenza specialistica (con qualche indizio di sovraconsumo di prestazioni inappropriate) da parte dei

più deboli (vedi capitolo 2.2, Parte I). È possibile che un sovraconsumo specialistico non mirato costituisca comunque un fattore protettivo per la salute dei più

ricchi (come sembrerebbe a una lettura superficiale della loro capacità di presentare i propri problemi di salute in modo più tempestivo e in forme meno gravi). In tal caso la restrizione dei LEA potrebbe contribuire a scoraggiare i più deboli a prendersi cura della propria salute; si tratta di un quesito ancora aperto per la ricerca qualitativa sulle ragioni delle disuguaglianze nell'accesso alle cure. Piuttosto preoccupante è in-

vece il settore dei LEA che riguarda le prestazioni sociosanitarie: nuove disuguaglianze geografiche e sociali potrebbero prodursi nella disponibilità di servizi per gli anziani e i malati mentali nel momento in cui una parte di queste prestazioni dovessero ricadere sotto la responsabilità delle comunità locali, diventando oggetto di scelte discrezionali di queste amministrazioni.

Considerazioni di efficienza potrebbero suggerire di introdurre forme di sovraequità tra le variabili operative che definiscono il LEA, per esempio nelle liste d'attesa: un LEA sarebbe più efficiente se agisse su fasce di popolazione dove massima è la potenzialità di risultato. Le politiche di *welfare* universalistiche sarebbero inidonee a limitare l'impatto delle ingiustizie e invertirne il corso, dato che queste politiche distribuiscono reti di garanzie in modo uniforme per tutte le persone, quando invece il bisogno non è distribuito in modo uniforme, bensì tende a cumularsi in circuiti di svantaggio da cui le persone non saprebbero uscire da sole; occorrerebbero invece politiche di trampolino, quelle cioè capaci di fare uscire i più bisognosi da quei circuiti di svantaggio. Anche nell'assistenza sanitaria sarebbe necessario studiare e sperimentare procedure operative di discriminazione positiva da includere nella definizione dei LEA, che funzionino da trampolino per superare la trappola del ritardo di presentazione e di ricerca della soluzione appropriata di un problema di salute, come si è osservato nelle forme di medicina d'iniziativa, per esempio nell'assistenza ai pazienti diabetici.⁸

Un caso particolare è l'introduzione di una nuova tecnologia. Nel primo periodo della sua attivazione è probabile che si sviluppino disuguaglianze nell'accesso a sfavore dei più poveri e meno istruiti, dato che in presenza di un'offerta anco-

ra scarsa (per diffusione strumentale e di competenze professionali) sono i più ricchi di risorse culturali, materiali e relazionali quelli che sanno negoziare un accesso facilitato alla tecnologia. L'impatto sulle disuguaglianze nella salute sarebbe particolarmente intenso in tutti i casi in cui la riserva di salute aggredibile dalla nuova tecnologia sia rilevante per tutti (per esempio un trapianto o un *by-pass* per la sopravvivenza o una protesi d'anca per la qualità della vita), mentre sarebbe trascurabile nei casi in cui il beneficio guadagnabile dai più ricchi sia modesto (per esempio la neonatologia intensiva rispetto alla mortalità perinatale, laddove i figli dei ricchi hanno già raggiunto il traguardo di bassa mortalità che è biologicamente raggiungibile, e tutto il beneficio residuo è a vantaggio dei più poveri che con la neonatologia colmerebbero lo svantaggio di partenza).

Un'altra questione importante per le disuguaglianze nella salute riguarda tutte le situazioni in cui nella definizione di LEA venga incluso un criterio che discrimina l'accesso sulla base della possibilità che la persona ha di trarre vantaggio dalla cura. Spesso questi criteri riguardano scelte personali (il fumo, per esempio) sulle quali le persone di bassa posizione sociale hanno un livello di controllo molto limitato, proprio a causa delle loro storie di vita e dei fattori di *stressa* cui sono esposti. È ovvio che questi criteri discriminerebbero fortemente l'accesso ai LEA sulla base delle condizioni sociali delle persone.

Solo un sistema e un'organizzazione sanitaria sensibili e vigili in fase di progettazione e di attuazione sono in grado di identificare e monitorare i tanti modi con cui si possono realizzare discriminazioni all'accesso e all'uso di cure efficaci e tempestive.

Bibliografia

1. Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. *Un patto di solidarietà per la salute*. Roma, Ministero della Sanità, 1998.
2. Acheson D, Barker D, Chambers J, Graham H, Marmot M, Whitehead M. *Independent inquiry into inequalities in health*. Report. London, The Stationery Office, 1998.
3. Ministero della Sanità. *I determinanti sociali della salute. I fatti concreti*. [translated from Wilkinson R, Marmot M. Social determinants of health. The solid facts]. Rome, WHO Europe, 1998.
4. 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.
5. Segnan N, Mancini E. I determinanti del ricorso allo screening dei tumori femminili. In: Istituto Nazionale di Statistica. *Informazione statistica e politiche per la promozione della salute. Atti del Convegno*. Roma, ISTAT, 2004, in stampa.
6. Parlamento Italiano. Legge 23 dicembre 1998, n.448, art. 71, *Piano straordinario di interventi per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani*.
7. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, http://www.ministerosalute.it/resources/static/psn/documenti/psn_2003-2005.PDF
8. Gnani R, Petrelli A, Demaria M, Spadea T, Carta Q, Costa G. Mortality and educational level among diabetic and non diabetic population in the Turin Longitudinal Study: a 9-year follow-up. *Int J Epidemiol*. (accettato per la pubblicazione).

PARTE II

**Fonti informative, classificazioni
e misure per il monitoraggio
delle diseguaglianze sociali
nella salute in Italia**

**Sources of information,
classification and measures
for monitoring social
inequalities in health in Italy**

1. Introduzione

Introduction

Mario Cardano

Dipartimento di scienze sociali, Università di Torino

In Italia le riflessioni sulle diseguaglianze di salute muo-
vono da una tradizione di ricerca molto giovane: i primi
studi sistematici su questo tema risalgono alla fine degli an-
ni ottanta e, da allora, hanno avuto uno sviluppo significa-
tivo ma a tutt'oggi ancora limitato. Altro è il livello di svi-
luppo di questa linea di ricerca nel Regno Unito e nei paesi
scandinavi, dove al riconoscimento della centralità delle di-
seguaglianze di salute si accompagna la disponibilità di una
ricca documentazione empirica e di procedure di analisi con-
solidate. Analoghe difficoltà affliggono anche altri paesi eu-
ropei, in particolare del Sud Europa, tuttavia l'Italia sotto
questo profilo presenta alcune specificità degne di nota.

La prima riguarda lo squilibrio che caratterizza la distribu-
zione della ricerca sul territorio nazionale. Si tratta di un fe-
nomeno che riflette non solo la più che legittima differenza
negli orientamenti di ricerca interna alla comunità scientifica,
ma, soprattutto, la disomogenea distribuzione della do-
cumentazione empirica. Un problema che, in alcuni casi, ha
origine nella mancata registrazione delle informazioni perti-
nenti – lo stato di salute e la posizione sociale degli indivi-
dual – in altri termini, nella non piena fruibilità (per ragioni
burocratiche o tecniche) delle informazioni disponibili.

A ciò si lega la seconda specificità da considerare: la scarsa
integrazione tra dati sanitari e dati sociali, tra la descrizione
dello stato di salute della popolazione e la descrizione della
posizione sociale. Con poche eccezioni i sistemi informativi
di fonte sanitaria, benché offrano una rappresentazione ac-
curata del profilo epidemiologico della popolazione, non for-
niscono informazioni altrettanto accurate sulla posizione so-
ciale degli individui. Questo può accadere sia perché lo stru-
mento di rilevazione impiegato prende nota della posizione
sociale in modo non accurato (attraverso classificazioni del-
la posizione sociale rudimentali o comunque inadeguate al-
lo studio delle diseguaglianze di salute), sia perché alla pro-
gettazione di uno strumento accurato non segue un impie-
go metodico. Basti per tutti l'esempio delle schede di dimi-
sione ospedaliera, spesso compilate con cura nella sezione sa-
nitaria, ma lasciate in bianco nelle parti riservate alla descri-
zione della posizione sociale dei degenti.

L'ultima peculiarità su cui merita soffermarsi riguarda la scar-
sa integrazione tra la ricerca epidemiologica e la ricerca so-

ciale. Nel nostro paese – diversamente da quanto accade nel
resto d'Europa – le comunità scientifiche degli epidemiologi
e degli scienziati sociali hanno rapporti tutt'altro che stret-
ti. I progetti di ricerca che vedono una equilibrata combi-
nazione di questi due generi di sapere si contano sulle dita
di una mano e ancor più rare sono le iniziative di formazio-
ne genuinamente multidisciplinare.¹

I punti critici accennati sopra emergono innanzitutto nella
rappresentazione delle diseguaglianze della salute, resa pos-
sibile dalla documentazione empirica disponibile: una rap-
presentazione non sempre aggiornata in modo puntuale e
che lascia scoperte vaste aree del territorio nazionale, quin-
di, in definitiva, non adeguata per la guida delle politiche so-
ciali concepite per contrastare le diseguaglianze di salute. Da
qui la necessità di costruire, anche nel nostro paese, un si-
stema accurato di monitoraggio delle diseguaglianze di salu-
te, attraverso l'arricchimento e la valorizzazione dei flussi
informativi correnti e la promozione di nuove linee di do-
cumentazione e ricerca scientifica. Le raccomandazioni pro-
poste in queste pagine servono questo scopo, intendono cioè
promuovere la crescita e l'arricchimento delle fonti infor-
mative, facilitandone l'integrazione reciproca e la piena im-
piegabilità nello studio delle diseguaglianze di salute.

L'efficacia di un sistema di monitoraggio delle diseguaglian-
ze di salute dipende da una pluralità di fattori (tecnici, or-
ganizzativi e scientifici) relativi alla produzione e all'analisi
della documentazione empirica pertinente. Le raccomanda-
zioni raccolte qui insistono sull'aspetto scientifico; in parti-
colare sulle procedure di rappresentazione della posizione so-
ciale di individui e famiglie e sull'analisi della relazione tra
posizione sociale e stato di salute. Nel declinare queste rac-
comandazioni abbiamo tuttavia tenuto conto dei vincoli tec-
nici (per esempio la diffusione di archivi informatizzati e la
natura dei flussi informativi) e organizzativi entro cui le pro-
cedure di rilevazione e analisi delle diseguaglianze di salute
verranno sviluppate. In specifico la stesura delle raccoman-
dazioni è stata orientata da tre principi:

■ **plausibilità scientifica.** Le procedure proposte sono sta-
te sviluppate in accordo con le linee guida prodotte da un
gruppo di esperti a livello internazionale nell'ambito del

I. Sull'importanza di un approccio multidisciplinare nello studio delle diseguaglianze di salute insiste con forza il programma di ricerca dell'European Science Foundation «Social Variations in Health Expectancy in Europe» (vedi in documento all'indirizzo internet: <http://www.uni-duesseldorf.de/health/>).

«Programma di monitoraggio della salute» della Commissione europea al quale hanno aderito i redattori di queste pagine.^{II} Il piano di lavoro è stato articolato in tre fasi: nella prima fase è stata sviluppata una serie preliminare di linee guida che considerassero esplicitamente valutazioni sia pratiche (per esempio, la disponibilità dei dati e la semplicità di calcolo) sia teoriche; durante la seconda fase le linee guida preliminari sono state applicate su dati provenienti dai registri di mortalità e da indagini multiscopo sulla salute, coprendo un largo raggio di indicatori di salute e di indicatori socioeconomici e includendo tutti gli stati dell'Unione Europea, ciascuno con dati rappresentativi a livello nazionale; nella terza e ultima fase, basandosi sull'esperienza delle analisi descrittive fatte in precedenza, sono state formulate le linee guida definitive, approvate da tutti i partecipanti al gruppo di lavoro;

■ **facilità di applicazione.** Le raccomandazioni sono state messe a punto considerando innanzitutto l'esigenza di estendere la copertura del sistema di monitoraggio delle disuguaglianze di salute nel nostro paese. Da qui la preferenza accordata a procedure di rilevazione e analisi che possano trovare applicazione anche su fonti informative non particolarmente ricche;

■ **flessibilità.** Per ciascun ambito disciplinato dalle raccomandazioni abbiamo indicato un insieme di procedure non già equifinali, ma, quantomeno, equivalenti e capaci di garantire la confrontabilità dei risultati forniti.

Le procedure di consolidamento e sviluppo di un sistema di monitoraggio delle disuguaglianze sociali di salute prevedono, sul piano logico, l'articolazione in quattro momenti: l'individuazione delle fonti informative appropriate, la rilevazione della posizione sociale, le analisi statistiche dei dati raccolti e, da ultimo, l'interpretazione della relazione tra posizione sociale e salute. A tale suddivisione corrisponde la struttura della Parte II di questo volume, che si apre con una descrizione delle fonti informative e dei possibili modelli di studio (capitolo 2), a cui segue la proposta di un insieme di raccomandazioni relative alla rilevazione della posizione sociale (capitolo 3) e una sezione dedicata all'analisi e alla valutazione delle disuguaglianze di salute (capitolo 4). La rilevazione dello stato di salute non verrà approfondita in modo adeguato, non essendo lo scopo principale di questo documento, che dell'argomento affronta solo gli aspetti di base delle misure di occorrenza e delle dimensioni di salute utilizzate più spesso nello studio delle disuguaglianze. Il documento si chiude con alcune brevi osservazioni (capitolo 5).

II. Per una trattazione più approfondita si rimanda al documento redatto da Kunst A, Bos V, Mackembach 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. Final Report.* Rotterdam, Department of Public Health, Erasmus University, 2001.

2. Le fonti informative e le strategie di studio Source of information and study models

Giuseppe Costa

Dipartimento di sanità pubblica e microbiologia, Università di Torino

2.1 Una classificazione

A classification

Uno dei punti critici per lo sviluppo della ricerca e della sorveglianza sulle disuguaglianze nella salute in Italia è la povertà di fonti informative adeguate che rendano disponibili sia il dato socioeconomico sia quello sanitario. Per superare questo limite, negli anni novanta sono state percorse diverse vie, raccolte in gran parte nel programma di sorveglianza della mortalità per professioni denominato ReSò, promosso dal Ministero della sanità e curato dalla Regione Piemonte, e negli sviluppi delle indagini ISTAT sulla mortalità differenziale e sullo stato di salute.¹

Di seguito verranno discusse le principali strategie di studio delle disuguaglianze nella salute (ovvero i tipi di fonte informativa e di modello di studio) insieme con la valutazione delle rispettive potenzialità e vocazioni all'uso, mentre per una valutazione più analitica di ognuna delle fonti informative considerate si rimanda all'appendice.

È noto che la frequenza o rischio di morte, malattia o altro problema di salute si misura attraverso il rapporto tra il numero di casi osservati (numeratore) e il numero di candidati a essere casi, ovvero la popolazione di suscettibili da cui pro-

vengono i casi (denominatore). In assenza di denominatori congruenti, si possono calcolare misure di tipo proporzionale, interne all'archivio dei casi: per esempio in uno studio di mortalità proporzionale, si utilizza il rapporto tra il numero di morti per una causa specifica e il totale dei morti o i morti per altre cause. La stima del rischio in un modello di tipo proporzionale presenta due limiti principali: non si possono calcolare tassi di mortalità o morbosità complessiva e le stime dipendono molto dalla composizione percentuale delle diverse cause di morte o di malattia (il *case-mix*), pertanto non sempre sono rappresentative dei rischi nella popolazione.

Nel caso dell'analisi delle disuguaglianze sociali nella salute, le misure precedentemente definite vengono calcolate separatamente per ciascuna classe socioeconomica, e messe in seguito a confronto (vedi capitolo 4, Parte II).

Le strategie di studio delle disuguaglianze si differenziano secondo due criteri:

1. la fonte dell'informazione socioeconomica sia per i casi sia per i suscettibili;
2. l'unità statistica a cui si riferisce l'indicatore socioeconomico.

■ **Fonti dell'informazione socioeconomica.** Per misurare

Schematizzazione del criterio 1: disponibilità del dato socioeconomico e modello di studio

informazione socioeconomica sui casi (numeratore)	informazione socioeconomica sui suscettibili (denominatore)	modello di studio
1. presente su fonte A	presente su fonte A	informazione completa su un'unica fonte; misure di rischio non distorte
2. presente su fonte A	presente su fonte B	informazione ricavata da due fonti; misure di rischio soggette a distorsione da diversa rilevazione
3. acquisita da fonte B (attraverso <i>record-linkage</i>)	presente su fonte B	informazione ricavata da altra fonte; misure di rischio soggette a distorsione da <i>record-linkage</i>
4. presente su fonte A	assente	informazione sul denominatore assente; misure di rischio soggette a distorsione da modello proporzionale
5. acquisita da fonte B (attraverso <i>record-linkage</i>)	assente	informazione ricavata da altra fonte solo sul numeratore; misure di rischio soggette a distorsione da modello proporzionale e da <i>record-linkage</i>

N.B.
 fonte A: riporta le informazioni sullo stato di salute (casi); generalmente la fonte da cui parte lo studio
 fonte B: riporta informazioni solo sulla popolazione (suscettibili); generalmente una fonte non sanitaria di supporto allo studio

correttamente le disegualianze di salute occorre disporre di dati socioeconomici di valore comparabile sia per il numeratore sia per il denominatore. Ora, è possibile che i dati relativi al numeratore e al denominatore provengano dalla stessa fonte informativa (generalmente, la fonte sanitaria da cui si rileva lo stato di salute), oppure da fonti diverse, e che alcune di queste fonti riportino le informazioni socioeconomiche secondo modalità paragonabili, oppure diverse e incompatibili tra loro.

Di seguito vengono riassunti i possibili casi di disponibilità dell'informazione e le principali caratteristiche dei rispettivi modelli di studio.

Per ciascuno dei modelli di studio esposti, riportiamo gli esempi più comuni di applicazione in Italia:

■ **modello 1:** indagini trasversali (campionarie o universali), quali quelle condotte dall'ISTAT, su base regionale o nazionale, sugli esiti riproduttivi (per esempio attraverso i certificati di interruzione volontaria di gravidanza)² o sulla salute, gli stili di vita e l'uso dei servizi;³⁻⁵

■ **modello 2:** indagini sulla mortalità infantile, con il numeratore tratto dalle schede di morte e il denominatore dalle schede di assistenza al parto;⁶ indagini sull'occorrenza di infortuni, con il numeratore da fonte INAIL sugli eventi e il denominatore da fonte ISTAT sugli addetti;⁷

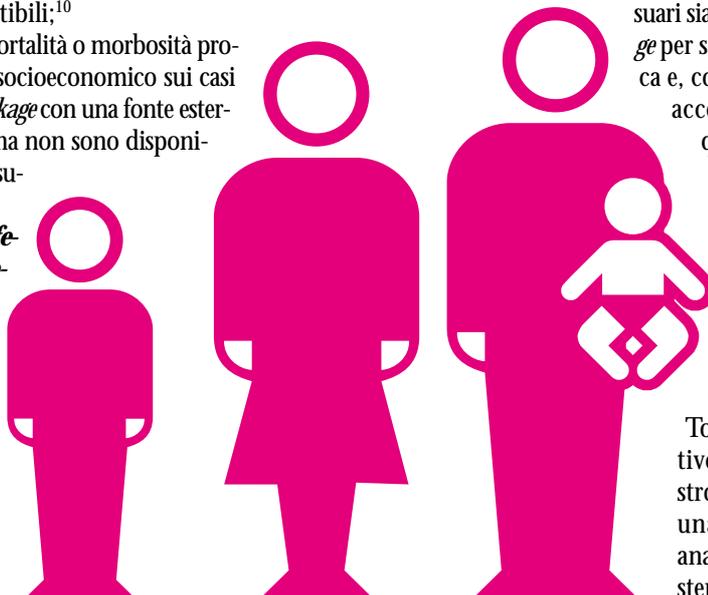
■ **modello 3:** indagine nazionale ISTAT sulla mortalità differenziale¹ e studi longitudinali locali su mortalità e morbosità (quali quelli torinese e toscano,^{8,9} denominati rispettivamente SLT e SLTo) nei quali l'informazione socioeconomica deriva dal censimento o dall'Anagrafe tributaria e viene trasferita via *record-linkage* ai flussi informativi sanitari;

■ **modello 4:** indagini sulla mortalità o morbosità proporzionale nelle quali il dato socioeconomico sui casi è disponibile sulla stessa fonte informativa sanitaria (schede di morte o di dimissione ospedaliera) ma non sono disponibili analoghe informazioni sui suscettibili;¹⁰

■ **modello 5:** indagini sulla mortalità o morbosità proporzionale nelle quali il dato socioeconomico sui casi è disponibile solo via *record-linkage* con una fonte esterna, come l'INPS o l'INAIL, ma non sono disponibili analoghe informazioni sui suscettibili.¹¹

■ **Unità statistica a cui si riferisce l'indicatore socioeconomico.** L'indicatore socioeconomico può essere riferito:

- direttamente all'individuo: l'unità statistica è l'individuo, a cui è attribuito un valore dell'indicatore;
- direttamente al contesto: l'unità statistica è un aggregato geografico, a cui è attribuito un valore dell'indicatore;



- indirettamente riferito all'individuo: l'unità statistica è l'individuo, ma a essa viene attribuito (a uso di variabile *proxy*) un valore dell'indicatore aggregato su base geografica.

Dall'incrocio dei due criteri derivano diverse strategie di studio delle disegualianze nella salute, che si distinguono per avere un'unica fonte completa delle informazioni sui casi e sui suscettibili o due fonti distinte, per associare o meno le fonti attraverso una chiave di *record-linkage* e per fare uso di indicatori direttamente o indirettamente riferiti all'unità statistica in studio.

2.2 Modelli di studio basati sul *record-linkage*

Record-linkage based models

Tra le strategie di studio presentate ricorrono con una certa frequenza quelle fondate sul *record-linkage* tra più fonti, che comportano alcune difficoltà operative e di legittimità e vengono quindi illustrate più in dettaglio.

Il modello basato sui dati di censimento ha trovato diverse soluzioni (studi di mortalità differenziale ISTAT, SLT, SLTo), imperniate sugli stessi ingredienti ma con espressioni diverse che corrispondono a diverse necessità di tutela della confidenzialità e di esercizio dei ruoli dei soggetti titolari dello studio. In tutti i casi, essendo i dati censuari anonimi, la chiave di *record-linkage* è costituita da sezione e foglio di censimento, sesso e data di nascita del soggetto: in questo modo si arriva a una identificazione quasi univoca, che esclude solo la possibilità di identificare i gemelli conviventi e dello stesso sesso.

Nel caso di SLT si tratta di un modello longitudinale prospettico che procede attraverso la creazione di una coorte e il *follow-up* di eventi a rilevanza sanitaria a cura di un unico soggetto (il Comune di Torino) che detiene sia i dati censuari sia la chiave di *record-linkage* per scopi di verifica anagrafica e, contemporaneamente, ha accesso a dati sanitari in quanto autorità sanitaria locale. In questa sua posizione può integrare per scopi statistici le diverse fonti di dati in un modello longitudinale di osservazione.

Nel caso della mortalità differenziale o di SLTo, il percorso è retrospettivo. A partire da un registro di dati sanitari recante una chiave identificativa anagrafica, il titolare del sistema informativo sanitario

ottiene i dati censuari dal soggetto competente (l'Ufficio statistico regionale) e separatamente chiede al titolare dei dati anagrafici (il comune di residenza) di attribuire la chiave di *record-linkage* al caso registrato. Il comune trasmette i dati richiesti, se il caso era stato censito nel comune stesso, altrimenti comunica il comune di provenienza a cui la richiesta va inoltrata, fino ad arrivare al comune di censimento. Nel caso che il comune sia uno solo, la proporzione di successo è alta, nel caso che siano più di uno è invece alta la proporzione di insuccesso. Inoltre, più è distante dal censimento la data di accadimento del caso, più è probabile che il soggetto si sia mosso nell'intervallo di tempo, rendendo difficile l'eventualità di rintracciarlo.

In entrambi i casi la tutela della confidenzialità è garantita dalla gestione separata del *linkage* tra dati censuari, dati sanitari e chiavi identificative da parte dei soggetti titolari. Un ulteriore presidio di tutela potrebbe essere rappresentato da un campionamento della popolazione sottomessa a *record-linkage*.

Nel caso del modello fondato sull'Anagrafe tributaria (AT), la tutela della confidenzialità segue un percorso più semplice, stante che non si tratta di un *record-linkage* individuale ma geografico, generalmente basato sulla sezione di censimento. Le difficoltà possono insorgere solo dalla necessità di coinvolgere un terzo soggetto nel processo e di coordinare i rapporti tra le parti. Infatti, spetta al comune fornire all'anagrafe tributaria una copia dell'anagrafe di popolazione, comprensiva di codice fiscale o dati identificativi per il suo calcolo, codice di famiglia e sezione di censimento. Con questi ingredienti l'AT può attribuire a ogni famiglia i redditi denunciati dai suoi componenti ed elaborare, per tutti i residenti in una sezione di censimento, indicatori di distribuzione del reddito familiare (vedi capitolo 3.5, Parte II). Successivamente il titolare dei dati sanitari (la ASL, la Regione o l'ISTAT) deve cercare, attraverso un *record-linkage* con l'anagrafe comunale, di attribuire a ciascun soggetto nel registro dei casi il dato sulla sezione di censimento di residenza, in modo da poter riferire i casi alla popolazione residente e classificarli per livello di reddito della sezione.

2.3 Validità dei modelli

Models validity

Prescindendo dalla qualità del dato socioeconomico, di cui si discute nel capitolo successivo, in questa sede sono da valutare la confrontabilità del dato socioeconomico tra numeratore e denominatore e la validità del modello di studio.

Tutti i modelli in cui la fonte informativa utilizzata per il dato socioeconomico del numeratore e del denominatore è la stessa assi-

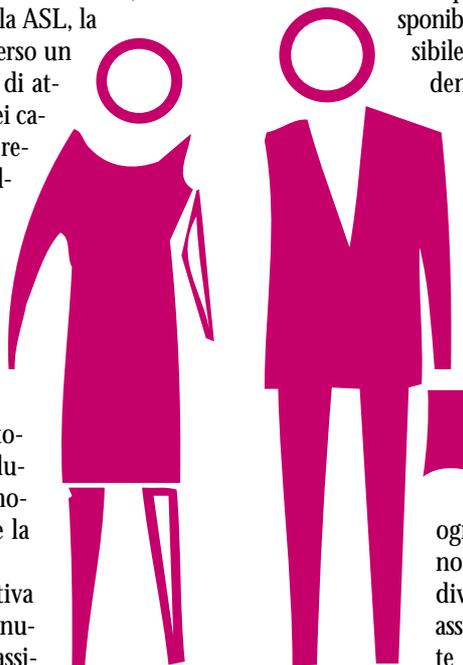
curano ovviamente buona confrontabilità.

Il modello con una sola fonte completa e indicatore diretto, che presenta tutte le virtù della validità scientifica nell'osservazione, è quello più oneroso, in quanto richiede di rilevare il dato sulla malattia per tutti i soggetti suscettibili; essendo i problemi di salute eventi o stati tendenzialmente rari, è chiaro che tale strategia sia molto onerosa e dovrebbe essere riservata allo studio di eventi o stati ad alta prevalenza.

Il modello fondato su due fonti, con indicatore socioeconomico misurato in modo diretto in una fonte e propagato all'altra fonte via *record-linkage*, rappresenta una soluzione molto utile sia per convenienza sia per validità. Infatti la validità è assicurata dalla comparabilità del dato socioeconomico per i casi e i suscettibili e dal livello individuale di misura, anche se occorre garantire la massima completezza del *record-linkage*, o, quantomeno, minimizzare fenomeni di *linkage* selettivo. La convenienza deriva dal fatto che il dato socioeconomico deve essere misurato in una sola fonte e dal poter utilizzare in economia fonti informative generate per scopi statistici o amministrativi che già giustificano pienamente la loro esistenza. Qualche difficoltà può nascere dall'esigenza di tutelare la confidenzialità nell'utilizzo di dati per scopi differenti da quelli per cui erano stati rilevati. Inoltre, il modello presenta potenziali distorsioni legate alle difficoltà di realizzare un *record-linkage* di buona completezza; tuttavia, per generare gravi distorsioni, l'incompletezza dovrebbe essere selettiva, cioè influenzata contestualmente dal livello socioeconomico e dallo stato di salute dell'unità statistica, condizione limitata alle aree di più acuta marginalità sociale (*homeless*, clandestini, eccetera). Il modello è quindi particolarmente raccomandabile in tutte le circostanze in cui le fonti infor-

mative si prestino al *record-linkage*, sia per la disponibilità di una chiave sufficientemente sensibile, sia per l'assenza di ostacoli di confidenzialità. In Italia queste circostanze si

possono realizzare in situazioni locali favorevoli per l'impianto di studi longitudinali, dove il dato socioeconomico dei suscettibili è direttamente rilevato dal censimento di popolazione e può essere trasferito ai casi attraverso *record-linkage* per via anagrafica con gli archivi di mortalità e morbosità disponibili a livello locale (ricoveri, prescrizioni farmaceutiche, registri di patologia). Inoltre il modello è raccomandabile per scopi di epidemiologia occupazionale, ogni qualvolta fonti informative recanti notizie sulla storia professionale di un individuo (INPS, INAIL) possono essere associate con fonti informative sulla salute (cause di morte, ricoveri ospedalieri),



per il monitoraggio della morbosità e della mortalità secondo l'occupazione.

Qualora la completezza del *record-linkage* sia insoddisfacente ma distribuita in modo casuale, si può utilizzare il risultato del lavoro attraverso tecniche di analisi proporzionale. Il modello in questo caso è basato sulla sola fonte dei casi, con dati socioeconomici rilevati direttamente sull'individuo, e si presta alla valorizzazione di tutte le fonti informative sanitarie e statistiche (cause di morte, ricoveri) che rilevano anche il dato socioeconomico. Questi modelli soffrono dei problemi di validità nella stima dei differenziali di rischio tipici di tutte le analisi proporzionali, in cui si assume che la distribuzione socioeconomica complessiva dei casi sia una rappresentazione valida di quella dei suscettibili. Tale assunzione in realtà non sempre viene soddisfatta, soprattutto quando si studiano differenze secondo variabili misurate su poche modalità (per esempio il titolo di studio); viceversa nel caso di variabili a molte modalità (come succede con le professioni o le attività economiche) la fondatezza dell'assunzione può essere sostenuta.

Sul fronte delle misure indirette del dato socioeconomico il modello più utilizzato è quello delle due fonti senza *record-linkage*, con il dato socioeconomico aggregato elaborato a un livello di aggregazione riconoscibile in entrambe le fonti. Il modello presenta grande convenienza poiché il dato socioeconomico non deve essere rilevato su nessuna delle due fonti (casi e suscettibili), che devono solo provvedere a rilevare l'identificativo del livello di aggregazione usato (per esempio, provincia, comune, sezione di censimento). Il principale inconveniente è la distorsione ecologica, ovvero l'errore che si commette attribuendo a tutti gli individui residenti in un'area lo stesso valore, pari alla media dell'area: l'errore è ovviamente tanto più alto quanto maggiore è la dimensione dell'aggregato di individui e la loro conseguente eterogeneità. Nell'esperienza italiana, la distorsione ecologica può essere minimizzata solo ricorrendo al livello minimo di granularità geografica disponibile, cioè quello delle sezioni di censimento. Nel nostro paese le fonti informative sui casi e sui suscettibili raramente recano il dato sulla sezione del censimento, che può essere recuperato o direttamente dall'anagrafe comunale competente, o da uno stradario capace di convertire l'indirizzo della residenza nel numero della sezione censuaria; questo modello quindi mantiene con-

v e -

nienza e validità accettabili nelle situazioni dove tale dato sia facilmente ricavabile, condizione che si verifica nelle aree in cui i comuni sono collaborativi. Viceversa, se la granularità disponibile è solo comunale (cosa che si verifica sistematicamente per tutte le fonti informative nel nostro paese) la convenienza è massima, ma la validità rischia di essere seriamente compromessa sia dalla grande variabilità di dimensione dei comuni (con popolazioni che vanno da poche decine ai quasi tre milioni di Roma), sia dall'errore ecologico.

La misura di tipo indiretto potrebbe essere utilizzata anche in tutte le circostanze in cui sia disponibile solo una fonte informativa sui casi e si intenda analizzare le differenze con tecniche proporzionali. Tuttavia le distorsioni derivanti dalle analisi proporzionali quando applicate a poche modalità (come il caso degli indici di deprivazione ricavabili a livello aggregato) sconsigliano l'utilizzo di questo modello.

In conclusione, la capacità di studio e monitoraggio della salute in Italia potrebbe essere ragionevolmente migliorata attraverso una strategia informativa che sviluppi:

■ **a livello nazionale**

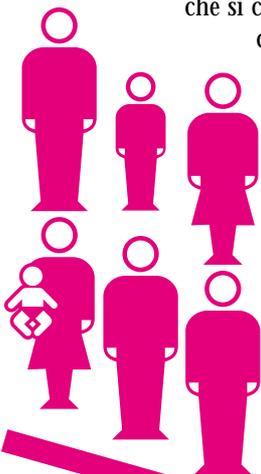
■ le indagini campionarie sulla salute e le schede di natalità. Attualmente la rilevazione dei dati socioeconomici si presta bene all'applicazione delle scale di misura previste dalle seguenti raccomandazioni, salvo che nel caso del dato aggregato solo al livello comunale: un'integrazione che porti a rilevare in modo sistematico la sezione di censimento sarebbe indispensabile;

■ le fonti informative statistiche e sanitarie sulla mortalità e sulla morbosità. Per questi casi lo sviluppo ideale sarebbe uno studio longitudinale nazionale su base campionaria, secondo il modello a due fonti dirette con *record-linkage*, ma la sua fattibilità è già stata messa in discussione dalle precedenti esperienze; gli sviluppi auspicabili riguardano il modello a due fonti e indicatore indiretto, con acquisizione della sezione di censimento via stradario (fattibilità ancora da verificare) o i modelli con analisi proporzionali, che però sono di maggiore interesse e meno distorte nel caso dello studio di misure socioeconomiche con molte modalità (come le professioni);

■ **a livello locale**

(o a livello specialistico di epidemiologia occupazionale, per esempio) è ragionevole pensare che tutti i modelli citati siano applicabili in ordine di preferibilità:

- il modello a una fonte diretta per gli studi campionari di morbosità;
- il modello a due fonti dirette con *record-linkage* per la mortalità e la morbosità;
- il modello a due fonti indirette senza *record-linkage* per la mortalità infantile o i ricoveri, nei casi in cui SDO e schede di morte riportino il dato;
- il modello con analisi di mortalità e morbosità proporzionali.



Per ottenere questi sviluppi non bastano linee guida ma occorrono investimenti e una regolamentazione autorizzata per l'uso delle fonti. Sul fronte dell'accesso alle fonti occorre superare le difficoltà del trattamento dei dati. Il principio di tutela della riservatezza individuale, che è alla base della L. 675/96, non deve essere messo in conflitto con il principio di tutela della salute pubblica, al cui scopo corrispondono questi modelli di sorveglianza e di ricerca della salute sociale, occupazionale e ambientale. La sensibilità sociale oggi si misura su soglie di accettabilità del rischio sempre più basse, inferiori a 1 ogni 100.000 persone/anno. La sorveglianza non può far fronte alla necessità di stu-

dio di rischi così poco frequenti con ricerche di piccole dimensioni, alla portata del vincolo del consenso informato. Occorre una regolamentazione che disciplini finalità, tipi di dati, soggetti titolari al trattamento e tipi di trattamento che sono necessari per realizzare tale sistema di sorveglianza nel nostro paese.

Sul fronte degli investimenti è prioritario trovare una formula di copertura delle necessità di sorveglianza della morbosità e della mortalità a livello nazionale: la formula basata sull'acquisizione delle sezioni di censimento nei sistemi informativi individuali sembra garantire il miglior rapporto tra costo, risultato e libertà da vincoli di confidenzialità.

Bibliografia

1. Istituto Nazionale di Statistica. *La mortalità differenziale secondo alcuni fattori socio-economici. Anni 1981-1982*. Roma, ISTAT, 1990.
2. Istituto Nazionale di Statistica. *Interruzioni volontarie di gravidanza - anno 1999*. Roma, ISTAT - settore sanità e previdenza; collana informazioni, 2001.
3. Istituto Nazionale di Statistica. *Le condizioni di salute della popolazione. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", anni 1999-2000*. Roma, ISTAT, 2001.
4. Istituto Nazionale di Statistica. *Stili di vita e condizioni di salute*. Roma, ISTAT - settore famiglia e società; collana informazioni, 2002.
5. Istituto Nazionale di Statistica. *Fattori di rischio e tutela della salute, anni 1999-2000*. Roma, ISTAT - settore sanità e previdenza; collana informazioni, 2002.
6. Gnani R, Costa G. Esiti della gravidanza, mortalità infantile e titolo di studio della madre in Piemonte dal 1980 al 1995. *Epidemiol Prev* 2002; 26(5): 225-33.
7. Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro. *Secondo Atlante Nazionale degli Infortuni sul Lavoro*. Roma, Monografico di Fogli d'Informazione Ispesl, 2000.
8. Costa G, Demaria M. Un sistema longitudinale di sorveglianza della mortalità secondo le caratteristiche socioeconomiche, come rilevate ai censimenti di popolazione: descrizione e documentazione del sistema. *Epidemiol Prev* 1988; 10: 37-47.
9. Biggeri A, Gorini G, Dreassi E, Kalala N, Lisi C. *SLTo (Studio Longitudinale Toscano). Condizione socio-economica e mortalità in Toscana*. Regione Toscana, collana "Informazioni Statistiche", 2001.
10. Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro. *Mortalità per professione in Italia nel 1973*. Roma, Supplemento monografico al n. 1/97 di Fogli d'Informazione Ispesl, 1998.
11. Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro. *Mortalità per professioni in Italia negli anni '80*. Roma, Collana Quaderni ISPESL, 1995.

3.

La rilevazione della posizione sociale

Measuring social position

Mario Cardano,¹ Chiara Marinacci²

¹ Dipartimento di scienze sociali, Università di Torino

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

Introduzione

Lo studio della relazione tra stato di salute di una popolazione e l'insieme di fattori etichettati come «determinanti sociali»¹ si sviluppa in una pluralità di direzioni che ritraggono, ciascuna a proprio modo, «l'esposizione» degli individui a uno specifico insieme di circostanze sociali. L'esposizione viene biologicamente incorporata da ciascun individuo,² incisa nella fisiologia e nella patologia del corpo.³ L'analisi di questa esperienza mette a fuoco ora le caratteristiche del contesto sociale che la determinano, ora la percezione soggettiva di quel contesto; si concentra ora sulla collocazione degli individui nello spazio sociale, responsabile della diversificazione delle loro esperienze, ora sull'azione degli individui che costruiscono questa esperienza in interazione con individui o istituzioni. Ciascuna linea di ricerca fornisce un contributo specifico allo studio delle disuguaglianze di salute, alla loro descrizione e, in alcuni casi, alla spiegazione dei meccanismi che stanno alla base della loro generazione. La costruzione di un sistema di monitoraggio delle disuguaglianze muove in prima istanza da esigenze di tipo descrittivo e, a questo scopo, la prospettiva di studio che sembra più promettente è quella che considera la relazione tra posizione sociale e salute.

3.1 I modelli di rappresentazione della posizione sociale: classi o strati sociali

Models of social position: social classes and strata

Il concetto di posizione sociale implica quello di uno «spazio sociale» entro cui gli individui trovano collocazione e si muovono nel corso della loro vita (mobilità sociale). Nella ricerca sociale la rappresentazione di questo spazio segue due direzio-

ni distinte. La prima individua in questo spazio discontinuità dettate dalle relazioni di potere che tessono la struttura sociale e mette capo a una rappresentazione in termini di «classi sociali», i cui confini, in ultima istanza, sono dettati dalla divisione sociale del lavoro. La seconda rappresenta questo spazio come un *continuum* di posizioni definite dall'ammontare di risorse che compete a coloro che le ricoprono e raccoglie queste posizioni in un numero finito di insiemi quanto più possibile omogenei detti «strati sociali». Nella prima prospettiva l'attenzione cade principalmente sulle disuguaglianze relazionali, le disuguaglianze di potere;¹ nella seconda sulle disuguaglianze distributive.⁵ Sulla relazione tra queste due prospettive di ricerca convivono nella letteratura sociologica diverse persuasioni. Tralasciando la posizione di Tocqueville,⁶ per il quale classi e strati non sono soltanto modelli alternativi di rappresentazione della realtà, ma differenti e successive realtà storiche, nella letteratura più recente troviamo autori, come Gallino,⁷ che vedono i due domini semantici come parzialmente sovrapposti,^{II} altri, quali Boudon e Bourricaud,⁸ che stabiliscono una relazione di sottoclasse nella quale il concetto di stratificazione sociale si differenzia da quello di classe per una maggior generalità e, in ultimo, autori, come Schizzerotto,⁹ che insistono sulla radicale alterità dei due domini semantici.^{III}

A nostro giudizio sono preferibili le posizioni che insistono per una distinzione univoca tra i due ambiti concettuali (se così non fosse tanto varrebbe usare per entrambi uno stesso termine). Resta comunque il fatto che alla base dei due diversi modelli di rappresentazione dello spazio sociale stanno posizioni teoriche non facilmente conciliabili, dal funzionalismo di Davis e Moore,¹¹ alla tradizione conflittualistica ispirata alle opere di Marx e Weber.^{IV, 21} Collocata nella prospettiva da cui muove questo lavoro, ovvero la definizione di rac-

- I. La distinzione tra «potere diretto» e «potere condizionante», sviluppata da Pizzorno⁴ contribuisce a chiarire il significato e la portata delle relazioni di dominio e subordinazione che intercorrono tra le diverse classi sociali. «Il potere diretto viene esercitato da una persona o da un gruppo con comandi o imposizioni espliciti rivolti ad altre persone o gruppi. Se i comandi sono specifici e legittimi, questa forma di potere coincide con l'autorità. Il potere condizionante sussiste per il fatto che una persona o un gruppo occupano una certa posizione, e così facendo condizionano l'azione di altre persone o gruppi. (...) Il disoccupato non dipende direttamente da nessuna autorità economica, però su nessuno come su di lui è opprimente il potere economico. Il potere condizionante è quindi più generale del potere diretto. Esso non si manifesta solo nel possesso di beni, ma anche nel possesso di influenza (...). Esso in un certo senso ingloba e fonda il potere diretto.⁴ Il potere che dà forma alla struttura di classe di una società è, innanzitutto, un potere condizionante che, in taluni casi, assume la forma del potere diretto».
- II. Gallino, nel *Dizionario di sociologia*, distingue due accezioni del concetto di classe: organica e nominalista; quest'ultima coincide con il concetto di strato sociale (vedi le voci *classe sociale* e *stratificazione sociale*).
- III. Alle posizioni espresse nel testo occorre aggiungere quella di Lenski¹⁰ che utilizza i due termini come sinonimi.
- IV. Si tratta di una distinzione raramente messa a tema nella letteratura epidemiologica, più incline a una contaminazione, per così dire, tra i due approcci. Al riguardo sembra molto eloquente la posizione espressa da Kaufman e Cooper¹² in un saggio stimolante sul piano metodologico. «Social epidemiology – the study of the relations between "social factors" and disease in populations – has emerged over the last 3-4 decades as distinctly recognized specialization within epidemiology. (...) Our conceptualization of these underlying social factors is generally related to one of the primary axes of contemporary social stratification: race, gender and class. (...) Class, for example, is most often studied under the Weberian rubric of "socioeconomic status", which is frequently operationalized as income, education, occupation, or some combination of these measures».¹²

comandazioni per la costruzione di un sistema di monitoraggio delle disuguaglianze di salute, la scelta tra l'una e l'altra opzione sembra meno drammatica, guidata perlopiù da considerazioni pragmatiche.

La rappresentazione dello spazio sociale come un *continuum* di posizioni aggregate in strati presenta almeno quattro inconvenienti che ne scoraggiano l'impiego. Nei modelli basati sulla nozione di stratificazione sociale la posizione sociale degli individui, comunemente, viene attribuita combinando in un indice sintetico – un indice di *status* socioeconomico – la ricchezza, il prestigio e il potere che competono ai ruoli da essi ricoperti. Di norma la ricchezza viene espressa dal reddito, il prestigio dal titolo di studio, il potere dall'occupazione. La distribuzione dei punteggi di *status* socioeconomico viene poi suddivisa in modo arbitrario – è questo il primo ostacolo – ricorrendo il più delle volte a indici di posizione (decili, centili, eccetera). A ciò si lega il secondo problema delle rappresentazioni dello spazio sociale in chiave di strati: la difficoltà di connotare gli strati denotati dagli indici di posizione. Chi sono i soggetti raccolti nel primo quintile della distribuzione dello *status* socioeconomico? Sono operai? Impiegati? Sono i meno istruiti o i soggetti, a un tempo, istruiti e sottoccupati in posizioni inadeguate al loro titolo di studio?^V La difficoltà di dare un nome agli strati crea ostacoli soprattutto sul terreno delle politiche pubbliche. A chi si rivolge un programma di diagnosi precoce o una campagna di contrasto dell'abitudine al fumo se il suo bersaglio deve essere costituito dai soggetti del primo quintile della scala di *status* socioeconomico? Inoltre, con questo strumento, per ragioni analoghe risulta difficile analizzare il mutamento della struttura sociale e coglierne i riflessi sul profilo epidemiologico della popolazione. Definiti con indici di posizione, i diversi strati non possono – per definizione – mutare di consistenza. Questo inconveniente non si dissolve se, per l'identificazione delle soglie che separano gli strati, si consideri non già il rango delle osservazioni ma il loro valore assoluto sulla scala di *status* socioeconomico. È difficile sostenere che un dato punteggio, per esempio 48,75, separi in modo confrontabile popolazioni osservate nel 1971, nel 1981 e nel 1991. L'ultima difficoltà è minore ma merita di essere ricordata. La rappresentazione dello spazio sociale in termini di strati assume – talvolta implicitamente – l'unidimensionalità dell'indice di *status* socioeconomico. Si tratta di un assunto che mostra inevitabilmente la corda quando tra le dimensioni costitutive dello *status* socioeconomico non si dà piena concordanza, cioè nel caso dello squilibrio di *status*.^{13,14}

un fenomeno che gli indici unidimensionali di *status* socioeconomico non riescono a cogliere. La rappresentazione unidimensionale della posizione sociale fa sì che un individuo con un reddito elevato ma con una scolarità e un prestigio sociale bassi (per esempio un impresario di pompe funebri) ottenga un punteggio pressoché coincidente con quello di un individuo con reddito, scolarità e prestigio congruenti e attestati su un livello medio (per esempio un impiegato di concetto). Sembra chiaro che tra le due posizioni sociali vi sia differenza (soprattutto differenze di potere), ma nella ponderazione degli indicatori operata dall'indice di *status* socioeconomico le differenze scompaiono, richiamando alla memoria il noto tormentone di Trilussa.^{VI} Tutto ciò rende più che giustificato il giudizio di Addario: «Il punto è che il concetto di strato (...) può essere utile solo entro un quadro teorico che consenta di dare un fondamento alle dimensioni da misurare e un senso non troppo arbitrario alle soglie degli strati. Ma per questo bisogna rivolgersi ad altri approcci».¹⁶

Queste considerazioni motivano la preferenza accordata nel presente documento alle rappresentazioni dello spazio sociale che ne sottolineano la discontinuità e, di conseguenza, a una rappresentazione della struttura sociale basata – ancorché non in via esclusiva – sul concetto di classe e non già su quello di strato.^{VII} Tale preferenza trova sostegno anche nei risultati maturati nell'ambito dell'epidemiologia sociale.

3.2 Classe sociale e salute Social class and health

A partire dalla seconda metà del secolo scorso in gran parte dei paesi industrializzati le statistiche sullo stato di salute della popolazione documentano la presenza di due tendenze contraddittorie: la crescita generalizzata della speranza di vita e il progressivo inasprirsi delle disuguaglianze di mortalità e morbidità che separano gli individui in ragione della loro classe sociale. Mentre cresce la speranza di vita «media», cresce, sul medesimo parametro, la «distanza» tra le classi sociali. Muovendo dalle classi sovraordinate verso quelle subordinate la speranza di vita tende a contrarsi con un andamento regolare.^{VIII} Solida sul piano empirico, la relazione tra classe sociale e salute non trova, per contro, un'interpretazione univoca. Perché gli individui che appartengono alle classi subordinate mostrano un rischio relativo di mortalità fino a due volte superiore a quello che caratterizza la popolazione nel suo insieme? La spiegazione che per prima si impone – le disuguaglianze

V. Vedi di seguito le osservazioni sui problemi suscitati dall'inconsistenza di *status*.

VI. Sulla relazione tra consistenza / inconsistenza di *status* e mortalità vedi Cardano e Costa.¹⁵

VII. La preferibilità del concetto di classe rispetto a quello di strato sembra sostenibile anche in forza di un altro argomento prettamente formale. La teoria e la pratica di ricerca stabiliscono tra i due concetti una relazione asimmetrica di compatibilità: mentre la rappresentazione dello spazio sociale in termini di strati impone la rinuncia al concetto di classe, le rappresentazioni basate sul concetto di classe possono invece recepire al proprio interno (in via subordinata) il concetto di strato. Una volta individuate le classi attraverso la ricostruzione della rete dei rapporti di potere che strutturano la società (le disuguaglianze relazionali) è possibile stratificare ciascuna classe sulla base delle disuguaglianze distributive che differenziano i suoi membri e che danno luogo a un numero virtualmente infinito di frazioni di classe.

VIII. Per un'illustrazione dello stato dell'arte in questo settore di ricerca vedi Marmot e Wilkinson.¹

di salute dipendono dalle differenze nella cura – non sembra convincente. Le cure e, più in generale, la qualità dell'assistenza sanitaria, rilevanti sotto il profilo della sopravvivenza, hanno un impatto decisamente modesto sull'incidenza delle patologie.^{IX,17,18} La sorprendente crescita della speranza di vita tra le popolazioni dei paesi occidentali – circa trent'anni – osservata tra l'inizio e la fine del secolo scorso, si deve solo in minima parte ai paralleli progressi della medicina.¹⁸ Paesi molto diversi tra loro sotto il profilo delle politiche sanitarie, quali il Giappone e la Svezia, mostrano livelli di speranza di vita assai prossimi.

Del pari deludenti sono i tentativi di ricondurre le disuguaglianze di salute a fattori genetici. La plausibilità dell'ipotesi genetica è posta in forse da uno dei più rilevanti eventi epidemiologici di questo secolo: la cosiddetta «transizione epidemiologica». Questa locuzione designa il passaggio da una fase storica nella quale le malattie infettive costituivano la principale causa di morte della popolazione a una successiva – l'attuale – in cui la principale causa di morte è costituita dalle malattie degenerative. Con la transizione epidemiologica – questo è l'aspetto che ha rilievo – le cosiddette malattie dell'opulenza, principali responsabili della mortalità delle classi sovraordinate, diventano progressivamente «le malattie dei poveri che vivono nelle società opulente».¹⁷ Un fenomeno incompatibile con l'ipotesi di una differenza genetica tra le classi.

Nel medesimo solco trovano collocazione le spiegazioni che individuano nello stato di salute degli individui il fattore che più di altri determina la loro posizione sociale. Quest'ipotesi esplicativa, nota nella letteratura epidemiologica come *health selection hypothesis*,²⁰⁻²² ha tuttavia una portata empirica limitata.^X

Le spiegazioni più convincenti del nesso tra classe sociale e salute muovono in tutt'altra direzione, ponendo al centro un insieme composito di fattori propriamente sociali. Due linee di ricerca sembrano al momento più promettenti. La prima – ispirata dai lavori di Marmot e colleghi – individua la fonte delle disuguaglianze sociali di salute nella diseguale distribuzione delle risorse di controllo e, più in generale, di potere, che separano gli individui in ragione della classe sociale cui appartengono. La seconda – ispirata dagli studi di Siegrist e colleghi – declina il tema delle disuguaglianze su un altro registro, prestando attenzione al rapporto tra sforzi profusi dagli individui nell'esercizio dei di-

versi ruoli sociali cui sono chiamati e ricompense ottenute. Il programma di ricerca animato dal gruppo di Marmot^{24,25} utilizza quale strumento analitico la nozione di controllo. Il contesto teorico di riferimento è dato dalla tradizione di studi sullo *stress* lavorativo ispirate dal lavoro pionieristico di Karasek.²⁶ Questi studi hanno documentato l'esistenza di un legame particolarmente stretto tra il livello di controllo sui tempi e sui modi di esecuzione del proprio lavoro (*job decision latitude*) e il carico di *stress*.²⁷⁻²⁹

Inteso in un'accezione più vasta, prossima alla nozione weberiana di «potenza»,^{XI} il controllo viene indicato come il meccanismo che lega la classe sociale degli individui al loro stato di salute.^{24,25} Muovendo dalle classi sovraordinate a quelle subordinate si riduce il controllo che ciascun individuo ha modo di esercitare nelle diverse sfere entro cui si dispiega l'azione sociale.³¹ Gli argomenti utilizzati per illustrare il legame tra salute e controllo portano a riconoscere all'interno del dominio semantico di quest'ultimo concetto tre dimensioni distinte. La prima attiene alla sfera delle disuguaglianze distributive: il controllo o la sua mancanza dipendono qui dal possesso di risorse economiche, prima tra tutte il reddito.^{XII} La seconda dimensione copre la sfera delle disuguaglianze relazionali,⁵ e qui soprattutto le disuguaglianze di «potere diretto»⁴ che prendono corpo nei rapporti di dominio e subordinazione, nei rituali di deferenza e di contegno che modulano la vita delle organizzazioni gerarchiche. La nozione di controllo assume qui una connotazione precisa, configurandosi come la capacità di trovare obbedienza ai propri comandi e di poter negare obbedienza ai comandi altrui.³⁰ Sono stati soprattutto gli studi etologici, condotti sui primati, a fornire un contributo alla spiegazione del nesso tra controllo – inteso in questa accezione – e stato di salute. Osservando le relazioni sociali tra i maschi adulti di una tribù di babbuini del Serengeti, Sapolsky³² ha rilevato una relazione tra esperienze di sottomissione e *stress*. In particolare Sapolsky ha rilevato la presenza di una relazione tra la frequenza degli incontri con individui di rango superiore – incontri che impongono ai subordinati la drammatizzazione rituale della propria sottomissione – e l'intensità dello *stress* (espresso dal livello di corticoidi).^{XIII}

La terza dimensione del concetto di controllo include – non senza qualche incongruenza – il sostegno sociale su cui può contare un individuo e, per estensione, il suo «capitale sociale». Inteso in questa accezione il concetto di controllo sembra designare due diverse proprietà delle relazioni sociali o, quan-

IX. Altro è l'accesso ai servizi sanitari, per il quale la letteratura documenta la presenza di consistenti disuguaglianze (vedi, per esempio Goodin e Le Grand).¹⁹

X. Alla stima dell'impatto dei processi di mobilità condizionati dalla salute nella generazione delle disuguaglianze di salute è dedicata una recente pubblicazione basata sui dati dello Studio Longitudinale Torinese.²³

XI. «La potenza designa qualsiasi possibilità di far valere entro una relazione sociale, anche di fronte a un'opposizione, la propria volontà, quale che sia la base di questa possibilità».³⁰

XII. Nel saggio di Marmot e colleghi leggiamo: «La povertà, qualunque cosa rappresenti (*whatever else it consists of*, nella successiva versione inglese del saggio) è mancanza di controllo».²⁴

XIII. Questa chiave interpretativa è stata adottata da Brunner³³ per dar conto delle disuguaglianze di morbilità e mortalità osservate tra gli impiegati statali londinesi del Whitehall Study II.

tomeno, due differenti risvolti di un unico tratto societario. La prima è la capacità di mobilitare a proprio vantaggio solidarietà individuali o collettive. È questa l'accezione che, più di ogni altra, consente di rubricare le nozioni di sostegno sociale e capitale sociale sotto l'etichetta del controllo. Nella seconda accezione il concetto di controllo, dalla descrizione di risorse e di prerogative individuali, muove verso la caratterizzazione del tessuto sociale. Il sentimento della perdita o della mancanza di controllo si configura in questo caso come il riflesso sul piano delle coscienze individuali (o, come verrebbe da dire, delle «rappresentazioni individuali») del degrado, a livello societario, della coesione sociale.^{XIV}

Il modello sviluppato da Siegrist³⁴⁻³⁶ sposta l'attenzione sullo squilibrio tra sforzi (*efforts*) e ricompense (*rewards*), che attiene non solo al ruolo lavorativo ma alla pluralità dei ruoli sociali ricoperti dagli individui. Il quadro teorico entro cui Siegrist sviluppa la propria proposta teorica è costituito dalla teoria dello scambio³⁷ e, più in particolare, dalla teoria dell'equità.³⁸ In questa cornice l'interazione sociale viene concepita come una relazione di scambio i cui esiti, per ciascuno degli attori coinvolti, possono qualificarsi in termini di equità o iniquità. L'esperienza di una relazione iniqua genera sofferenza, con Walster e colleghi: «quando gli individui si accorgono di partecipare a una relazione non equa diventano afflitti. Più la relazione è iniqua maggiore è la sofferenza che gli individui provano».³⁸

Nella proposta teorica di Siegrist l'attenzione cade sull'acquisizione e sull'esercizio di un ruolo societario. L'esercizio di un ruolo pone obblighi e, al contempo, riconosce diritti o, detto altrimenti, comporta un impegno (*effort*) cui corrispondono specifiche ricompense (*reward*). Questo consente di qualificare l'esercizio dei diversi ruoli societari in termini di equità e di qualificare inique le relazioni sociali nelle quali le ricompense non sono commisurate agli sforzi. Il modello di Siegrist poggia su uno specifico assunto teorico: lo scambio sociale – si postula – è governato da una sorta di «grammatica elementare» impressa nella mente umana, la «grammatica della reciprocità e dell'equità». La violazione della norma di reciprocità e la percezione di uno squilibrio tra sforzi e ricompense producono un deterioramento del sistema di autoregolazione neurobiologica, processo responsabile di uno stato di tensione e dell'insorgere di problemi di salute. Il modello di Siegrist osserva le relazioni sociali che coinvolgono gli individui nell'esercizio di tre ruoli chiave: lavorativo, familiare e quelli che, in modo generale, vengono qualificati come «ruo-

li civici». Questi tre ruoli sono diversi tra loro quanto ad accessibilità, rilevanza sociale e, soprattutto, quanto alla loro capacità di provocare danni alla salute a fronte di uno squilibrio tra sforzi e ricompense. Dei tre ruoli considerati quello lavorativo è il più importante ed è principalmente in relazione a questo ruolo che Siegrist sviluppa la propria proposta teorica, inoltre è questo ruolo, costitutivo della collocazione di classe, che ha il maggior impatto sulla salute degli individui.

3.3 Istruzione, reddito e salute Education, income and health

Individuato il registro con cui procedere alla costruzione di una mappa dello spazio sociale (le disuguaglianze relazionali) e le caratteristiche del territorio che più contribuiscono a dargli forma (la struttura di classe), si rende necessario considerare, accanto alla divisione sociale del lavoro, gli altri fattori responsabili della configurazione dello spazio sociale. In questa prospettiva, accanto all'occupazione che qualifica l'appartenenza di classe, hanno rilievo alcuni caratteri ascritti, quali l'età, il genere e l'etnia e con essi due caratteri che, come l'occupazione, sono acquisiti: l'istruzione e il reddito.

Nello studio delle relazioni tra posizione sociale e salute, genere ed età vengono, di fatto, espunti dall'inventario dei determinanti delle disuguaglianze sociali di salute. Ovvie ragioni di ordine biologico impongono di considerare la relazione tra posizione sociale e salute tenendo separati i due sessi e, all'interno di ognuno, le persone che appartengono a diverse fasce d'età. Altro è il caso delle origini geografiche considerate non solo come possibili modificatori d'effetto (e trattate pertanto in modo analogo al genere e all'età), ma anche come determinanti dello stato di salute negli studi dedicati all'impatto dei fenomeni migratori sul profilo epidemiologico della popolazione.²³ Nei modelli di rappresentazione della posizione sociale più diffusi, di norma età, genere ed etnia non contribuiscono alla qualificazione della posizione sociale degli individui, poiché si assume che questi attributi ascritti mostrino il loro effetto sulle disuguaglianze soprattutto attraverso l'istruzione (accesso differenziale al sistema educativo) e l'occupazione (accesso differenziale al mercato del lavoro).^{XV}

Istruzione e reddito qualificano la posizione sociale degli individui con modalità ora strettamente correlate all'occupazione, ora indipendenti da essa. Le credenziali educative contribuiscono a determinare l'accesso e gli spostamenti all'interno del mercato del lavoro. L'occupazione determina, non

XIV. Al concetto di coesione sociale si richiama in modo esplicito Wilkinson.¹⁷ Attraverso un'accurata analisi ecologica, l'autore mostra come la speranza di vita nei paesi industrializzati vari, non già in ragione della ricchezza delle nazioni, espressa dal prodotto interno lordo pro capite, ma in ragione della sua distribuzione. Minori sono le disuguaglianze nella distribuzione del reddito maggiore è la speranza di vita media della popolazione. Due sono i fattori cui Wilkinson attribuisce la responsabilità di questa associazione. La presenza di consistenti disuguaglianze di reddito produce un diffuso senso di privazione relativa e, al contempo, innesca un processo di erosione della coesione sociale. Le due cose insieme hanno quale conseguenza un diffuso *stress* cronico responsabile sia del profilo di cause di morte osservato nei paesi industrializzati, sia del generale impoverimento della qualità della vita. L'uso di Wilkinson del concetto coesione sociale presenta molti punti di contatto con le tesi esposte da Durkheim ne *Il suicidio*; un'affinità che lo studioso britannico non manca di sottolineare.¹⁷

XV. Cfr. Pisati.³⁹

già il reddito puntuale, ma la classe di reddito di ciascun individuo. D'altro canto all'interno di ciascuna classe sociale – quale che sia il modo che presiede alla loro identificazione – è possibile osservare differenze, talvolta consistenti, nella distribuzione del reddito e delle credenziali educative. Tutto ciò porta a qualificare l'apporto di reddito e istruzione alla strutturazione dello spazio sociale sia su un registro relazionale, sia su un registro distributivo.

Nella prima accezione reddito e istruzione diventano attributi che qualificano il potere che compete a ciascun individuo. Nel caso dell'istruzione questo potere, in alcuni casi, trova nello Stato la fonte della propria legittimazione. Si pensi per esempio alle associazioni professionali che, con il sostegno dello Stato, esercitano un monopolio su un segmento del mercato in ragione del possesso di una specifica credenziale educativa. Ed è in questa accezione, relazionale, che trova giustificazione la prassi, diffusa nella ricerca epidemiologica, di utilizzare l'istruzione come indicatore di classe sociale. Quanto al reddito, il potere conferito agli individui da questa risorsa è innanzitutto un «potere condizionante» (vedi nota I) che viene esercitato sul mercato.

Nella seconda accezione, distributiva, reddito e istruzione diventano risorse che, in modo continuo, modulano l'accesso alla salute di una popolazione. Se su un registro relazionale l'istruzione designa innanzitutto il possesso di credenziali educative che autorizzano l'accesso a specifici segmenti del mercato del lavoro, in chiave distributiva l'istruzione esprime (tecnicamente: è un indicatore valido) l'ammontare di due risorse sociali rilevanti per la salute, il capitale culturale e il capitale sociale. Costituiscono il capitale culturale di un individuo le conoscenze e le competenze di cui dispone; gli atteggiamenti e i valori e, ancora, le sue «preferenze temporali». ⁴⁰ La conoscenza delle conseguenze per la propria salute di alcuni comportamenti, dal consumo di tabacco al rifiuto di partecipare a un programma di *screening* così come il disporre di nozioni con cui far adeguatamente fronte a un'inattesa emergenza sanitaria quale può essere l'ingestione involontaria di una sostanza tossica o il primo manifestarsi dei sintomi di un infarto, costituiscono un importante fattore di promozione della salute. ^{XVI} Non meno importanti sono le competenze linguistiche e relazionali che modulano l'accesso e l'utilizzazione ottimale dei servizi sanitari. Atteggiamenti e valori, nel loro ruolo di premesse cognitive, emotive e assiologiche dell'azione, hanno un rilievo largamente riconosciuto. La propensione al rischio, peculiare amalgama di atteggiamenti, credenze e valori, offre un'eloquente illustrazione del rilievo di questa dimensione del capitale culturale. La qualità e la quantità del capitale culturale disponibile contribuiscono

no inoltre a modellare le preferenze temporali e, più in generale, l'ampiezza degli orizzonti temporali entro cui progetti e preferenze prendono forma. All'estensione degli orizzonti temporali si lega la capacità di tener conto delle conseguenze a medio e lungo termine delle proprie azioni o, parafrasando Fuchs, ⁴⁰ la capacità di investimenti di salute a lungo termine. Ciò, in pratica, equivale alla capacità di investire oggi nella cura, per esempio, della propria alimentazione, nel contenimento dei comportamenti insalubri (fumo, alcol, eccetera), per trarne profitto molto più in là nel tempo, potendo contare su una vita più lunga e in buona salute. Capitale culturale e salute sono inoltre legati tra loro in via indiretta: la disponibilità di capitale culturale, assieme all'esperienza quotidiana della sua profittabilità, accrescono il senso di autostima e il sentimento della propria efficacia personale, disposizioni che hanno un nitido impatto positivo sulla salute.

L'altra risorsa, il capitale sociale, ha a che fare con la qualità e la densità delle reti di relazioni sociali entro cui ciascun individuo è inserito. Ciò che circola in queste reti (informazioni, fiducia e sostegno) può giocare un ruolo decisivo per il benessere e la salute degli individui. L'analisi di Friedson ⁴¹ del rapporto tra professionisti della medicina e clienti offre l'opportunità di illustrare, su un piano vicino all'esperienza di ognuno, il rilievo del capitale sociale per la promozione della salute. Quando una persona riconosce sul proprio corpo i segni di un problema di salute ^{XVII} lo affronta muovendosi all'interno di due mondi, quello «professionale» dei medici e quello «profano» abitato da tutti coloro che medici non sono. Il rapporto tra questi due mondi, tra le strutture sociali e i sistemi di credenze che li contraddistinguono, non è ridicibile a una relazione di egemonia e soggezione: la cooperazione diviene talvolta concorrenza o aperto conflitto, come il recente caso Di Bella sembra dimostrare. Il sistema di riferimento profano è il luogo in cui si raccolgono informazioni da amici, parenti o semplici conoscenti che prima di noi hanno avuto esperienza di quel sintomo. È qui che viene elaborata la prima strategia di diagnosi e terapia, qui si decide se sia necessario rivolgersi a un medico e, se del caso, a quale. Qui si delineano gli itinerari che, ora con percorsi brevi, ora con percorsi tortuosi, conducono alle strutture sanitarie. È a questo punto chiaro come la densità e ancor più la qualità delle reti sociali che attraversano o lambiscono questi due mondi possa esercitare un'influenza decisiva sulla tempestività e sull'accuratezza di una diagnosi, così come sulla qualità scientifica e umana dei processi di cura e riabilitazione.

Capitale culturale e capitale sociale – sotto questo profilo assai simili al capitale economico – possono essere trasmessi da

XVI. Resta inteso che queste conoscenze – oggetto dei programmi di educazione sanitaria – non costituiscono né una condizione necessaria, né, tanto meno, una condizione sufficiente alla promozione della salute.

XVII. Detto per inciso, l'attenzione per il proprio corpo, così come la direzione delle procedure interpretative con le quali si attribuisce significato a ciò che appare come un sintomo, o almeno come un segno, dipendono in buona misura dal capitale culturale di cui si dispone.

una generazione alla successiva, dove chi eredita aggiunge a quello ricevuto il capitale accumulato autonomamente. Il capitale ereditato può essere impiegato oppure, per così dire, lasciato in soffitta assieme ad altri scomodi ricordi di famiglia;^{XVIII} può essere valorizzato, rendendolo più produttivo, ma può anche essere irrimediabilmente dissipato.

L'interpretazione della relazione tra reddito e salute in chiave distributiva è radicata non solo nella comunità scientifica, ma anche nel senso comune. Il reddito contribuisce a determinare e, in alcuni casi, determina da sé solo, le condizioni materiali d'esistenza (alimentazione, abitazione, eccetera), l'accesso alle cure mediche e, più in generale, la possibilità di investire sulla propria salute e sicurezza. Il reddito, inoltre, modella le forme di socialità e con ciò contribuisce alla strutturazione del capitale sociale legato – come già osservato più sopra (a proposito dell'istruzione) – alle opportunità di salute degli individui.

3.4 La lettura della relazione tra posizione sociale e salute Interpreting the relation between social position and health

Questa sezione tratta l'interpretazione della relazione tra posizione sociale e stato di salute, qualificandone la portata cognitiva e le implicazioni pragmatiche relative alla progettazione e alla valutazione delle politiche di contrasto delle disuguaglianze di salute.

Nella quasi totalità dei paesi industrializzati – dunque anche in Italia – le statistiche di mortalità e morbosità della popolazione documentano la presenza di una stabile relazione tra posizione sociale (espressa dalla classe sociale, dall'istruzione o dal reddito) e stato di salute. In particolare si osserva un sistematico deterioramento del profilo epidemiologico della popolazione muovendo dalle posizioni sociali sovraordinate, cui competono i maggiori privilegi, alle posizioni sociali subordinate. Si tratta di una relazione stabile anche nel tempo. Come osserva Vägerö, nel secolo scorso il profilo demografico e quello epidemiologico delle popolazioni europee hanno subito pesanti trasformazioni definite in letteratura come «transizione demografica» e «transizione epidemiologica».⁴² Questi profondi mutamenti, tuttavia, sono stati accompagnati da una sorta di «inerzia sociologica» (Vägerö *ibidem*), dal persistere delle disuguaglianze sociali di salute.

La questione che si pone qui riguarda l'interpretazione della documentazione empirica che dà conto di queste regolarità macrosociali. Le statistiche che documentano una relazione tra posizione sociale e salute, oltre a descrivere questo fenomeno,

contribuiscono a profilare una spiegazione? Questo interrogativo ha rilievo non solo su un piano teorico, ma anche, e forse soprattutto, su un piano pragmatico. La progettazione e la valutazione dell'efficacia di una politica di contrasto delle disuguaglianze di salute non possono prescindere da un riferimento puntuale a una teoria in grado di spiegare attraverso quali meccanismi, prima sociali e poi biologici, la posizione sociale degli individui determina il loro stato di salute.^{XIX} A ciò si lega la definizione della portata di un sistema di monitoraggio delle disuguaglianze di salute quale quello progettato in questo documento. In quale misura la documentazione empirica che renderà disponibile potrà contribuire non solo alla descrizione, ma anche alla spiegazione delle disuguaglianze sociali di salute?

Una buona spiegazione, con Elster,⁴³ non può limitarsi ad additare la causa di un evento (per esempio il fallimento dell'ennesimo tentativo di Mario Rossi, operaio metalmeccanico, di smettere di fumare) o di uno stato di cose (per esempio la sovramortalità per tumore al polmone dei soggetti di classe operaia); ma deve anche indicare il meccanismo causale che lega la causa al suo effetto. Le tavole statistiche che documentano la relazione tra posizione sociale e salute soddisfano pienamente solo uno dei requisiti di una buona spiegazione: indicano nella diversa collocazione degli individui nello spazio sociale la causa delle differenze, ora di mortalità, ora di morbosità osservate, ma dicono poco sui meccanismi causali responsabili delle disuguaglianze di salute osservate. Le statistiche correnti di mortalità e morbosità si limitano al più ad alludere a questi meccanismi indicando, nell'eterogeneità delle condizioni di lavoro o nella diseguale distribuzione delle risorse materiali e culturali, i processi che legano la posizione sociale alla salute.

La plausibilità di queste spiegazioni è messa in dubbio con argomentazioni teoriche, empiriche o metodologiche. Sul piano empirico vengono duramente messe alla prova dalle numerose «anomalie»⁴⁴ che punteggiano le statistiche di mortalità. A livello internazionale le più note riguardano il cancro alla mammella, che mostra una maggior prevalenza tra le donne delle classi sovraordinate, e ancora il cancro al colon, che mostra una maggior prevalenza tra gli uomini e le donne delle classi superiori.⁴² Al repertorio delle anomalie concorrono anche i dati nazionali con l'inversione del gradiente di mortalità generale osservato, negli anni ottanta, tra le donne occupate⁴⁵ e con la sovrapposizione pressoché totale del profilo epidemiologico degli operai e dei lavoratori autonomi senza dipendenti,⁴⁶ per citare solo alcuni dei contributi pubblicati. Queste anomalie, osserva ancora Vägerö,⁴² non possono essere accantonate, devono invece essere considerate proprio perché indicano i limi-

XVIII. Questo accade, per esempio, quando il beneficiario ha acquisito una posizione sociale migliore di quella della sua famiglia di origine (mobilità sociale ascendente).

XIX. Il concetto di causa, implicito nel testo, fa riferimento alle teorie probabilistiche della causalità, per le quali l'occorrenza della causa (per esempio l'appartenenza alla classe operaia) non *determina* l'occorrenza dell'effetto (per esempio la mortalità per infortunio), ma semplicemente *aumenta la sua probabilità di occorrenza*.

ti delle spiegazioni basate sul solo richiamo alla diversa collocazione degli individui nello spazio sociale. Queste anomalie, quantomeno, suggeriscono di indirizzare la ricerca verso l'identificazione non già di un meccanismo causale unico, di portata universale, ma di una pluralità di meccanismi, privilegiando spiegazioni locali a spiegazioni generali.

Sul piano metodologico i limiti di queste spiegazioni si mostrano innanzitutto nelle definizioni operative delle proprietà in studio: la posizione sociale e – ancorché in misura minore – lo stato di salute. Le rappresentazioni della posizione sociale basate sull'occupazione (che approdano alla definizione di una struttura di classe) sul titolo di studio o sul reddito definiscono raggruppamenti di individui che – non fosse altro che per la loro ampiezza – difficilmente possiamo considerare esposti alle medesime circostanze sociali «tossiche» e con pari intensità. Le classi sociali, e ancor più i gruppi identificati in ragione del titolo di studio o della fascia di reddito, non possono essere facilmente considerati comunità omogenee, caratterizzate dalla condivisione di un insieme coeso di tratti culturali e di modelli comportamentali. Nel caso dei raggruppamenti definiti a partire dall'occupazione tale omogeneità culturale e di stili di vita sembra raggiungibile solo ricorrendo a una classificazione più fine delle occupazioni basata sul raggruppamento di poche categorie occupazionali, identificate in base a specifiche considerazioni teoriche, e non già all'interno di raggruppamenti di necessità eterogenei quali quelli che mettono capo alle classi sociali.^{XX,47} Quanto alla rilevazione dello stato di salute, l'ipoteca più pesante è data dall'ipotesi di «susceptibilità generale»⁴⁸ che porta a considerare del tutto aspecifico l'impatto dei fattori sociali sullo stato di salute della popolazione.^{XI}

Sul piano teorico il limite più evidente delle spiegazioni racchiuse nelle statistiche correnti di mortalità e morbosità riguarda l'assenza di una specifica tematizzazione nel nesso tra posizione sociale – intesa come appartenenza a una classe sociale o a un raggruppamento sociale identificato dal possesso di un titolo di studio o da un livello di reddito – e azione individuale. Una classe sociale e, *a fortiori*, un raggruppamento identificato dal reddito o dall'istruzione, non possono essere intesi come una «comunità di destino», come un vagone che trasporta tutti i suoi passeggeri alla medesima destinazione, inducendo lungo il tragitto comportamenti, atteggiamenti, valori in tutto e per tutto omogenei. A questa prospettiva, etichettabile come «collettivismo metodologico»⁴⁹ sembra più promettente sostituire, con Goldthorpe, un individualismo non ontologico, ma metodologico, per il quale ogni fenomeno sociale, dunque anche l'esposizione alle circostanze sociali responsabili delle dise-

guaglianze di salute, «può e dovrebbe essere spiegato come conseguenza dell'azione e dell'interazione di individui».⁵⁰ In questa prospettiva l'appartenenza di classe (o a un gruppo definito dal reddito o dall'istruzione) configura per ciascuno dei suoi membri non un percorso obbligato, ma un insieme di vincoli, di risorse, di opportunità che condizionano l'azione individuale.⁵⁰ Per rendere operativa questa chiave di lettura del legame tra appartenenza di classe e, più in generale, posizione sociale, da un lato, e agire individuale dall'altro, occorre innestare nelle illustrazioni della relazione tra posizione sociale e salute gli elementi di una teoria microsociologica che dia conto, caso per caso (anche qui occorre evitare la trappola della suscettibilità generale) di come i vincoli e le risorse che insistono su una specifica posizione sociale si traducano in disposizioni e comportamenti rilevanti per la salute.

Applicata al contesto delle disuguaglianze di salute, questa prospettiva si espone a un fraintendimento che vorremmo evitare. L'enfasi sulle disposizioni e sui comportamenti individuali mostra, di primo acchito, preoccupanti somiglianze con la chiave di lettura delle disuguaglianze di salute affermatasi nell'epidemiologia dei tardi anni sessanta che, insistendo sul rilievo degli «stili di vita», finiva per addossare tutte le responsabilità delle disuguaglianze di salute alle vittime, a coloro che più di altri ne subivano le conseguenze. Nella prospettiva dell'individualismo metodologico, l'azione del singolo è comunque collocata in un contesto sociale (si parla infatti di azione e interazione). Inoltre la caratterizzazione dei soggetti come «agenti» non preclude la possibilità di riconoscere loro anche il ruolo di «pazienti». Questo, per esempio, consente di includere in una spiegazione delle disuguaglianze di salute inscrivibile nel quadro dell'individualismo metodologico anche l'esposizione involontaria e talvolta addirittura inconsapevole a fattori di rischio presenti nei luoghi di lavoro o negli ambienti di vita. La presenza e soprattutto l'esposizione differenziale a questi fattori di rischio, di fatto, prende forma all'interno di forme specifiche di interazione sociale, alla cui strutturazione contribuiscono in misura determinante le relazioni di potere tra i diversi attori sociali.

La spiegazione delle disuguaglianze di salute pare, al momento, più matura in quella porzione della catena causale che lega i fattori sociali a quelli biologici.³⁴⁻³⁶ Meno ricchi sembrano invece i contributi che insistono sui meccanismi prettamente sociali, ed è questo un settore di ricerca da cui sembra possibile trarre indicazioni rilevanti soprattutto sul piano politico. È infatti a partire da questo genere di teorie che è possibile progettare e valutare politiche di contrasto delle disuguaglianze. Quanto detto consente di imbastire una risposta al quesito

XX. Tra i fattori capaci di trasformare un insieme di lavoratori in una comunità occupazionale, Grusky e Sørensen indicano la necessità di un periodo di formazione prolungato e defaticante quale condizione d'accesso alla professione, la presenza di processi di stigmatizzazione sociale che colpiscono gli individui impegnati in alcune attività lavorative, e ancora l'isolamento geografico, la condivisione di un sapere esoterico.⁴⁷ Tra le occupazioni che soddisfano almeno uno di questi requisiti gli autori indicano i poliziotti, i militari, i medici, i netturbini, i necrofori e i taglialegna.

XXI. Per una discussione più piena di questo tema si rinvia a Vägerö.⁴²

che apre questa sezione. La portata di un sistema di monitoraggio delle disuguaglianze progettato sulla scorta delle raccomandazioni qui raccolte è, di necessità, per lo più descrittiva. Tale notazione ha due importanti implicazioni. La prima riguarda l'opportunità di accostare alle procedure *standard* di monitoraggio approfondimenti specifici, capaci di aprire un primo varco esplicativo. Ciò sembra possibile innanzitutto ricorrendo a definizioni della posizione sociale più analitiche, capaci di individuare raggruppamenti di individui per i quali sia possibile ipotizzare una certa omogeneità culturale e comportamentale. Questo si può fare ricorrendo a classificazioni delle occupazioni, non necessariamente esaustive e con tutta probabilità non sempre robuste sul piano statistico, guidate da specifiche domande cognitive. È in questo modo che sembra possibile raccogliere le indicazioni che provengono dal saggio di Grusky e Sørensen.⁴⁷

In modo speculare un incremento della capacità esplicativa della documentazione empirica può provenire da una rappresentazione più analitica dello stato di salute, per esempio, attraverso la considerazione di gruppi di cause molto specifici o, addirittura, di singole cause di malattia, o con la messa a punto di modelli analitici più fini per la rappresentazione della morbosità.⁴² Infine, il potere esplicativo di un sistema di monitoraggio delle disuguaglianze di salute può essere accresciuto percorrendo la via dell'arricchimento dei modelli di studio, attraverso la valorizzazione delle informazioni di contesto (analisi multilivello) e della dimensione longitudinale (*lifecourse approach, event history analysis*).

La seconda implicazione riguarda la necessità di promuovere, accanto allo sviluppo di un sistema di monitoraggio delle disuguaglianze, studi disegnati con specifici intenti esplicativi, dai quali sembra ragionevole attendersi la costruzione di quell'insieme di teorie microsociologiche, perlopiù di «medio rango»,⁵¹ con cui dar conto delle regolarità macrosociali messe in luce dalle statistiche correnti.

3.5 Raccomandazioni per la rilevazione della posizione sociale

Recommendations on measuring social position

Delineati i limiti e le cautele necessarie alla messa a punto di un sistema efficace di monitoraggio delle disuguaglianze di salute, restano ora da definire le procedure operative che ne consentono la realizzazione. Quanto detto sin qui porta a riconoscere nella classe occupazionale, nell'istruzione e nel reddito gli

indicatori più efficaci alla rappresentazione della posizione sociale degli individui.^{XXII} Da qui la prima raccomandazione proposta, relativa alla rilevazione della posizione sociale.

Raccomandazione 1

Attribuzione della posizione sociale

La posizione di individui e famiglie nello spazio sociale preferenzialmente dovrà essere espressa ricorrendo ad almeno due coordinate, costituite dalla classe sociale, dal livello di istruzione o dal reddito.

La classe sociale, in accordo con i modelli teorici più diffusi, dovrà essere assegnata considerando l'occupazione degli individui che hanno o hanno avuto un rapporto organico con il mercato del lavoro. Per i soggetti occupati la classe sociale è determinata dall'occupazione svolta, per i disoccupati e i pensionati dall'ultima occupazione svolta prima dell'uscita dal mercato del lavoro.

Il livello di istruzione dovrà essere assegnato considerando la credenziale educativa di maggior pregio in possesso dell'individuo.

Alla qualificazione del reddito potranno concorrere sia informazioni dirette (l'autocollocazione degli individui su una scala di reddito), sia informazioni indirette, relative al possesso di beni o ai consumi.

La classe sociale consentirà di descrivere le disuguaglianze di salute di tipo relazionale. Istruzione e reddito consentiranno di descrivere le disuguaglianze di salute di tipo distributivo e, subordinatamente, quelle di tipo relazionale.

Classe, istruzione e reddito potranno essere riferiti sia all'individuo, sia all'unità familiare. In quest'ultimo caso si parlerà più propriamente di classe familiare, istruzione familiare e reddito familiare equivalente.

In quel che segue verranno illustrate le procedure più consone per l'attribuzione di una posizione sociale in termini di classe, istruzione e reddito.

Raccomandazioni per la rilevazione della classe sociale

Per la collocazione di classe di individui e famiglie si propone di adottare lo schema di classificazione di matrice neowebberiana elaborato da Schizzerotto e colleghi.^{5,52,53} Si tratta di un modello validato sul piano teorico ed empirico sia in ambito sociologico,⁵³ sia in ambito epidemiologico.^{15,23,45} Il modello individua otto classi occupazionali,^{XXIII} sommariamente descritte nello schema seguente.

XXII. Vanno nella medesima direzione – ancorché con argomentazioni diverse – le linee guida dell'European Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health (Kunst A, Bos V, Mackembach 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. Final Report.* Rotterdam, Department of Public Health, Erasmus University, 2001).

XXIII. La versione del modello di Schizzerotto proposta in queste pagine si discosta dalla versione originaria per la suddivisione della piccola borghesia in due categorie: la piccola borghesia con dipendenti e la piccola borghesia senza dipendenti. La distinzione – che riteniamo coerente con lo schema teorico dell'autore – si è mostrata particolarmente promettente nello studio delle disuguaglianze di mortalità nella popolazione torinese.^{15,45,46} A questa si aggiunge un'altra modifica: l'aggregazione delle classi rurali a quelle urbane (piccola borghesia e classe operaia), dettata dalle più recenti trasformazioni della società italiana.

Il modello di rappresentazione della struttura di classe di Schizzerotto e colleghi

■ **Imprenditori:** classe costituita dagli amministratori delegati, dai titolari e dai coadiuvanti dei titolari di aziende con almeno 15 dipendenti. La risorsa di dominio che fonda la posizione di questa classe è il possesso dei mezzi di produzione.

■ **Liberi professionisti:** classe costituita dagli individui che, in posizione autonoma, svolgono un'attività intellettuale specializzata. Questa classe fonda la propria posizione sul possesso di credenziali educative e sul possesso di limitati mezzi di produzione.

■ **Dirigenti:** classe costituita dall'alta e media dirigenza delle imprese e della pubblica amministrazione e delle professioni intellettuali altamente specializzate, svolte in posizione dipendente. La risorsa di dominio che fonda la posizione di questa classe è il controllo organizzativo.

■ **Classe media impiegatizia:** costituita dai lavoratori intellettuali a livello di qualificazione medio-alta, che lavorano alle dipendenze. La risorsa di questa classe è costituita dal possesso di credenziali educative.

■ **Piccola borghesia con dipendenti:** classe costituita dai proprietari e dai coadiuvanti di piccole e piccolissime imprese agricole, industriali, commerciali e di servizi, che possono contare sulla collaborazione di lavoratori (non più di 14) assunti alle proprie dipendenze e che svolgono nella propria azienda anche compiti esecutivi (impiego di forza lavoro propria). Le risorse di dominio che fondano la posizione di questa classe sono costituite dal possesso di mezzi di produzione (in misura minore rispetto agli imprenditori) e dalla forza lavoro.

■ **Piccola borghesia senza dipendenti:** classe costituita dai proprietari e dai coadiuvanti di piccole e piccolissime imprese agricole, industriali, commerciali e di servizi, senza dipendenti, che svolgono nella propria azienda anche compiti esecutivi (impiego di forza lavoro propria). Le risorse di do-

minio che fondano la posizione di questa classe sono costituite dal possesso di mezzi di produzione (in misura minore rispetto agli imprenditori) e dalla forza lavoro.

■ **Classe operaia, operai specializzati:** costituita dai lavoratori dipendenti con un livello di specializzazione medio o elevato, occupati nel settore agricolo, industriale e in quello dei servizi. La risorsa di cui dispone questa classe è la forza lavoro.

■ **Classe operaia, operai non specializzati:** costituita dai lavoratori dipendenti a basso livello di specializzazione occupati nel settore agricolo, industriale e in quello dei servizi. La risorsa di cui dispone questa classe è la forza lavoro.

In questo schema di classificazione sono le risorse di potere che autorizzano lo svolgimento delle diverse attività lavorative a definire la collocazione di classe degli individui e delle loro famiglie. Le risorse di potere considerate sono quattro: il possesso dei mezzi di produzione, il controllo organizzativo, le credenziali educative con le specializzazioni professionali e la forza lavoro. Il modo nel quale, in concreto, ciascuna risorsa di potere viene impiegata definisce la «situazione di lavoro» e la «situazione di mercato»⁵⁴ di ciascun individuo e, con ciò, la sua specifica situazione di classe. Questo porta a definire la classe come «l'insieme degli individui e delle loro famiglie che, in virtù del controllo esercitato su una o più risorse di potere, occupano simili posizioni sul mercato e nella divisione sociale del lavoro e che, perciò, godono di simili *chance di vita*».⁵³ Tra le classi si danno le seguenti relazioni di dominio e subordinazione: imprenditori, liberi professionisti e dirigenti hanno risorse di dominio equivalenti e sono sovraordinate alla classe media impiegatizia e alla piccola borghesia; la classe media impiegatizia e la piccola borghesia – con risorse di dominio equivalenti – sono sovraordinate alle due classi operaie: operai specializzati e operai comuni. All'interno della piccola borghesia, la classe con dipendenti è sovraordinata a quella senza dipendenti.^{XXIV} Muovendo da

XXIV. Nelle analisi condotte sui dati dello Studio Longitudinale Torinese e Toscano^{15,45,55} accanto al modello di de Lillo, Cobalti e Schizzerotto è stato impiegato lo schema di classificazione sviluppato da Pisati⁵⁶ a partire dal modello teorico di Esping Andersen.^{57,58} Esping Andersen sostiene che nelle società postindustriali coabitano due distinte strutture di classe a sostegno, l'una, del cosiddetto «sistema fordista», l'altra del «sistema dei servizi postindustriali». Al sistema fordista fanno capo quelle parti del settore manifatturiero e distributivo che si caratterizzano per un'elevata divisione del lavoro al servizio di una produzione di massa di merci standardizzate. Qui è il principio di autorità a dar forma alla struttura sociale: una struttura verticale e gerarchica. Nel sistema dei servizi postindustriali il principio che presiede alla strutturazione delle classi è, non già l'autorità, ma il possesso di «capitale umano e sapere». Nel sistema dei servizi postindustriali trovano dimora quattro classi sociali diverse tra loro nel possesso della risorsa che qui è cruciale, il sapere, e per la natura dei servizi resi: servizi alle imprese, servizi sociali, servizi alle famiglie. Questo il profilo delle quattro classi del settore postindustriale: professionisti: classe costituita da individui in possesso di un sapere altamente specializzato che, in posizione autonoma o dipendente, offrono i propri servizi alle imprese, private o pubbliche, e, in subordine alle famiglie; semiprofessionisti: classe costituita da individui in possesso di un sapere di media specializzazione che operano principalmente nel settore dei servizi sociali; addetti ai servizi qualificati: classe costituita da individui in possesso di una competenza professionale specializzata, di un saper fare specialistico, che principalmente offrono servizi specializzati alle famiglie; addetti ai servizi non qualificati: classe costituita da individui in possesso di competenze professionali non specialistiche, che principalmente offrono servizi non specializzati alle famiglie. A Pisati si deve la messa a punto di un modello che integra lo schema di classificazione di Esping Andersen con uno schema applicato al settore industriale. Il modello Pisati-Esping Andersen distingue dodici classi: imprenditori, professionisti, dirigenti, semiprofessionisti, impiegati di concetto, impiegati esecutivi, piccola borghesia con dipendenti, piccola borghesia senza dipendenti, addetti ai servizi qualificati, operai qualificati, operai comuni, addetti ai servizi non qualificati. Il modello, benché abbia dato buona prova di sé, richiede per il suo sviluppo informazioni non sempre disponibili nelle basi dati correnti. Per questa ragione a esso abbiamo preferito il modello di de Lillo Cobalti e Schizzerotto. I programmi SAS che consentono di ottenere il modello di Esping Andersen a partire dai dati dei censimenti ISTAT della popolazione 1981 e 1991 sono disponibili tramite richiesta all'indirizzo sepi@epi.piemonte.it

questo modello concettuale è possibile attribuire una collocazione di classe sia agli individui, sia alle famiglie.^{XXV}

Attribuzione della collocazione di classe individuale

L'attribuzione di una collocazione di classe agli individui muove dalla considerazione dell'occupazione e si applica ai soggetti che risultano in condizione professionale. In questa chiave la collocazione di classe esprime, oltre alle risorse di dominio che competono all'individuo, anche la sua «situazione di lavoro».⁵⁴ Da qui la raccomandazione proposta di seguito.

Raccomandazione 2

Attribuzione della classe sociale degli individui

La classe sociale degli individui dovrà essere stabilita considerando l'occupazione, definita in modo analitico dalla «Classificazione delle professioni» messa a punto dall'ISTAT. Le occupazioni dovranno essere aggregate in otto classi occupazionali considerando le risorse che competono a ciascuna di esse. Le classi individuate sono le seguenti: imprenditori, liberi professionisti, dirigenti, classe media impiegatizia, piccola borghesia con dipendenti, piccola borghesia senza dipendenti, classe operaia specializzata, classe operaia non specializzata.

Laddove non siano disponibili informazioni analitiche sull'occupazione o dove emergano problemi di robustezza statistica, il modello originario può essere sostituito da una versione compatta a quattro classi così costituite:

- classi borghesi: comprendono imprenditori, liberi professionisti, dirigenti;
- classe media impiegatizia: definita come nel modello originario;
- piccola borghesia: comprende la piccola borghesia con dipendenti e la piccola borghesia senza dipendenti;
- classe operaia: comprende gli operai specializzati e gli operai non specializzati.

Le relazioni di dominio e subordinazione tra le quattro classi così definite vedono le classi borghesi sovraordinate a tutte le altre, la classe media impiegatizia e la piccola borghesia dotate di risorse di dominio equivalenti ed entrambe sovraordinate alla classe operaia; quest'ultima risulta subordinata a tutte le altre classi.

Laddove non siano disponibili informazioni analitiche sulla professione, la classificazione proposta può essere approssimata ricorrendo alle informazioni relative alla posizione nella professione secondo le modalità descritte in nota.^{XXVI}

XXV. Nello schema di classificazione proposto cade la distinzione – presente nel modello originario – tra le classi rurali e quelle urbane. Questa semplificazione risulta appropriata per la più parte delle analisi dirette a rilevare le disuguaglianze di salute del nostro paese. Tuttavia, in alcuni casi, nelle analisi circoscritte ad alcune aree del territorio nazionale o nello studio di specifici problemi di salute, la distinzione tra classi urbane e classi rurali può rilevarsi opportuna. In questi casi suggeriamo il ricorso alla versione originaria del modello messo a punto da de Lillo, Cobalti e Schizzerotto. Il modello distingue otto classi: imprenditori, liberi professionisti, dirigenti, classe media impiegatizia, piccola borghesia urbana, piccola borghesia rurale, classe operaia urbana e classe operaia rurale. Il profilo delle prime quattro classi (imprenditori, liberi professionisti, dirigenti, classe media impiegatizia) coincide con quello identificato dal modello proposto nel testo. Le altre quattro classi possono essere ottenute dapprima aggregando le due classi piccolo borghesi (piccola borghesia con dipendenti e piccola borghesia senza dipendenti) e le due classi operaie (operai specializzati e operai non specializzati), per poi procedere a una loro disaggregazione in ragione del settore occupazionale agricolo *versus* industriale o terziario. L'algoritmo che consente di procedere in questa direzione è disponibile tramite richiesta all'indirizzo sepi@epi.piemonte.it.

XXVI. Le informazioni sulla posizione nella professione, rilevata in modo sistematico nei censimenti della popolazione 1971, 1981, 1991 e 2001, consentono la messa a punto di un modello di classificazione a sei classi, disponibile, per i censimenti 1981 e 1991, su richiesta all'indirizzo sepi@epi.piemonte.it. Il modello distingue imprenditori, liberi professionisti, dirigenti, lavoratori autonomi e operai. Il modello si applica ai soggetti occupati, collocati in base alla posizione nella professione. Per i censimenti 1971, 1981 e 1991 il modello può essere costruito seguendo queste istruzioni:

Imprenditori	1971, 1981, 1991: imprenditore;
Liberi professionisti	1971, 1981, 1991: libero professionista; 1971: dirigente;
Dirigenti	1981, 1991: dirigente e militare con laurea; 1971: impiegato o appartenente alle categorie intermedie, 1981: appartenete alla carriera direttiva, impiegato, appartenente alle categorie speciali e militare con diploma 1991: direttivo/quadro, impiegato, appartenente alle categorie speciali e militare con diploma;
Impiegati	
Lavoratori autonomi	1971, 1981: lavoratore in proprio e coadiuvante 1991: lavoratore in proprio, coadiuvante e socio di cooperativa; 1971: operaio /subalterno/salariato e assimilati, apprendista e lavorante a domicilio per conto di imprese 1981: capo operaio, operaio specializzato o qualificato, operaio comune, altro lavoratore dipendente (uscire, guardiano, bidello ecc.), apprendista, lavorante a domicilio per conto di imprese e militare senza diploma; 1991: capo operaio / operaio, altro lavoratore dipendente (uscire, guardiano, bidello ecc.), apprendista, lavorante a domicilio per conto di imprese e militare senza diploma;
Operai	

Nel censimento del 2001 la posizione nella professione è rilevata ricorrendo a un insieme composto di domande. Le istruzioni necessarie alla costruzione del modello sei classi sono riportate di seguito:

Imprenditori	domanda 7,5, categoria 2
Liberi professionisti	domanda 7,5, categoria 3
Dirigenti	domanda 7,9, categorie 1 o 2 domanda 7,9 categoria 0 e titolo di studio = laurea
Impiegati	domanda 7,9, categorie 3 o 4 domanda 7,9 categoria 0 e titolo di studio = diploma
Lavoratori autonomi	domanda 7,5, categorie 4 o 5 o 6
Operai	domanda 7,9, categorie 5 o 6 o 7 o 8 o 9 domanda 7,9 categoria 0 e titolo di studio = licenza media e licenza elementare

Gli individui cui, più propriamente, può essere assegnata una collocazione di classe sono quelli che al momento della rilevazione hanno un'occupazione. Ciò, di necessità, porta a escludere dall'analisi i soggetti che, ancorché in condizione non professionale al momento della rilevazione, hanno avuto in precedenza un rapporto organico con il mercato del lavoro, come i pensionati e i disoccupati in cerca di nuova occupazione. L'esclusione dei disoccupati ha come conseguenza la sottostima delle diseguglianze sociali di salute, per due ragioni: tra i disoccupati i soggetti che provengono dalle classi occupazionali subordinate – prime tra tutte le classi operaie – sono largamente sovrarappresentati; i disoccupati mostrano un profilo epidemiologico sistematicamente peggiore rispetto agli occupati.

Per queste ragioni si suggerisce, ove possibile, di accostare alle analisi *standard* del profilo epidemiologico degli occupati specifiche analisi che consentano di includere nella popolazione indagata anche i disoccupati e i soggetti che si sono ritirati dal lavoro. La collocazione di classe di questi soggetti dovrà essere stabilita considerando l'ultima occupazione alla quale hanno atteso. In particolare si suggerisce di accostare le statistiche di mortalità ottenute da tre popolazioni distinte:

- i soli occupati;
- gli occupati più i pensionati, classificati in base all'ultima occupazione cui hanno atteso;
- gli occupati più i disoccupati e i pensionati, classificati in base all'ultima occupazione cui hanno atteso.

Attribuzione della collocazione di classe familiare

Riferita all'unità familiare, la classe sociale designa la «situazione di mercato»⁵⁴ che compete ai suoi componenti e consente di attribuire una collocazione di classe anche a coloro che non hanno un'occupazione.^{XXVII} La classe familiare è stabilita considerando la professione, più precisamente, la classe occupazionale dei componenti il nucleo familiare, segnatamente dei due *partner*. Le informazioni sulla collocazione di classe dei *partner* vengono combinate in due modi: il criterio di dominanza,⁵⁹ o la cosiddetta *joint-classification*.⁶⁰ Nel primo caso la collocazione di classe della famiglia viene fatta coincidere con la classe occupazionale del *partner* che occupa la posizione sociale cui competono i maggiori privilegi.^{XXVIII} Nel secondo caso la classe sociale della famiglia viene stabilita tenendo congiuntamente conto della posizione sociale di entrambi i *partner* (e non solo del coniuge con posizione sociale migliore). Questa procedura porta a definire

due gruppi di famiglie: quelle omogenee per collocazione di classe dei *partner* e quelle disomogenee (*cross-class family*).^{XXIX} Per ragioni di parsimonia e di praticità si suggerisce il ricorso al criterio di dominanza, che mette capo a una schema di classificazione identico a quello impiegato per gli individui (vedi la raccomandazione 2). Ciò, tuttavia, impone di rendere sempre esplicita la procedura di classificazione impiegata: individuale o familiare, poiché le due procedure, sul piano dei risultati epidemiologici consegnati, non sono equivalenti.⁴⁵

Raccomandazione 3

Attribuzione della classe familiare

L'attribuzione ai componenti di un'unità familiare di una collocazione di classe dovrà muovere dalla considerazione della classe occupazionale di entrambe i *partner*, oppure, per le famiglie monogenitoriali, per quelle di un solo individuo o per quelle che non includono relazioni di discendenza, del capofamiglia. Per tutti i tipi di famiglia la classe occupazionale dei *partner* o del capofamiglia dovrà essere definita in base alla indicazioni contenute nella raccomandazione 2.

A tutti i componenti dell'unità familiare – compresi i soggetti non occupati – dovrà essere assegnata la classe occupazionale del *partner* che occupa la posizione di maggior potere. Qualora i due *partner* appartengano a classi occupazionali diverse ma dotate di risorse di dominio equivalenti (per esempio dirigenti e liberi professionisti), la classe familiare assegnata ai componenti dell'unità familiare dovrà coincidere con quella del *partner* di sesso maschile. Nelle famiglie in cui solo uno dei *partner* è occupato (mentre l'altro è disoccupato o ritirato dal lavoro) la classe familiare coinciderà con la classe occupazionale del *partner* attivo sul mercato del lavoro. Per le famiglie nelle quali non sia possibile identificare due *partner* la classe familiare coinciderà con la classe occupazionale del capofamiglia.

La classe familiare dei soggetti dovrà essere ricondotta al modello a otto classi costituite da imprenditori, liberi professionisti, dirigenti, classe media impiegatizia, piccola borghesia con dipendenti, piccola borghesia senza dipendenti, classe operaia specializzata, classe operaia non specializzata.

In caso non siano disponibili informazioni analitiche sull'occupazione o dove emergano problemi di robustezza statistica – in modo analogo a quanto stabilito per la classe individuale – il modello originario può essere sostituito da una versione compatta a quattro classi:

XXVII. A rigore questo è possibile solo se almeno uno degli individui considerati per la definizione della collocazione di classe della famiglia – segnatamente uno dei due *partner* – è occupato.

XXVIII. Per esempio, una famiglia nella quale il marito appartiene alla classe operaia e la moglie alla classe media impiegatizia verrà collocata nel novero delle famiglie di classe media impiegatizia. L'algoritmo che consente di procedere in questa direzione è disponibile tramite richiesta all'indirizzo sepi@epi.piemonte.it.

XXIX. Consideriamo, per esempio, tre famiglie: nella prima entrambi i coniugi appartengono alla classe media impiegatizia, nella seconda la moglie appartiene alla classe media impiegatizia e il marito alla classe operaia, nella terza, infine, la moglie appartiene alla classe operaia e il marito alla classe media impiegatizia. Questi tre casi, collocati in un'unica classe in base al criterio di dominanza (vedi sopra), ricoprono qui tre posizioni di classe distinte: classe media impiegatizia omogenea, *cross-class* marito di classe operaia, moglie di classe media impiegatizia, *cross-class* marito di classe media impiegatizia, moglie di classe operaia.

■ **classi borghesi:** comprendono imprenditori, liberi professionisti, dirigenti;

■ **classe media impiegatizia:** definita come nel modello originario;

■ **piccola borghesia:** comprende la piccola borghesia con dipendenti e la piccola borghesia senza dipendenti;

■ **classe operaia:** comprende gli operai specializzati e gli operai non specializzati.

Le relazioni di dominio e subordinazione tra le quattro classi così definite vedono le classi borghesi sovraordinate a tutte le altre, la classe media impiegatizia e la piccola borghesia dotate di risorse di dominio equivalenti ed entrambe sovraordinate alla classe operaia; quest'ultima risulta subordinata a tutte le altre classi.

Il ricorso a questo modello di classificazione ripropone, seppur in minor misura, i problemi di sottostima delle disuguaglianze sociali di salute dovuti all'esclusione delle famiglie nelle quali entrambi i *partner* (o il capofamiglia per le famiglie non nucleari) sono in una condizione non professionale. Anche in questo caso si suggerisce di accostare alle analisi del profilo epidemiologico delle famiglie nelle quali almeno uno dei *partner* è occupato specifiche analisi che consentano di includere nella popolazione indagata anche le famiglie nelle quali entrambi i *partner* sono in condizione non professionale. La classe familiare in questi casi dovrà essere stabilita considerando l'ultima occupazione alla quale i due *partner* hanno atteso. In particolare si suggerisce di accostare le statistiche di mortalità ottenute da due popolazioni distinte:

- le famiglie nelle quali almeno uno dei *partner* è occupato;
- le famiglie nelle quali almeno uno dei *partner* è occupato più quelle in cui entrambi i *partner* sono in condizione non professionale (disoccupati o ritirati); queste famiglie dovranno essere classificate considerando l'ultima occupazione a cui i due *partner*, o uno dei due, hanno atteso.

Le raccomandazioni relative all'attribuzione di una collocazione di classe individuale e familiare (raccomandazioni 2 e 3) si applicano sia alle procedure di analisi secondaria (a fonti informative già disponibili), sia alla produzione di dati primari attraverso inchieste campionarie. In questo caso l'occupazione degli individui – informazione su cui poggia l'attribuzione di una collocazione di classe – dovrà essere rilevata con una procedura che consenta di ricondurre l'informazione raccolta al modello di classificazione di Schizzerotto e colleghi. La soluzione più promettente consiste nel ricorso a una domanda aperta con la quale si chiede ai casi in studio di descrivere, nei termini a loro congeniali, la professione cui attendono. Si tratta di una solu-

zione la cui efficacia dipende dalla capacità dell'intervistatore – opportunamente addestrato – di sondare con domande appropriate (e relativamente *standard*) il proprio interlocutore sino a ottenere una descrizione dell'attività lavorativa sufficientemente eloquente. In alternativa si può fare ricorso a una domanda a codifica sul campo:⁶¹ all'intervistato viene richiesto di descrivere con parole sue la professione che svolge, mentre all'intervistatore è richiesto di riportare per esteso la descrizione resa dall'intervistato e, al contempo, di ricondurla a una delle categorie previste dal piano di chiusura.

Laddove la raccolta delle informazioni non venga affidata a un intervistatore, si suggerisce il ricorso a due domande in sequenza. Con la prima si chiederà di fornire, in modo libero, una descrizione dell'attività lavorativa svolta. Con la seconda si chiederà di ricondurre tale attività a una voce di una domanda chiusa concepita in modo analogo a quella adottata per il 14° Censimento generale della popolazione del 2001.^{XXX}

Raccomandazioni per la rilevazione del livello di istruzione

Qualunque sia la chiave di lettura di questo attributo – relazionale o distributiva – la sua rilevazione non pare presenti specifiche difficoltà teoriche. Quanto alla sua interpretazione, invece, risultano opportune alcune precisazioni.

Il valore e, più in generale, il significato sociale delle credenziali educative con le quali è possibile qualificare il profilo sociale di una popolazione subiscono, nel corso del tempo, variazioni talvolta anche sensibili. Una medesima credenziale educativa, per esempio la laurea, denota posizioni sociali diverse a seconda che chi la detiene l'abbia acquisita negli anni quaranta o negli anni novanta. A determinare queste variazioni di significato concorrono sia fattori socio-demografici, quali la forma assunta dalla distribuzione dei titoli di studio, sia fattori istituzionali, quali le riforme e i mutamenti legislativi che investono il sistema educativo. L'istruzione, come noto, è un bene posizionale, il cui valore dipende anche dalla distribuzione delle credenziali educative. Una laurea conseguita quando solo l'uno per cento della popolazione dispone di questo titolo apre opportunità di carriera e di vita ben diverse da quelle che si offrono a coloro che acquisiscono lo stesso titolo quando a disporre di questa credenziale è non il dieci per cento della popolazione. Questi processi si intrecciano ai mutamenti istituzionali che investono il sistema educativo: è quanto è accaduto nel nostro paese con l'istituzione della scuola media unificata, nel 1962, e con la liberalizzazione dell'accesso all'università nel 1969. Con questi due provvedimenti il sistema educativo italiano è passato da un modello a selezione pre-

XXX. Nel testo ci riferiamo alla domanda 7,9 con la quale si chiede ai soggetti (segnatamente ai dipendenti) di indicare in che cosa consiste l'attività lavorativa da loro svolta. Il piano di chiusura della domanda 7,9 prevede 10 categorie di risposta.

coce a uno a selezione tardiva, introducendo differenze non trascurabili tra i titoli di studio ottenuti prima o dopo le riforme.^{XXXI}

Mentre il primo fattore di instabilità, dettato dalla forma assunta dalla distribuzione sociale dei titoli di studio, non può essere agevolmente controllato (e forse non è nemmeno opportuno procedere in tal senso), il secondo fattore, istituzionale, può essere governato adottando una chiave di lettura dei titoli di studio che tenga conto di questi elementi di contesto, che stabilisca il loro valore in ragione dell'età dei loro detentori.

Di ciò si terrà conto nella raccomandazione 4, in cui viene anche presentata anche una classificazione alternativa «di minima», che risponde al criterio della massima facilità di applicazione e della più ampia diffusione in letteratura.

Raccomandazione 4

Attribuzione del livello di istruzione individuale

Il livello di istruzione individuale dovrà essere rappresentato su una scala ordinale con almeno quattro categorie: bassa, medio-bassa, medio-alta, alta. La collocazione degli individui in queste categorie è dettata dal titolo di studio e dall'anno di nascita (la considerazione dell'anno di nascita tiene conto dei mutamenti istituzionali introdotti nel nostro sistema educativo con le riforme introdotte negli anni sessanta) nelle modalità indicate di seguito.

livello di istruzione	soggetti nati prima del 1952	soggetti nati dopo il 1951
basso	al più licenza elementare	al più licenza elementare
medio-basso	licenza elementare	licenza media
medio-alto	licenza media o licenza professionale	licenza professionale o diploma di media superiore
alto	diploma di media superiore o laurea	laurea

Alternativa «di minima»: il livello di istruzione individuale dovrà essere rappresentato su una scala ordinale con almeno tre categorie: bassa, media, alta. La collocazione degli individui in queste categorie è dettata dal titolo di studio nelle modalità indicate di seguito.

livello di istruzione	titolo di studio
basso	al più licenza elementare
medio	licenza media o licenza professionale
alto	diploma di media superiore o laurea

Come per la classe sociale, anche il livello di istruzione può essere trattato come una proprietà individuale o come una proprietà contestuale, segnatamente come un attributo del contesto familiare a cui gli individui appartengono. Il ricorso al titolo di studio familiare – ottenibile seguendo le indicazioni riportate nella raccomandazione 5 – risulta particolarmente promettente per lo studio del profilo epidemiologico di bambini e adolescenti, il cui titolo di studio individuale risulta assai poco eloquente. Nella popolazione adulta il ricorso all'istruzione familiare risulta indicato per i processi di rilievo sanitario in cui i comportamenti individuali risultino influenzati dalle risorse e dai vincoli culturali che contraddistinguono il più stretto ambito familiare. È il caso, per esempio, dell'accesso al sistema delle cure.

Raccomandazione 5

Attribuzione del livello di istruzione familiare

Il livello di istruzione familiare dovrà essere assegnato ricorrendo (separatamente) a una o a entrambe le procedure riportate di seguito.

■ **Istruzione familiare come istruzione dei due partner.** A tutti i componenti dell'unità familiare dovrà essere assegnato il titolo di studio più elevato tra quelli in possesso dei due *partner*. Nelle famiglie monogenitoriali, in quelle non nucleari e in quelle costituite da un solo individuo l'istruzione familiare coinciderà con quella del capofamiglia.

■ **Istruzione familiare come ammontare massimo del capitale culturale.** L'attribuzione ai componenti della famiglia di un livello di istruzione familiare si basa sulla considerazione del titolo di studio di tutti i componenti della famiglia con almeno 18 anni. A tutti i membri dell'unità familiare dovrà essere assegnato il titolo di studio più elevato tra quelli rilevati tra i componenti con almeno 18 anni.

Raccomandazioni per la rilevazione del reddito

Le fonti informative utili a un'analisi della relazione tra posizione sociale e salute raramente documentano i redditi di individui e famiglie e, nella maggior parte dei casi (per esempio nelle indagini multiscopo ISTAT), si basano sull'auto-dichiarazione dei soggetti interpellati nell'ambito di un'inchiesta campionaria, chiamati a fornire indicazioni sul loro reddito non già in modo puntuale, ma autoccollocandosi in fasce di reddito relativamente estese o in scale di misurazione della soddisfazione per il proprio reddito.^{XXXII}

XXXI. In tempi più recenti abbiamo assistito alla riforma del sistema universitario che ha introdotto la distinzione tra lauree di primo e di secondo livello, generando – sotto questo profilo – ulteriori problemi di comparabilità con cui occorrerà fare i conti negli anni a venire.

XXXII. Reddito e soddisfazione per il reddito non hanno, come noto, una relazione lineare: la soddisfazione per il reddito non cresce in misura proporzionale al reddito ma dipende, oltre che dal reddito percepito, da un insieme composito di fattori psicologici e sociali, quali la struttura della personalità, l'orientamento di valore (acquisito *versus* frugale), il contesto di vita e altro ancora. Per queste ragioni è prudente ricorrere alla soddisfazione per il reddito quale stima del reddito solo quando altri indicatori non sono disponibili. In questi casi è opportuno valorizzare le sole espressioni estreme di soddisfazione e insoddisfazione impiegate, le prime, quale indicatore di benessere economico, le seconde, quale indicatore di disagio.

Nei pochi casi in cui si rileva direttamente il valore del reddito, ragioni di affidabilità dell'informazione disponibile suggeriscono il ricorso a procedure di rappresentazione dello stato di individui e famiglie che tengano conto della qualità delle informazioni in ingresso, con la riduzione del livello di scala dell'informazione rappresentata, dal valore puntuale al livello ordinale (per esempio, con il ricorso a percentili).

Un'eccezione è rappresentata dagli studi che si basano sul *record-linkage* con l'anagrafe tributaria (vedi capitoli 2.1 e 2.2, Parte II), che raccoglie l'insieme delle dichiarazioni dei redditi presentate al fisco da tutti i contribuenti.^{XXXIII} Restituendo i dati in forma aggregata essa permette di classificare piccole aree, eventualmente subcomunali, in base al livello (attraverso il reddito mediano o l'indice di povertà relativa) e alla concentrazione (indice di Gini e di Robin Hood) del reddito.

Il reddito può essere assegnato considerando come unità di osservazione l'individuo o la famiglia cui appartiene. Tuttavia il ricorso al reddito familiare, aggiustato in modo da tener conto delle ovvie economie di scala, costituisce la dimensione più corretta della posizione sociale, non solo delle famiglie, ma anche degli individui. Le indicazioni riportate di seguito si riferiscono, pertanto, all'attribuzione del reddito familiare che, riferito ai singoli componenti dell'unità familiare attraverso le apposite scale di equivalenza, diventa reddito pro capite equivalente.

Per poter attribuire a ciascuna famiglia di un comune il reddito dei diversi percettori viene effettuata una procedura di *record-linkage* tra archivi anagrafici e dei redditi fiscali con l'abbinamento dei codici fiscali e del codice di famiglia. Si ottiene quindi il reddito complessivamente percepito dalle famiglie ma anche quello disponibile, ottenuto sottraendo al precedente l'imposta netta. Il reddito complessivo o disponibile familiare viene successivamente riferito ai singoli individui, depurato quindi della numerosità familiare, attraverso due metodi (vedi raccomandazione 6); il reddito pro capite diventa, quindi, l'unità per il calcolo degli indicatori di reddito per area.

Raccomandazione 6

Attribuzione del reddito pro capite equivalente

L'attribuzione del reddito familiare ai componenti dell'unità familiare potrà seguire una delle due procedure illustrate schematicamente di seguito, concepite per tener conto delle economie di scala.

1. Scala di equivalenza di Carbonaro

Reddito pro capite equivalente = $\sum r_i / a$

2. Calcolo del reddito pro capite in base alla formula

Reddito pro capite corretto = $\sum r_i / \sqrt[n]{n}$

dove

$a = 1$ per n° componenti = 1

$a = 1,67$ per n° componenti = 2

$a = 2,23$ per n° componenti = 3

$a = 2,72$ per n° componenti = 4

$a = 3,18$ per n° componenti = 5

$a = 3,59$ per n° componenti = 6+

r_i = reddito dell'i-esimo componente del nucleo familiare

n = numero dei componenti familiari

Queste informazioni permettono anche di classificare gli individui o le famiglie in base ai concetti di povertà relativa e povertà assoluta: la povertà relativa implica la misura delle risorse economiche di ognuno rispetto a quelle possedute dagli altri, con riferimento quindi a un indice di posizione come la media o la mediana dei redditi familiari; la povertà assoluta significa invece avere risorse economiche, e quindi uno *standard* di vita, inferiori a un minimo assoluto. La povertà relativa non implica necessariamente una condizione di disagio assoluto ed è inoltre influenzata dal ciclo economico, che fa variare annualmente la soglia in funzione della crescita reale dell'economia. La nozione di povertà assoluta si fonda invece sull'individuazione di un paniere di beni e servizi essenziali che assicura il soddisfacimento di bisogni minimi, opportunamente espresso in termini monetari; i poveri sono allora coloro il cui potere di acquisto è inferiore a quello richiesto dal paniere. Questa classificazione permette di cogliere più correttamente i fenomeni di disagio estremo, escludendo gli effetti del ciclo economico, ma risente della difficoltà di individuare la quantità e la qualità di beni e servizi per il raggiungimento di un tenore di vita accettabile, e deve prevedere una revisione periodica di tale *standard*.⁶²

Qualora le informazioni sul reddito individuale o familiare non siano disponibili è possibile procedere a una stima di questa variabile impiegando quali *proxy* alcune informazioni relative al patrimonio o allo stile di vita. Le informazioni sul patrimonio che più utilmente possono essere impiegate come indicatore di reddito riguardano la casa di abitazione. Per la casa di abitazione è opportuno considerare congiun-

XXXIII. Un'altra fonte per la rilevazione dei redditi e dei risparmi è costituita dall'indagine sui bilanci delle famiglie italiane, condotta sin dagli anni sessanta dalla Banca d'Italia. I dati raccolti presso le famiglie sono disponibili in forma anonima e per ogni unità di rilevazione si identifica solo il comune di residenza. La numerosità campionaria dell'indagine (che riguarda, nelle ultime rilevazioni, un campione di circa 8.000 famiglie residenti in circa 300 comuni) non consente tuttavia di stimare indici di tendenza centrale o di variabilità del reddito per piccole aree in ciascun anno d'indagine, da utilizzare per *record-linkage* con fonti informative sanitarie. Per ulteriori informazioni sull'indagine e le relative pubblicazioni si acceda al sito <http://www.bancaditalia.it>

tamente il titolo di godimento,^{XXXIV} le dimensioni e la qualità dell'abitazione, espressa sommariamente dal tipo di riscaldamento e dai servizi igienici. Queste tre informazioni possono essere combinate in vario modo mettendo capo a una tipologia delle risorse abitative che distingue più categorie di abitazioni, riconducibili ad altrettante classi di reddito tra le quali è ragionevole ipotizzare una relazione d'ordine. In generale, si arriva a distinguere una categoria molto disagiata in termini di qualità dell'abitazione (mancanza di servizi igienici e/o impianto di riscaldamento a termosifoni), una categoria di medio-alto *comfort* in funzione delle dimensioni dell'abitazione, e varie classi intermedie che combinano l'informazione sulle dimensioni con quella sul titolo di godimento (proprietà o affitto).^{XXXV}

Tra gli indicatori relativi allo stile di vita una variabile tradizionalmente impiegata è la spesa per consumi, i cui dati nazionali sono raccolti dall'ISTAT mediante un'indagine campionaria sulle famiglie condotta annualmente. Essi consentono di definire la povertà relativa in relazione a una soglia, uno *standard* medio, di solito definito attraverso l'*International Standard of Poverty Line*, che definisce povera una famiglia di due persone se ha un consumo inferiore o uguale al consumo medio pro capite del paese, espresso in termini monetari. La nozione di povertà assoluta è, in analogia con la definizione riferita al reddito, la privazione della capacità di acquistare un paniere di beni e servizi essenziali che assicura il soddisfacimento di bisogni minimi. I consumi consentono di esprimere in modo più naturale, rispetto al reddito, il concetto assoluto di privazione economica, l'esborso monetario appena sufficiente ad accedere a beni di prima necessità, e risultano meno affetti dagli eventi che condizionano il ciclo di vita individuale; tuttavia riflettono non solo le opportunità ma anche le preferenze di spesa delle famiglie.⁶²

3.6 Raccomandazioni per la costruzione di indicatori aggregati

Recommendations on the development of composite indicators

Gli indicatori aggregati riportano informazioni o variabili relative a un gruppo di unità statistiche elementari e sono co-

struiti combinando le caratteristiche di queste unità, come per esempio la percentuale di individui con istruzione elementare in un quartiere o il reddito medio di una sezione censuaria.⁶⁴ Tali misure possono essere costruite sia sulla base di una singola variabile, come è il caso del reddito di area descritto nella sezione precedente, sia sulla sintesi di diverse variabili elementari in un indicatore composito, come nel caso frequentemente riportato degli indici di deprivazione. L'uso di indicatori aggregati è frequente nelle analisi di insiemi di individui geograficamente definiti, quando l'intento è la rappresentazione della condizione socioeconomica di una piccola area, tipicamente una sezione di censimento o un quartiere, intesa come aggregazione delle caratteristiche socioeconomiche delle persone che vi risiedono. Questi indici, nati per rimuovere l'effetto della composizione socioeconomica delle unità statistiche in studi ecologici, vengono spesso impiegati anche quando l'oggetto d'interesse è la stessa associazione della deprivazione socioeconomica con lo stato di salute. Tale associazione può tuttavia essere utilizzata e interpretata in modo differente a seconda della dimensione dell'insieme di individui a cui è riferito l'indicatore aggregato: qualora questo insieme comprenda un limitato numero di individui, simile per esempio alla numerosità di persone che risiedono in uno stesso caseggiato, l'indice aggregato può costituire una media dello stato socioeconomico di un gruppo sufficientemente omogeneo di individui e quindi rappresentare una buona approssimazione dello stato individuale, in grado di manifestare un effetto sul livello individuale di salute; in tal caso l'attribuzione dell'indice aggregato a ciascun membro del gruppo, quale *proxy* del proprio livello di deprivazione socioeconomica, produce una distorsione trascurabile ed è utilizzabile nelle analisi dell'associazione tra deprivazione e salute che fanno uso di dati individuali. All'aumentare della dimensione del gruppo di unità statistiche è verosimile che aumenti l'eterogeneità delle condizioni socioeconomiche dei membri del gruppo; l'indice aggregato può pertanto produrre una stima distorta dello stato socioeconomico individuale, mentre è in grado di descrivere le condizioni socioeconomiche del contesto. L'associazione di tali caratte-

XXXIV. Il titolo di godimento dell'abitazione è un indicatore efficace della sicurezza economica e sociale delle famiglie.⁶³ Le difficoltà di una crisi economica (pensiamo soprattutto ai suoi riflessi sul mercato del lavoro) ma anche quelle che hanno origine all'interno della famiglia (la malattia invalidante di un congiunto, la rottura di un legame coniugale) possono essere affrontate più facilmente se si sa di poter contare sulla proprietà della casa in cui si vive. Grattando la superficie di questa apparente ovvietà, ecco affacciarsi alcuni problemi che limitano la portata euristica di questo indicatore. Se, d'un canto, è vero che la proprietà dell'abitazione offre una protezione contro l'insicurezza abitativa (nessuno può sfrattarci da casa nostra), non è altrettanto vero che la proprietà possa essere intesa come sinonimo di sicurezza economica o, più in generale, di serenità. La liberalizzazione dei contratti d'affitto (patti in deroga) e, ancor prima, le procedure adottate da alcuni locatori per aggirare i vincoli della legge sull'equo canone, hanno prodotto un sensibile innalzamento dei canoni d'affitto, costringendo di fatto alcune famiglie all'acquisto non programmato della casa. Non di rado questa decisione ha finito per interagire negativamente con gli altri progetti familiari: la prosecuzione degli studi dei figli, l'allargamento della famiglia o altro ancora. Molto spesso ciò ha imposto un indebitamento forzato con le banche con le quali le famiglie hanno contratto un mutuo. Non è difficile immaginare come per questi «proprietari forzati», alle prese con le scadenze del mutuo e la ridefinizione dei propri progetti familiari, la proprietà della casa costituisca più una ragione di *stress* che di sicurezza. Più in generale, ci sono buone ragioni per sostenere che la proprietà della casa di abitazione non sia solo una risorsa, ma possa anche costituire un vincolo e questo non solo per gli individui economicamente più deboli, ma anche per persone «strategicamente e socialmente dotate». ⁶³ Queste considerazioni fanno il paio con la non univocità della condizione di affittuario. Per alcuni individui questa condizione non esprime una rinuncia, dettata dalle condizioni non proprio floride del proprio conto in banca. Tra le persone che possono contare su un reddito ragguardevole, ragioni fiscali o professionali fanno talvolta preferire l'affitto alla proprietà della casa. Questo, ancora una volta, attenua il significato di sicurezza sociale annesso alla proprietà.

XXXV. Una versione della tipologia abitativa in 10 classi è stata impiegata nello studio delle disegualianze di salute a Torino negli anni ottanta e novanta;⁶⁵ classificazioni con un numero ridotto di classi possono essere create accorpando le 10 classi in funzione degli obiettivi di analisi.

ristiche con lo stato di salute rappresenta l'effetto della deprivazione contestuale sulla salute, risultato in grado di influenzare a livello subcomunale la mortalità, la morbosità e la concentrazione di alcuni importanti fattori di rischio, anche al netto dell'effetto delle caratteristiche socioeconomiche dei singoli individui nei gruppi.⁶⁵⁻⁶⁸

Indici di deprivazione

La deprivazione, concetto di natura multidimensionale, viene di solito rappresentata attraverso un indicatore composito costruito come combinazione di diversi indicatori elementari che ne rappresentano le varie dimensioni tra loro indipendenti sul piano semantico. Non vi è una definizione univoca del concetto di deprivazione e un metodo unico per la sua misura:⁶⁹ le scelte dipendono dunque dal quesito decisionale a priori al quale l'indice è chiamato a fornire risposta. Le metodologie si basano sull'aggregazione di un insieme di costrutti e sulla selezione di variabili elementari che li esprimono con un certo livello di approssimazione; anche i metodi di sintesi possono variare, con effetti sul significato dell'indicatore e, conseguentemente, sul suo valore.

Dimensioni e variabili

La fonte statistica più frequentemente utilizzata per la rilevazione delle variabili elementari è costituita dai censimenti della popolazione, che quasi ovunque rilevano variabili di tipo socioeconomico indispensabili per la valorizzazione degli indicatori elementari su piccoli aggregati di individui. L'assenza di un procedura *standard* ha invece caratterizzato finora la scelta delle variabili elementari per la composizione dell'indice, sia nella letteratura nazionale sia in quella internazionale.

La multidimensionalità del concetto di deprivazione socioeconomica conduce a definire l'indice come espressione del possesso scarso di almeno una delle seguenti classi di risorse, maggiormente predittive dello stato di salute e dell'accesso ai servizi:⁷⁰ materiali, culturali, di potere, di sostegno sociale.^{XXXVI}

L'approccio comunemente seguito è quello di tener presente le dimensioni oggetto di rilevazione, in base alla disponibilità dei dati o agli obiettivi dell'indice, e procedere, con valutazioni a priori o procedure automatiche, alla scelta di variabili idonee alla loro quantificazione, con il vincolo che gli ingredienti elementari siano autonomi dal punto di vista se-

mantico. Per esempio l'indice di Townsend per l'analisi di dati sullo stato di salute nella regione settentrionale della Gran Bretagna⁷¹ caratterizza l'indice sintetico prevalentemente attraverso il possesso di risorse materiali e di sostegno sociale, e quindi mediante i seguenti indicatori elementari: percentuale di disoccupati, percentuale di famiglie senza automobile, percentuale di famiglie in condizioni di sovraffollamento, percentuale di famiglie con abitazione in affitto.

La scelta degli indicatori elementari può essere compiuta anche utilizzando in modo esplorativo tecniche di analisi fattoriale. Queste tecniche si basano sull'identificazione dei fattori latenti che determinano la struttura di correlazione osservata tra gli indicatori elementari, ossia fanno derivare la correlazione osservata tra le variabili originarie dall'appartenenza a fattori non osservabili, indipendenti l'uno dagli altri, che sono il vero oggetto di interesse.^{XXXVII} La selezione degli indicatori elementari da includere nell'indice composito si basa dunque sull'identificazione dei fattori latenti, che rappresentano le diverse dimensioni di deprivazione, e sulla selezione delle sole variabili elementari che forniscono un contributo importante ad almeno uno dei fattori latenti ritenuti rilevanti.

Metodi di sintesi

La composizione degli indicatori aggregati, attraverso i due metodi che vengono di seguito illustrati, si basa prevalentemente sulla preliminare standardizzazione degli indicatori elementari, cioè sulla loro espressione come scarti dalla media nella popolazione oggetto di misura.

Il metodo più semplice per la combinazione degli indicatori elementari standardizzati è costituito dalla loro somma. Questo metodo di sintesi è caratterizzato dal vantaggio della sua semplicità di calcolo, ma anche dallo svantaggio di far corrispondere a valori simili dell'indice profili del tutto differenti degli indicatori elementari che lo compongono. L'applicazione di questo metodo presuppone inoltre che tutti gli indicatori elementari abbiano la stessa importanza nella determinazione dell'indice, assunzione non sempre ragionevole. Un esempio di questo tipo di indici è costituito dall'indice di deprivazione utilizzato per il comune di Torino⁷³ e calcolato sulla base dei dati dello SLT in corrispondenza di varie unità geografiche della città (sezioni di censimento, quartieri). L'indice di deprivazione si basa sul calcolo, per le unità geografiche considerate, dei seguen-

XXXVI. Ci sono dati che mostrano come il supporto sociale produca benefici sulla salute e, viceversa, come l'isolamento sociale influenzi la mortalità inducendo un maggior rischio di morbosità fisica e psicologica. Gli effetti del supporto sociale sulla salute possono manifestarsi sia in modo diretto, influenzando in parte l'adozione di comportamenti salubri o aumentando l'autopercezione delle proprie abilità e del proprio controllo sull'ambiente, sia indirettamente, modulando l'effetto di stressori cronici e acuti sulla salute stessa.¹ Il supporto sociale opera sia a livello individuale sia a livello di comunità; la coesione sociale implica relazioni all'interno della comunità che si manifestano in un'elevata partecipazione ad attività comuni e pubbliche e in un forte senso di appartenenza a specifici gruppi. Ci sono evidenze sempre più forti che mostrano come società con elevati livelli di coesione sociale abbiano un livello di salute mediamente migliore di comunità con scarsa coesione sociale (vedi nota XIV).

XXXVII. Il modello di analisi fattoriale ipotizza che k variabili, osservate in ciascun individuo del campione oggetto d'analisi, siano il risultato dell'azione (combinazione lineare) di un numero $m < k$ di fattori a esse comuni, latenti e quindi inosservabili ma oggetto di stima, non correlati tra loro, che spiegano la struttura di correlazione tra le variabili originarie. Nell'interpretazione dei fattori svolgono un ruolo fondamentale i pesi fattoriali; essi rappresentano intuitivamente l'importanza che il fattore latente esercita nella determinazione della variabile che si osserva, in termini di correlazione tra questa e il fattore latente. Pertanto ogni fattore trae il proprio significato dalle variabili con cui è maggiormente correlato. Per dettagli sui metodi di stima e sull'interpretazione dei fattori vedi Vitali.⁷²

ti indicatori: percentuale di popolazione istruita con, al massimo, licenza elementare (che esprime così la deprivazione culturale), percentuale di popolazione attiva che svolge lavoro manuale (che esprime la deprivazione di risorse di potere), indice di affollamento (numero di occupanti per stanza), percentuale di abitazioni occupate in affitto, percentuale di abitazioni occupate senza bagno interno all'abitazione (che rilevano la componente materiale della deprivazione), percentuale di famiglie monogenitoriali con figli dipendenti conviventi (che esprimono la mancanza di sostegno sociale). Il valore dell'indice è continuo e rappresenta la quantità di deprivazione espressa come scarto rispetto alla media comunale, e quindi in eccesso (valori positivi) o in difetto (valori negativi). La classificazione successivamente utilizzata si è basata sui quintili della distribuzione dell'indice, ponderati con la numerosità della popolazione nelle aree geografiche considerate; queste sono quindi state classificate in cinque categorie: molto ricche, ricche, medie, deprivate, molto deprivate (l'etichetta «molto ricco» identifica così il 20% di popolazione con i valori dell'indice più bassi).

Un metodo alternativo di sintesi è costituito dall'uso di indici additivi pesati: il metodo si basa sempre sulla somma di indicatori elementari standardizzati ma differisce dal precedente per la costruzione di un sistema di ponderazione che, assegnando un peso a ciascun indicatore elementare, ne esprime l'importanza relativa nella determinazione dell'indice composito. Un cambiamento del sistema di ponderazione produce necessariamente una modifica del costruito che si vuole rilevare. L'indice così costruito, e conseguentemente la classificazione degli aggregati, risulta quindi estremamente sensibile alla scelta del sistema di ponderazione. I pesi possono essere definiti in base a indagini che valutino il rischio di deprivazione associato alla componente in oggetto,⁷⁴ oppure a seguito di valutazioni di esperti. Spesso i pesi vengono determinati mediante l'applicazione di analisi fattoriali.^{XXXVIII} Uno svantaggio di questo tipo di indici, oltre alla forte dipendenza dal sistema di ponderazione, è costituito dall'elevata dipendenza dei pesi stessi dal set di dati con cui vengono costruiti e quindi dalla loro scarsa riproducibilità nel tempo e nello spazio.

Un esempio di questa categoria di indici è quello di Michelozzi e colleghi,⁷⁵ utilizzato per sintetizzare variabili censuarie rilevate nel 1991 per le sezioni di censimento del comune di Roma. Tale indice si è basato sulla selezione dei primi tre fattori tra quelli estratti mediante analisi fattoriale sui seguenti indicatori elementari: percentuale di laureati, percentuale di persone con licenza elementare, percentuale di occupati per ramo di attività economica, tasso di disoccupazione, percentuale di abitazioni di proprietà, percentuale di abitazioni in affitto, indice di affollamento (numero di abitanti per stanza), composizione delle famiglie (numero di componenti). Il primo fatto-

re è risultato fortemente caratterizzato dalle variabili relative all'istruzione e alla componente di dominio della deprivazione; il secondo maggiormente dalla componente materiale, essendo fortemente associato alle caratteristiche delle abitazioni; il terzo dalle caratteristiche relazionali, in quanto correlato con le variabili relative alla composizione familiare. L'indice è stato ottenuto attraverso la somma dei punteggi conseguiti per ciascun fattore, e le sezioni di censimento del comune di Roma sono state successivamente riclassificate in 4 livelli utilizzando come limiti il 20°, il 50° e l'80° percentile della distribuzione, ossia I (alto), II (medio-alto), III (medio-basso), IV (basso).

Un aspetto importante da prendere in considerazione, sia in fase di selezione degli ingredienti elementari dell'indice sia in fase di combinazione degli stessi in un indicatore di deprivazione, è la necessità del bilanciamento delle dimensioni oggetto di rilevazione con l'obiettivo di rilevare la condizione socioeconomica di un insieme di individui, a meno di modificare la denominazione dell'indice composito stesso. Può accadere per esempio che si vogliano rappresentare non soltanto le differenze relative di deprivazione economica e bisogno sociale tra aree ma anche la loro eterogeneità nel carico sociosanitario. Un indice costruito per rispondere a tali finalità è l'Indice di area svantaggiata (IAS), elaborato per i comuni della Basilicata con i dati del censimento 1991⁷⁶ e composto, a livello comunale, dalla percentuale di disoccupati, di persone con bassa istruzione, di famiglie monogenitoriali, di abitazioni prive di servizi igienici e da un indice di invecchiamento, quale indicatore di potenziale carico assistenziale e bisogno di supporto sociale.

Raccomandazione 7

Costruzione di indicatori aggregati di deprivazione socioeconomica

Non vi è una procedura raccomandata né per la selezione delle variabili elementari, né per la scelta del metodo per la loro sintesi. Si identificano tuttavia alcune caratteristiche importanti da prendere in considerazione in queste fasi:

- l'indice dovrà preferibilmente rappresentare diverse dimensioni di deprivazione socioeconomica, da definire come espressione del possesso scarso di differenti classi di risorse: materiali, culturali, di potere, di sostegno sociale, di carico assistenziale;
- gli indicatori elementari che rappresenteranno tali dimensioni, concorrendo alla composizione dell'indice, saranno variabili autonome sul piano semantico;
- la scelta e la combinazione delle variabili originarie sarà effettuata bilanciando preferibilmente le dimensioni oggetto di rilevazione; se ciò non è possibile, l'indicatore composito misurerà un costruito differente e assumerà conseguentemente un'altra denominazione.

XXXVIII. Queste determinano in modo automatico il sistema di ponderazione dai dati a disposizione. Attraverso l'applicazione dell'analisi fattoriale, un gruppo di individui o un'area saranno caratterizzati dall'estrazione di uno o più fattori latenti, ciascuno dei quali è dato dalla somma delle variabili originarie ponderata attraverso i pesi fattoriali. L'indice di deprivazione risulta direttamente determinato attraverso la selezione e la combinazione dei fattori latenti più importanti.

Bibliografia

1. Marmot M. and Wilkinson RG, eds. *Social determinant of health*. Oxford, Oxford University Press, 1999.
2. Krieger N, Embodying inequality: a Review of concepts, measures, and methods for studying health consequences of discrimination. *Int J Health Serv* 1999; 29: 2, 295-352.
3. Blane D. The life course, the social gradient, and health. In: Marmot M. and Wilkinson RG, eds. *Social determinant of health*. Oxford, Oxford University Press, 1999, pp. 64-80.
4. Pizzorno A. *Le organizzazioni, il potere e i conflitti di classe*. Introduzione a Dahrendorf R. *Classi e conflitto di classe nella società industriale*. Roma, Laterza, 1970.
5. de Lillo A, Schizzerotto A. *La valutazione sociale delle occupazioni. Una scala di stratificazione occupazionale per l'Italia contemporanea*. Bologna, Il Mulino, 1985.
6. Tocqueville A. *Sulla democrazia in America*. Torino, UTET, 1968. (edizione originale 1835).
7. Gallino L., *Dizionario di sociologia*, Torino, UTET, 1978.
8. Boudon R, Bourricaud F. *Dizionario critico di sociologia*, Roma, Armando, 1991 (edizione originale 1982).
9. Schizzerotto A. *Classi sociali e società contemporanea*, Milano, Franco Angeli, 1988.
10. Lenski, GE. *Power and privilege: A theory of social stratification*. New York, McGraw-Hill, 1966.
11. Davis K, Moore WE. Some Principles of Stratification. *Am Sociol Rev* 1945; X(2): 242-49.
12. Kaufman JS, Cooper RS. Seeking Causal Explanation in Social Epidemiology. *Am J Epidemiol* 1999; 150: 2, 113-20.
13. Giampaglia G, Ragone G eds. *La teoria dello squilibrio di status*. Napoli, Liguori, 1981.
14. Ashford, S. Upward mobility, status inconsistency, and psychological health. *The Journal of Social Psychology*, 1990, 130, 71-76.
15. Cardano M, Costa G, Classi sociali e salute. Le disuguaglianze di mortalità a Torino. *Quaderni di sociologia* 1998; 17: 86-121.
16. Addario N. L'ordine della differenza. Per un approccio organizzativo al concetto di classe sociale. *Rassegna Italiana di Sociologia*, XXVIII, 1987.
17. Wilkinson RG. *Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality*. Londra, Routledge, 1996.
18. Tarlov AR. Social determinants of health. The sociobiological translation. In: Blane D, Brunner E, Wilkinson R, eds, *Health and social Organization. Toward a Health Policy for the 21st Century*, Londra, Routledge, 1996. pp. 71-93.
19. Goodin RE, Le Grand J. *Not only the poor. The middle classes and the welfare state*. Londra, Allen & Unwin, 1987.
20. Stern, J. , Social Mobility and the Interpretation of Social Class Mortality Differentials. *Journal of Social Policy*, 1983, 12, 27-49.
21. W West, P., Rethinking the Health Selection Explanation for Health Inequalities *Social Science and Medicine*, 1991, 32, 373-84.
22. Blane D., Davey Smith, G. & Bartley, M., Social selection: what does it contribute to social class differences in health?. *Sociology of Health and Illness* 1993, 15, 1-15.
23. Cardano M., Costa G. e Demaria M., Social mobility and health in the Turin longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 2004;58(8):1563-74.
24. Marmot, M, Bobak M, Davey Smith G. Spiegazioni per le disuguaglianze sociali nella salute. In: G. Costa G, Faggiano F, a cura di, *Lequità della salute in Italia*. Milano, Angeli, 1994.
25. Marmot MG. Improvement of social environment to improve health. *Lancet North Am Ed* 1998; 351: 57-60.
26. Karasek RA jr. *Job Demands, Job Decision Latitude and Mental Strain: Implications for Job Redesign*. *Adm Sci Q* 1979; 24: 285-308.
27. Johnson JV, Hall EM. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am J Public Health* 1988; 78: 1336-42.
28. Siegrist J, Peter R, Junge A, Cremer P, Seidel D. Low status control, high effort at work and ischemic heart disease: prospective evidence from blue-collar men. *Soc Sci Med* 1990; 31: 1127-34.
29. Karasek RA, Theorell T. *Healthy work*. New York, Basic Books, 1990.
30. Weber M., *Economia e società*, 1995, 2 voll. [trad. it. di *Wirtschaft und Gesellschaft*, Mohr, Tübingen, 1922].
31. Syme SL. Control and Health: a personal perspective. In: Stepoe A, Appels A, eds. *Stress, personal control and health*. New York, Wiley & Sons, 1989.
32. Sapolsky RM. *Endocrinology alfresco: psychoendocrine studies of wild baboons*. *Recent Prog. Horm. Res* 1993; 48: 437-68.
33. Brunner E. The social and biological basis of cardiovascular disease in office workers. In: Brunner E, Blane D, Wilkinson RG, eds. *Health and Social Organisation*. London, Routledge, 1996.
34. Siegrist J, Siegrist K, Weber I. Sociological concepts in the aetiology of chronic disease: the case of ischemic heart disease. *Soc Sci Med* 1986; 22(2): 247-56.
35. Siegrist J, A Theory of Occupational Stress. in Dunham J, ed, *Stress in Occupations: Past, Present, and Future*, London, Whurr Publisher Limited, 1999.
36. Siegrist J, Place, social exchange and health: proposed sociological framework. *Soc Sci Med* 2000; 52: 1283-93.
37. Thibaut JW, Kelley HH. *Psicologia sociale dei gruppi*. Bologna, Il Mulino, 1972 (ediz. orig. 1959).
38. Walster E, Berscheid E, Walster GW. New Directions in Equity Research. In: Berkowitz L, ed, *Advances in Experimental Social Psychology*. New York, Academic Press, 1976. Vol. IX.
39. Pisati M. *La mobilità sociale*. Bologna, il Mulino.
40. Fuchs VR. Economics, health, and post-industrial. *ACE Q* 1979; 57: 153-82.
41. Friedson E. Client control and Medical Practice. *American Journal of Sociology* 1960; 65(4): 374-82.
42. Vagerö D. Inequality in health. Some theoretical and empirical problems. *Soc Sci Med* 1991; 32(4): 367-71.
43. Elster J. *Come si studia la società*. Bologna, Il Mulino, 1993. (edizione originale 1989).
44. Kuhn TS, *La struttura delle rivoluzioni scientifiche. Come mutano le idee della scienza*. Torino, Einaudi, 1978 (edizione originale 1970).
45. Costa G, Cardano M, Demaria M, *Torino. Storie di salute in una grande città*. Torino, Città di Torino, 1998.
46. Cardano M, Demaria M, Vannoni F, *L'anomalia del lavoro autonomo. Lo stato di salute dei lavoratori autonomi a Torino e in Piemonte*. Torino, Libreria Stampatori, 2001.
47. Grusky DB, Sørensen JB. Can Class Analysis Be Salvaged?. *American Journal of Sociology* 1998; 5: 1187-234.
48. Cassel J. The contribution of social environment to host resistance. *Am J Epidemiol* 1976; 104: 107-23.
49. von Wright GH. *Spiegazione e comprensione*. Bologna, Il Mulino, 1988 (edizione originale 1971).
50. Goldthorpe JH, Class analysis and the reorientation of class theory: the case of persisting differentials in educational attainment. *Br J Sociol* 1996; 47: 481-505.
51. Merton RK. *Teoria e struttura sociale*. Bologna, Il Mulino, 1970 (edizione originale 1968).
52. Schizzerotto A. Problemi concettuali e metodologici nell'analisi delle classi sociali. In: Palumbo M, eds, *Classi disuguaglianze e povertà. Problemi di analisi*. Milano, Franco Angeli, 1993.
53. Cobalti A, Schizzerotto A. *La mobilità sociale in Italia*. Bologna, Il Mulino, 1994.
54. Lockwood D. *The Blackcoated Worker*. Londra, Allen and Unwin, 1958.
55. 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.
56. Pisati M. *Strutture di classe e processi di mobilità sociale. Un'analisi comparata in Italia e Stati Uniti*. Trento, Università degli Studi, Tesi di dottorato, 1994.
57. Esping-Andersen G, Strutture di classe post-industriali: un confronto tra Germania, Svezia e Stati Uniti. *Stato e mercato* 1991; 32: 219-47.
58. Esping Andersen G. *Occupazioni o classi sociali: esiste un proletariato postindustriale?* *Polis* 1993; VII(3): 457-75.
59. Erikson R. *Social class of Men Women and Families*. *Adv Med Sociol* 1984; 19(4): 500-14.
60. Barbagli M. Quando in famiglia ci sono due classi. *Polis* 1988, 2(1): 125-50.
61. Corbetta P. *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*. Bologna, il Mulino, 1999.
62. Saraceno C. *Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale*, Roma, Carocci, 2002.

-
63. Olagnero M. *I muri e le barriere. Il disagio abitativo tra crisi del Welfare, crisi del mercato e trasformazioni della famiglia. Rassegna Italiana di Sociologia* 1998; 1: 43.
 64. Diez Roux AV. A glossary for multilevel analysis. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56: 588-94.
 65. Macintyre S. Inequalities in health-geographical inequalities in mortality, morbidity and health-related behaviour in England. In: 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. pp.148-54.
 66. Davey Smith G, Hart C, Watt G, Hole D, Hawthorne V. Individual social class, area-based deprivation, cardiovascular disease risk factors, and mortality: the Renfrew and Paisley study. *J Epidemiol Community Health* 1998; 52: 399-405.
 67. Waitzman N, Smith K. Phantom of the area: poverty-area residence and mortality in the United States. *Am J Public Health* 1998; 88(6): 973-76.
 68. Diez-Roux AV, Nieto FJ, Muntaner C. Neighbourhood environments and coronary heart disease: a multilevel analysis. *Am J Epidemiol* 1997; 146(1): 48-63.
 69. Folwell K. Single measures of deprivation. *J Epidemiol Community Health* 1995; 49(Suppl 2): S51-S56.
 70. Cadum E, Costa G, Biggeri A, Martuzzi M. Deprivazione e mortalità: un indice di deprivazione per l'analisi delle disuguaglianze su base geografica. *Epidemiol Prev* 1999; 23: 175-87.
 71. Townsend P, Phillimore P, Beattie A. *Inequalities in Health in the northern Region: an interim report*. Newcastle, Northern Regional Health Authority and Bristol university, 1986.
 72. Vitali O. *Statistica per le scienze applicate*. Bari, Cacucci editore, 1993.
 73. Costa G, Spadea T, Marinacci C, Demaria M. Guardare alle differenze di salute per identificare obiettivi. *Annali d'Igiene e medicina preventiva e di Comunità* 2002; 14(2 Suppl 2): 79-86.
 74. Jarman B. Identification of underprivileged areas. *BMJ* 1983; 286: 1705-09.
 75. Michelozzi P, Perucci CA, Forastiere F, et al. Differenze sociali nella mortalità a Roma negli anni 1990-1995. *Epidemiol Prev* 1999; 23: 133-240.
 76. Valerio M, Vitullo F. Sperimentazione di un indice di svantaggio socioeconomico in Basilicata. *Epidemiol Prev* 2000; 24: 219-23.

4.

L'analisi e la valutazione delle disuguaglianze di salute

Analysis and evaluation of health inequalities

Teresa Spadea

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

4.1 Indicatori dello stato di salute

Health status indicators

Questo paragrafo, rivolto in particolare a non epidemiologi, introduce le principali misure di frequenza delle condizioni di salute e passa in rassegna gli indicatori maggiormente utilizzati ai fini della descrizione delle disuguaglianze di salute.¹

Prevalenza e incidenza

La maggior parte degli indicatori di salute generalmente analizzati in epidemiologia rientrano in due ampie categorie: misure di prevalenza e misure di incidenza. La prevalenza viene definita come il numero di casi con una data condizione, presenti in una data popolazione in uno specifico istante o intervallo temporale; quando tale numero viene diviso per il totale della popolazione a rischio di sviluppare quella specifica condizione nello stesso istante o intervallo, si ottiene una proporzione, usualmente definita «tasso di prevalenza».³ L'incidenza esprime invece il numero di nuovi casi insorti in una popolazione in un determinato intervallo di tempo; in questo caso il rapporto tra tale valore e la popolazione a rischio nello stesso periodo produce due diversi indicatori: il «tasso (o densità) di incidenza», quando il denominatore è espresso in unità di tempo-persona, o l'«incidenza cumulativa», quando il denominatore è costituito dal totale della popolazione a rischio all'inizio dell'intervallo.³

Il tasso di prevalenza e l'incidenza cumulativa sono entrambe proporzioni, e rappresentano una stima, rispettivamente, della probabilità che un individuo sia affetto dalla condizione in studio nell'istante o periodo di tempo considerato, e della probabilità di contrarre la condizione nell'intervallo. La densità di incidenza è invece più propriamente un tasso, cioè una misura espressa in unità di tempo (per esempio «10 casi per 1.000 anni-persona»), e rappresenta la velocità con cui si sviluppano nuovi casi nella popolazione.

La prevalenza di una malattia dipende dalla sua incidenza e dalla sua durata: essa può infatti essere schematizzata come un serbatoio che si riempie al ritmo della densità di incidenza e si svuota in funzione della durata. Tanto più la durata di una malattia è breve, tanto più le misure di incidenza e prevalenza tendono a coincidere; viceversa, nel caso di una ma-

lattia cronica a lunga sopravvivenza, il numero di casi presenti in una popolazione tende sempre ad aumentare, e la prevalenza sarà molto maggiore dell'incidenza.

Voci nosologiche che parlano dei meccanismi di generazione delle disuguaglianze

La distribuzione delle voci nosologiche (per esempio delle cause di decesso) riflette lo stato di salute di una popolazione e, quindi, la struttura dei fattori che la condizionano. In questa sede non saranno discusse in modo sistematico tutte le voci nosologiche, ma solo quelle che sono legate in modo specifico ai principali fattori di rischio con la mediazione dei quali le disuguaglianze sociali agiscono sulla salute, e che compaiono più spesso nei sistemi informativi sanitari disponibili per tutta la popolazione, come nel caso della mortalità.

Il tumore dello stomaco (ICD IX: 151)

Il tumore dello stomaco è rappresentato in gran parte da adenocarcinomi a prognosi povera: la sopravvivenza stimata a cinque anni è intorno al 20%. La morte pertanto è un buon indicatore dell'incidenza. Si osserva un'estrema variabilità geografica nell'incidenza di questo tumore e le popolazioni migranti tendono ad acquisire il rischio di quelle ospitanti, rinforzando l'ipotesi che il tumore abbia radici ambientali piuttosto che genetiche.

La riduzione della mortalità è in gran parte attribuibile a una riduzione dell'incidenza, legata all'aumento del benessere igienico, abitativo, alimentare delle popolazioni. Questo tumore, infatti, è sempre stato una malattia tipica dei poveri. Qualunque sia la dimensione dello *status* socioeconomico considerata e in tutti i paesi su cui si hanno informazioni pertinenti, il rischio di morte per questa causa raddoppia nelle classi più svantaggiate rispetto a quelle più favorite. Quanto ai rischi occupazionali responsabili di questa patologia, tra le professioni che fanno registrare maggior incidenza va segnalata quella dei minatori.

Diversi fattori ambientali sono stati chiamati in causa: il fumo di sigaretta è associato al rischio, ma le prove non sono conclusive in assenza di una chiara relazione dose-risposta; il consumo di alcol risulta debolmente correlato in alcuni studi ma non in altri; le radiazioni ad alte dosi aumentano considerevolmente il rischio di tumore dello stomaco.

1. Per una trattazione più analitica delle misure di frequenza di una malattia si rimanda a Hennekens e Buring;¹ per la descrizione dettagliata del profilo epidemiologico delle cause di morte si rimanda al libro sulle disuguaglianze nella salute a Torino.²

Numerosi studi hanno associato al tumore dello stomaco l'ingestione di nitrati e di composti correlati, prodotti dalla combinazione con nutrienti presenti in molti cibi: pesci, maiale, cereali, tè, birra, spezie. Si sospetta che i cibi salati siano associati con il rischio di cancro gastrico: infatti alla disponibilità di sistemi di refrigerazione che hanno diminuito l'uso dell'affumicatura, dell'acetatura e della salatura per la conservazione, si è accompagnata la diminuzione di questo tumore. Nello stesso periodo però, si è anche rilevata una riduzione del 50% del consumo di amidi (patate, pane, riso, paste e carboidrati in genere). Inoltre, in tutti gli studi c'è grande concordanza nel riscontro di un'associazione inversa con il consumo di frutta e verdura fresche.

Il batterio dell'*Helicobacter pylori* è fortemente associato con la gastrite dell'antro e con l'ulcera peptica, che sono antecedenti del cancro dello stomaco.

Si osserva anche una tendenza nell'aggregazione familiare di casi di tumore nello stomaco, ma le famiglie condividono solitamente anche le condizioni socioeconomiche e ambientali ed è difficile discriminare il ruolo di una componente genetica da quello di una componente ambientale.

Con questi precedenti, il modello di spiegazione più accreditato per la genesi del tumore dello stomaco prevede un processo a catena, che inizia con una infiammazione della mucosa gastrica a causa dell'*Helicobacter pylori* che esita in una gastrite cronica diffusa superficiale. Essa, a causa dell'azione irritante e abrasiva di cibi salati e della scarsa ingestione di vitamine o proteine, può procedere in gastrite atrofica e successivamente in carcinoma.

In conclusione, il tumore dello stomaco viene solitamente considerato un indicatore di esperienze di vita prolungate in ambiente socioeconomico sfavorevole, con una particolare concentrazione di fattori di rischio legati alla povertà, come le infezioni, l'alimentazione a base di amidi, di cibi conservati e con poca frutta e verdure fresche.

I tumori del colon retto (ICD IX: 153-154)

I tumori del grosso intestino rappresentano circa il 13-15% di tutti i tumori nei paesi occidentali. La sopravvivenza media dei tumori del colon retto a cinque anni raggiunge anche il 60%, ma varia dal 90% al 10% a seconda dello stadio di riconoscimento. Si osservano consistenti differenze geografiche nella mortalità associate a differenti stili di vita, all'interazione tra fattori genetici e ambientali e alle differenze di accesso alle cure appropriate. Anche in questo caso le popolazioni migranti tendono ad assumere il profilo di rischio delle popolazioni ospitanti anche a breve distanza dalla migrazione, a dimostrazione del ruolo prevalente dei fattori ambientali su quelli genetici. Contrariamente all'incidenza, la mortalità è in lieve diminuzione soprattutto nelle zone a più alta incidenza e nei più giovani, a testimonianza del miglioramento della sopravvivenza negli ultimi anni.

In generale il tumore è più frequente nei gruppi sociali più

avvantaggiati e nelle aree urbane. Poche occupazioni sono state associate al rischio di tumore del colon retto, come quelle dell'industria automobilistica. Singoli fattori occupazionali associati debolmente con questo rischio sono l'asbesto e il lavoro sedentario.

L'epidemiologia nutrizionale ha realizzato numerosi studi osservazionali e sperimentali sul ruolo di singoli nutrienti nella generazione o nella protezione dal rischio di questi tumori: purtroppo i risultati sono spesso incoerenti tra loro. Un alto consumo di grassi e di carni animali e un basso consumo di fibre e di vegetali e frutta sono ben correlati con il rischio di tumore del colon retto, indipendentemente dall'introduzione totale di calorie. Un debole fattore di rischio è il consumo di alcol e così pure il fumo di tabacco (soprattutto per i polipi adenomatosi). Un ruolo protettivo è dimostrato per l'uso di farmaci antinfiammatori non steroidei.

In conclusione, il tumore del colon retto è un tumore a prognosi favorevole, se diagnosticato tempestivamente; e la mortalità esprime sia le differenze nell'incidenza sia quelle nella sopravvivenza e quindi nel pronto accesso alle cure adeguate. Le differenze nella sopravvivenza in genere sono a sfavore delle classi sociali più svantaggiate e dovrebbero essere rimaste stabili nel tempo; quelle nell'incidenza sfavoriscono le classi più avvantaggiate in quanto correlate a stili di alimentazione e di vita sedentaria che sono (o meglio sono stati) più tipici di queste classi.

Il tumore del polmone (ICD IX: 162)

Il tumore del polmone continua a rappresentare una delle principali cause di morte nei paesi occidentali. Tra gli anni cinquanta e gli anni ottanta questo tumore ha vissuto un'intensa stagione epidemica, che si sta attenuando negli ultimi anni, almeno tra gli uomini. Nelle donne l'andamento epidemico è differito di qualche anno e la mortalità è ancora in crescita. Tra gli estremi della scala sociale il rischio di tumore del polmone varia di due volte.

Il comportamento prognostico di questo tumore è complessivamente sfavorevole, con una sopravvivenza media a cinque anni intorno al 10%, per cui la mortalità rappresenta una buona approssimazione dell'incidenza. Nessuna forma di diagnosi precoce si è finora dimostrata efficace nel ridurre la mortalità. Il fattore di rischio principale è il fumo di tabacco, che negli USA spiega l'80-90% dei casi nella maggior parte delle popolazioni. Anche il fumo passivo è in grado di aumentare di circa il 30% il rischio di tumore del polmone. Il polmone è anche l'organo bersaglio di molti cancerogeni professionali, tra cui l'asbesto è il più importante e il più diffuso nel passato. Spesso la cancerogenicità di queste sostanze interagisce in modo moltiplicativo sul rischio in presenza del fumo di tabacco. Molte lavorazioni espongono a cancerogeni professionali: fonderie, miniere, uso di insetticidi in agricoltura, industria chimica, produzione di resine a scambio ionico e di pigmenti a base di cromati, raffinazione del nickel,

pavimentazione con asfalto e catrame, gomma, saldatura. Altre professioni sono frequentemente associate con il rischio di tumore del polmone senza che sia riconosciuto l'agente cancerogeno (macellai, panettieri, cuochi, lavoratori della carta). Le radiazioni ionizzanti (mediche o atomiche) e il radon sono cause ambientali riconosciute di tumore del polmone. L'inquinamento atmosferico è risultato associato con un maggior rischio di tumore del polmone, però in studi per i quali non è stato possibile escludere il ruolo di altri fattori di rischio come i rischi occupazionali o il fumo. Una dieta ricca di vegetali e frutta fresca riduce della metà il rischio, che invece sale in presenza di altre malattie polmonari (asbestosi, silicosi, bronchite cronica, enfisema, asma). Si nota inoltre una certa tendenza all'aggregazione familiare di casi.

In sostanza si tratta di una malattia poco curabile, la cui mortalità rispecchia l'incidenza e che risulta in larga misura spiegata dal fumo di tabacco e, in parte, da rischi occupazionali e da fattori nutrizionali, a loro volta correlati con il fumo.

Il tumore della mammella (ICD IX: 174)

Il tumore della mammella è il tumore più comune tra le donne. Una ricca collezione di prove sperimentali cliniche ed epidemiologiche indica che gli ormoni giocano un ruolo importante nell'eziologia di questi tumori. Le popolazioni migranti acquisiscono il profilo di rischio delle popolazioni ospitanti, soprattutto nella seconda generazione. La mortalità è salita nel nostro paese negli ultimi vent'anni e tende di recente a diminuire leggermente; viceversa si osserva un piccolo aumento di incidenza che potrebbe anche essere dovuto a una maggiore sensibilità della diagnosi attraverso lo *screening* mammografico. La sopravvivenza a cinque anni è arrivata a circa il 75%, pertanto la mortalità non dipende solo dall'incidenza ma anche dalla sopravvivenza.

Tutti i fattori di rischio noti per il tumore della mammella (menarca precoce, menopausa tardiva, obesità postmenopausale, terapia ormonale sostitutiva) e tutti quelli protettivi (precocità di prima gravidanza a termine, numero di figli, allattamento al seno, attività fisica) possono venire interpretati come la misura di una esposizione cumulativa della mammella agli estrogeni che promuovono lo sviluppo del cancro della mammella.

Altri fattori di rischio sono la storia familiare, gli antecedenti clinici e l'alimentazione. Il consumo di grassi emerge come fattore di rischio in tutti gli studi di correlazione geografica e temporale, indipendentemente dai fattori della storia riproduttiva; viceversa il consumo di fibre risulta fortemente protettivo. Il fumo per la sua azione antiestrogenica potrebbe svolgere un ruolo protettivo, mentre l'alcol potrebbe avere un effetto di aumento dei livelli di estrogeno e aumentare il rischio. La mortalità per tumore della mammella può essere dunque interpretata come indicatore di effetto sia degli svantaggi sociali nella propensione e nell'accesso alla diagnosi precoce e alle cure appropriate e tempestive, sia della distribuzione so-

ciale delle caratteristiche riproduttive (generalmente a svantaggio delle classi sociali alte), dell'alimentazione e degli stili di vita correlati al livello di estrogeni.

Le malattie nervose e psichiche (ICD IX: 290-303, 305-389)

Queste malattie rappresentano un raggruppamento molto eterogeneo, che va dalle psicosi alle demenze, al morbo di Parkinson, alle malattie dei neuroni motori, con un contributo alla mortalità molto variabile.

La mortalità per questo gruppo di cause di morte è tendenzialmente stabile negli ultimi vent'anni. Tra i più giovani sono più frequenti le malattie la cui mortalità può essere ritardata con un migliore controllo delle infezioni e delle tecniche di terapia intensiva; mentre tra gli anziani prevalgono malattie come le demenze e il morbo di Parkinson, per le quali la mortalità dovrebbe essere eventualmente influenzabile dal miglior controllo delle malattie cerebrovascolari che potevano occultarle.

Questo gruppo di cause di morte viene generalmente utilizzato come indicatore di morbosità cronica a cui possono essere legati processi di selezione nella carriera sociale di una persona: la presenza di una malattia di questo raggruppamento, soprattutto tra i giovani, dovrebbe ostacolare il successo nella carriera educativa, in quella professionale o nella ricerca di un *partner*, con la conseguenza che eventuali differenze sociali nella mortalità per queste cause potrebbero essere il risultato di un meccanismo di mobilità selettiva.

AIDS e overdose (ICD IX: 279.1, 304)

Uno degli andamenti più significativi che emerge nell'area delle diseguaglianze a livello internazionale è lo stretto legame che si osserva tra AIDS, tossicodipendenza e povertà. Questo profilo è chiaro sia nel terzo mondo, sia negli Stati Uniti, soprattutto nella popolazione di colore e ispanica, sia nei paesi europei, con eccessi di mortalità legati al consumo di eroina e all'infezione HIV nelle aree più povere delle città.

L'AIDS, o sindrome da immunodeficienza acquisita, è la più importante minaccia per la salute pubblica emersa negli ultimi venti anni nel nostro paese. Si tratta di una patologia che genera alti costi di trattamento e di assistenza e molta preoccupazione sia per le incertezze sulle possibilità di cura, sia perché la sua prevenzione richiede modificazioni di comportamenti che toccano in modo profondo e sostanziale le coordinate etiche di una società. L'AIDS è provocata dall'infezione da HIV, un retrovirus umano trasmissibile attraverso i rapporti sessuali, per trasfusione di sangue o di emoderivati, per scambio di siringhe usate e da madre a bambino durante la vita intrauterina, il parto o più raramente l'allattamento. L'epidemia da AIDS nel nostro paese è principalmente attribuibile allo scambio di siringhe tra tossicodipendenti, e più recentemente ai contatti eterosessuali.

La mortalità per AIDS, in assenza di un trattamento effica-

ce, dovrebbe riflettere l'incidenza della malattia. Negli ultimi tempi, la disponibilità di cure in grado di rallentare l'evoluzione della patologia potrebbero dare alle differenze di mortalità anche il significato di misura delle disuguaglianze nell'accesso a cure innovative più appropriate. I dati di mortalità, data una incubazione mediana di 10 anni e una sopravvivenza mediana di un anno e mezzo, tendono a descrivere l'andamento delle nuove infezioni (e quindi dei meccanismi di contagio) avvenute circa 10-12 anni prima.

La mortalità per *overdose* è un indicatore di frequenza della tossicodipendenza e di insuccesso dei programmi e delle politiche di contenimento del danno legato al consumo di droghe. Si tratta infatti di un fenomeno legato all'abuso di sostanze stupefacenti, in particolare di eroina per via endovenosa, che si conclude in modo drammatico a causa di un errore di dosaggio connesso alla qualità della sostanza e all'impossibilità di un'assistenza appropriata e tempestiva. Occorre tuttavia considerare che la sua variabilità nel tempo e nello spazio è molto dipendente dalla qualità della sostanza disponibile sul mercato; mentre le differenze nell'indicatore all'interno di uno stesso bacino di utenza riflettono meglio le differenze di frequenza della dipendenza e dei suoi danni estremi.

Nella popolazione giovanile e adulta giovane italiana gli esiti della tossicodipendenza e l'AIDS si avviano a diventare il gruppo di cause di morte più importante. Per questa ragione, esse servono a monitorare le differenze sociali nella diffusione di questi fenomeni e nella capacità della società di limitarne i danni.

Il diabete (ICD IX: 250)

La mortalità per diabete rappresenta in modo imperfetto la distribuzione della forma clinica più frequente e a lento decorso di diabete mellito, quello non insulino-dipendente, ampiamente diffuso nella popolazione. L'altra forma, quella giovanile, di tipo insulino-dipendente, è più rara e più severa. La mortalità è una rappresentazione imperfetta della prevalenza della malattia, a causa della sua bassa letalità e dato che questa causa di morte viene certificata come primitiva solo in assenza di altre cause più specifiche. I fattori di rischio legati al diabete sono l'obesità, la sedentarietà, il consumo di alcol, le malattie del pancreas, le infezioni virali e alcune terapie farmacologiche.

Nell'ambito dello studio delle disuguaglianze sociali, questa causa di morte viene utilizzata come indicatore imperfetto di prevalenza dei principali fattori di rischio, soprattutto dell'obesità, e di una inadeguata capacità di controllo sanitario della patologia.

Le malattie ischemiche del cuore e le malattie cerebrovascolari (ICD IX: 410-414, 430-438)

Le malattie cardiovascolari sono la principale categoria di cause di morte nei paesi occidentali industrializzati. Esse sono state considerate nel passato come la malattia del benes-

sere e dello sviluppo. Oggi sono invece molti gli indizi che fanno pensare diversamente: questo gruppo di cause di morte sta infatti emergendo come prominente nei paesi in via di sviluppo e dell'Est europeo, mentre sta diminuendo nei paesi più ricchi dell'occidente; inoltre nei paesi ricchi essa è ormai più frequente nelle classi sociali più povere e sta rapidamente diminuendo in quelle più ricche.

La malattia ischemica del cuore è tra le cause principali di mortalità nel nostro paese, ma i tassi stanno progressivamente diminuendo negli ultimi venti anni. La malattia acuta è letale entro 28 giorni in più del 50% dei casi, ed è quindi un buon indicatore di incidenza.

Le malattie cerebrovascolari rappresentano anch'esse un 30% delle cause di morte cardiovascolari; si tratta di malattie ad alta letalità (40-50% a 28 giorni dall'episodio acuto di emorragia o di trombosi), e che determinano frequentemente invalidità permanente e grave.

La malattia coronarica e le malattie cerebrovascolari hanno numerosi fattori di rischio in comune e misure di controllo simili possono avere effetto su entrambe le patologie.

Il fumo di sigaretta è probabilmente responsabile di circa un quarto delle morti per malattia ischemica del cuore, e anche nel caso delle malattie cerebrovascolari è probabile un ruolo causale del fumo di tabacco, soprattutto in associazione con l'uso di contraccettivi orali. Il consumo elevato di alcol è fortemente associato con entrambe le patologie; mentre di minore o incerta rilevanza è il ruolo del consumo di caffè.

Il livello di colesterolo nel sangue aumenta il rischio di malattia ischemica del cuore; ci sono prove convincenti per sostenere che i grassi saturi nella dieta (quelli derivati in prevalenza dai grassi animali) siano i principali determinanti del livello di colesterolo nel sangue. Una riduzione del livello di colesterolo si può quindi ottenere attraverso una riduzione nei grassi totali e in quelli saturi, attraverso un aumento dei grassi poliinsaturi (soprattutto grassi e oli di origine vegetale), e attraverso un aumento delle fibre nella dieta. Non è invece chiaro quale sia la relazione tra livello di colesterolo e rischio di malattia cerebrovascolare. Un'alta pressione sanguigna è il maggior fattore di rischio che contribuisce al rischio di malattia ischemica del cuore e di malattia cerebrovascolare; a sua volta, questo fattore è influenzato da fattori genetici, dall'obesità, dal consumo di alcol e dal consumo di sale. Lo *screening* e il trattamento dell'ipertensione severa e moderata sono in grado di ridurre il rischio di incidente cerebrovascolare e di malattia ischemica del cuore nell'anziano. L'obesità e il sovrappeso sono un fattore di rischio per le malattie ischemiche del cuore e per quelle cerebrovascolari, probabilmente perché contribuiscono ad aumentare la pressione, il rischio di diabete e i livelli di colesterolo. L'attività fisica è importante per la prevenzione delle malattie ischemiche del cuore e per ridurre l'obesità e la pressione sanguigna.

Nel caso delle malattie ischemiche del cuore i fattori psico-

sociali giocano un ruolo indipendente e molto forte, soprattutto per quel che riguarda la mancanza di supporto sociale e lo *stress* lavorativo. Sempre per la malattia ischemica del cuore è evidente una forte associazione con la familiarità dei casi. Inoltre una ritardata o incompleta maturazione dei tessuti in epoca fetale e infantile può essere all'origine di un aumento della mortalità cardiovascolare e dei suoi fattori di rischio. È probabile che gli svantaggi nella crescita in età precoce disturbino la «programmazione» dello sviluppo con una influenza rilevante sulla patologia degenerativa.

In conclusione, la morte per malattia ischemica del cuore e quella per malattia cerebrovascolare vengono utilizzate come marcatore sia di fattori di rischio tipici della transizione epidemiologica (alimentazione troppo ricca di grassi e calorie e troppo povera di fibre; fumo; ipertensione; obesità; sedentarietà), sia di fattori di rischio psicosociali legati alle condizioni di vita e di lavoro. È verosimile che una quota non irrilevante del rischio, soprattutto di quello per malattie cerebrovascolari, sia legata a un migliore accesso alla diagnosi e alla cura, in particolare dell'ipertensione.

Le malattie respiratorie (ICD IX: 460-519)

La mortalità per malattie respiratorie è prevalentemente rappresentata dalla mortalità per broncopneumopatie croniche ostruttive, cioè da bronchite cronica, enfisema e da asma, ed è in costante diminuzione dall'inizio del secolo. Altre cause di morte respiratorie meno frequenti sono l'influenza e la polmonite, che si sono ridotte consistentemente negli ultimi decenni grazie all'assistenza medica, e quelle per pneumoconiosi (silicosi e asbestosi), anch'esse in forte riduzione grazie alle bonifiche di numerose esposizioni occupazionali e alla chiusura delle miniere.

La mortalità per questa causa di morte sottostima la prevalenza di queste condizioni, che non sempre portano a morte o non sempre vengono registrate come causa primitiva. Il confronto tra studi di mortalità e studi di prevalenza ha tuttavia portato a concludere che questa sottotitola potrebbe essere distribuita in modo casuale e che le differenze nella mortalità per cause respiratorie potrebbero riflettere reali differenze nella prevalenza della condizione.

È nota da tempo la correlazione tra la distribuzione geografica della mortalità per malattie respiratorie nell'adulto e quella da malattie respiratorie nell'infanzia: ciò farebbe supporre che le infezioni delle basse vie aeree nell'infanzia causino la malattia ostruttiva cronica nell'adulto. Viceversa, si potrebbe arguire che questa correlazione rifletta semplicemente le differenze geografiche nelle influenze ambientali che determinano la malattia respiratoria a tutte le età. Tuttavia, diversi determinanti agiscono solo in specifiche età: il rischio di malattia respiratoria nell'infanzia è influenzato dall'allattamento al seno, aumenta con l'affollamento, è correlato con il numero di conviventi, con la loro età, con la compresenza nella stanza da letto dei genitori, con la frequenza di infezioni

respiratorie tra i conviventi, con il fumo tra i conviventi, e con l'inquinamento domestico; tra gli adulti il fumo di sigaretta è il determinante singolarmente più importante della bronchite cronica. Inoltre, diversi studi longitudinali dimostrano che ritardi di crescita in utero e durante l'infanzia e infezioni respiratorie nei primi anni di vita predicono uno stato di compromissione della funzionalità respiratoria e il rischio di bronchite cronica nell'adulto. L'effetto dannoso del fumo di sigaretta in età adulta si sommerebbe quindi a quelli già maturati nell'infanzia.

In questo ambito, dunque, le morti respiratorie rappresentano un indicatore di una traiettoria di vita che ha accumulato numerosi svantaggi per il buon funzionamento dell'apparato respiratorio, sia a causa delle cattive condizioni nei primi anni di vita che hanno accompagnato la maturazione dell'apparato respiratorio, sia a causa degli insulti ambientali, fisici, chimici e biologici subiti dal sistema respiratorio adulto nell'ambiente di vita e di lavoro.

La cirrosi epatica (ICD IX: 571)

I problemi di salute legati all'alcol sono tra le cause più importanti della mortalità prematura nei giovani adulti. Il campo dei danni alla salute correlati all'alcol è molto vasto, ma difficile da quantificare a causa dell'inaccurata attribuzione all'alcol di molte morti (si pensi, per esempio, agli incidenti stradali), che porta a sottostimare il numero di morti attribuibili. Oltre che dalla cirrosi epatica, gli alcolisti sono infatti colpiti da numerose cause di morte tra loro competitive: l'intossicazione acuta da alcol, i tumori alcol correlati (come quelli delle alte vie aeree e digestive e il fegato) e le morti violente e accidentali.

Il rischio di sviluppare cirrosi del fegato è quindi un buon indicatore dell'andamento del sovraconsumo di alcol. La sopravvivenza media dalla diagnosi è di circa cinque anni e mezzo. A sua volta la cirrosi alcolica è il più importante fattore di rischio per il tumore epatocellulare nelle aree a bassa incidenza di questo tumore, come il nostro paese.

Ci sono anche importanti cause virali della cirrosi del fegato: il virus dell'epatite B provoca un'infezione che nei bambini è solitamente subclinica ed evolve in cronicità, mentre tra gli adulti è più francamente clinica ma transitoria. Il contagio avviene prevalentemente per via endovenosa (scambio di siringhe, politrasfusi, per via intrauterina) o per contatto sessuale con un portatore sano. Ci sono prove solide che dimostrano che l'infezione cronica con questo virus è il più importante fattore eziologico del carcinoma epatocellulare, così come della cirrosi, in collaborazione con altri fattori quali l'alcol, che agisce con un effetto promuovente su un fegato infettato aumentando la velocità delle morti cellulari e della rigenerazione e reinfezione dell'epatocita. La disponibilità di un vaccino efficace e sicuro fa ben sperare per una diminuzione di queste malattie croniche del fegato, almeno per la quota legata al virus. Il virus dell'epatite C provoca infezioni epatocellulari

che diventano usualmente croniche e potenzialmente causano severe forme di malattia cronica del fegato come l'epatite cronica attiva, la cirrosi e il carcinoma epatocellulare. La via di contagio più documentata è quella parenterale. Questo virus rappresenta probabilmente la principale causa di malattia cronica del fegato nelle aree a bassa prevalenza di epatite B. In conclusione, pur sapendo che l'incidenza di cirrosi può anche essere spiegata con il contributo indipendente delle infezioni da virus dell'epatite B e C, usualmente la mortalità per cirrosi epatica viene utilizzata come indicatore dell'effetto sulla salute del sovraconsumo di alcol.

Gli incidenti stradali (ICD IX: 800-848)

Le morti per incidente stradale rappresentano una delle principali cause di morte prematura tra i giovani e tra gli adulti giovani. Pertanto, dato l'alto numero di anni di vita potenziale persi, il loro costo sociale è molto elevato. La mortalità per incidente stradale nel nostro paese è in lieve diminuzione; la possibilità di un ulteriore decremento è legata a un insieme di eventi evitabili. Ci sono buone ragioni per pensare che le misure di protezione (cinture di sicurezza e casco), un disegno urbanistico più attento a livello locale, il controllo del consumo di alcol per chi guida, una progettazione dei veicoli più attenta alla sicurezza, e una educazione più mirata a chi usa la strada anche senza guidare un veicolo, possano ridurre significativamente il rischio di morte per incidente stradale.

Le morti per incidenti stradali mettono in evidenza differenze sociali legate al tipo di lavoro (alcune occupazioni richiedono un uso più frequente dei mezzi di trasporto di altre), alla sensibilità personale per la sicurezza,^{II} all'organizzazione del traffico nell'area di residenza, al grado di sicurezza del veicolo condotto, all'uso di alcol.

Le cadute e gli infortuni sul lavoro (ICD IX: 880-928)

Secondo le statistiche ufficiali circa 1-2% delle morti in età adulta sarebbe riconoscibile come legate specificamente al lavoro (infortuni sul lavoro e malattie riconosciute come professionali). L'andamento temporale del fenomeno, soprattutto delle morti per malattie professionali, è in riduzione, dato sia il miglioramento delle condizioni di lavoro sia l'aumento dei controlli sui luoghi di lavoro.

Le morti per caduta e infortunio esprimono l'entità dei rischi per la sicurezza nei luoghi di lavoro se occorrono in persone in età lavorativa, mentre rappresentano un indicatore dei rischi per la sicurezza nei luoghi di vita se occorrono in persone anziane. In tale ambito questo gruppo di cause di morte esprime le disegualanze nella presenza di un rischio per la sicurezza nelle diverse fasce di età.

Suicidio e omicidio (ICD IX: 950-959, 960-978)

La mortalità per suicidio è circa quattro volte più frequente di quella per omicidio e presenta un profilo epidemiologico abbastanza specifico. Negli ultimi trent'anni il tasso è leggermente aumentato nella maggior parte dei paesi europei, Italia compresa. In termini relativi esso rappresenta l'1-4% delle morti in tutte le età e intorno al 10-25% sotto i 35 anni. Ci sono molte ragioni per pensare che la frequenza di suicidio sia maggiore di quella rilevata con le statistiche ufficiali di mortalità, anche se l'errore di certificazione dovrebbe essere distribuito casualmente e non dovrebbe interferire con la stima delle differenze sociali.

Il suicidio è un fenomeno complesso, che ha molte cause e nasce da una serie di fattori sociali e individuali: una predisposizione fisiologica verso i disturbi psichici (genere maschile, disordini biologici e genetici, temperamento emotivo e inibito, malattia fisica), il contesto culturale (norme e tradizioni religiose, culturali, sociali che incoraggiano o meno questo atto), il contesto socioeconomico (deprivazione economica, disoccupazione, rottura della rete sociale), l'ambiente interpersonale circostante (affollamento, *stress* urbano), le sostanze disinibitorie (alcol, farmaci), la disponibilità di mezzi (armi, farmaci), la presenza di eventuali soccorritori (famiglia, figli, parenti).

Le modificazioni temporali e spaziali nel rischio di suicidio fanno pensare che ci sia spazio per attività di prevenzione che limitino il rischio. La riduzione dei suicidi a seguito dell'eliminazione dell'ossido di carbonio dai sistemi di combustione domestica dimostra che c'è possibilità di controllo del rischio attraverso il controllo della disponibilità dei mezzi per commetterlo e del clamore informativo intorno a essi. Inoltre, dato che la maggior parte dei pazienti che commettono suicidio ha sofferto di un episodio di depressione e ha consultato un medico, c'è spazio per un'azione della medicina di base nel controllo del rischio. Forme mirate di assistenza e supporto in corrispondenza di eventi di vita gravi, come la perdita di una persona cara o del lavoro, potrebbero servire a contenere il rischio.

Per queste ragioni la causa di morte suicidio è prescelta come indicatore di situazioni di disagio sociale ed esistenziale e di difficoltà a ottenere supporto sociale in circostanze di vita difficili.

Il profilo epidemiologico delle morti per omicidio non presenta la variabilità di quello del suicidio; la mortalità, in crescita negli ultimi trent'anni, è legata alla frequenza dei comportamenti violenti, dell'alcolismo, della tossicodipendenza e della psicosi. In questo ambito la mortalità per omicidio verrà quindi utilizzata per rappresentare le differenze sociali negli effetti più violenti del disagio sociale e della criminalità. L'accostamento di queste due cause di morte, suicidi e omi-

II. Wilkinson⁴ interpreta le morti per incidenti stradali quale misura del disinteresse per il benessere di «altri sconosciuti», dunque quale conseguenza dei processi di erosione della coesione sociale cui fa riferimento la nota XII del capitolo 3, Parte II.

cidii, offre spunti e, soprattutto, materiali empirici utili al controllo di un'ipotesi oggetto di crescente attenzione. A livello di popolazione, omicidi e suicidi sarebbero, per così dire, «a somma zero», per cui a un incremento dei comportamenti auto-aggressivi (i suicidi) corrisponderebbe una contrazione equivalente dei comportamenti etero-aggressivi (gli omicidi). Da ciò la singolare stabilità dei comportamenti aggressivi nel loro complesso osservata nelle grandi città o, più in generale, nelle società.

La mortalità per cause evitabili

Questo insieme di cause di morte costituisce un indicatore indiretto della qualità dei servizi sanitari. Esso descrive in modo semplice e comparabile i benefici per la salute che si ottengono a livello di popolazione grazie alla disponibilità di cure appropriate. È indiretto in quanto misura questi benefici non direttamente, bensì attraverso alcune cause di morte che sarebbero evitabili se l'assistenza funzionasse bene.⁵ Delle numerose classificazioni delle cause di morte evitabili, consideriamo quella più convenzionalmente utilizzata a livello europeo. Si tratta di una classificazione che utilizza i decessi prima dei 65 anni, per restringere l'analisi a classi di età nelle quali la certificazione di morte è ritenuta più affidabile e per aumentare la proporzione di morti effettivamente evitabili, perché non spiegate da altre patologie concomitanti. Questo gruppo comprende cause di morte tra loro eterogenee (alcune malattie infettive, tumore maligno dell'utero, linfoma di Hodgkin, cardiopatia reumatica cronica, ipertensione e malattie cerebrovascolari, malattie respiratorie sotto i quattordici anni, asma bronchiale, appendicite, ernia, colecistite, complicanze della gravidanza, morti perinatali), la cui manifestazione rimanda a una responsabilità della prevenzione secondaria o dell'assistenza diagnostica terapeutica, in sede sia di sanità pubblica sia di assistenza sanitaria di base e ospedaliera (per esempio diffusione di programmi di *screening* nei tumori della cervice uterina, trattamento dell'ipertensione arteriosa nel caso delle malattie cerebrovascolari, l'assistenza ostetrico-neonatalogica nel caso della mortalità materna e perinatale). Considerate tutte insieme, le morti per queste patologie sono un indicatore della qualità delle cure, sotto l'assunzione che se in una particolare area geografica o gruppo sociale esse segnalano un difetto nell'assistenza sanitaria, è presumibile che anche per gli altri problemi di salute possano verificarsi analoghe insufficienze di assistenza.

4.2 Classificazione delle misure di disegualianza

Classification of inequality measures

La descrizione delle disegualianze di salute, in una popolazione classificata secondo gli indicatori di posizione sociale descritti in precedenza, deve partire sempre dalla semplice presentazione delle misure di frequenza degli indicatori di

salute, per ciascun gruppo in studio. D'altra parte, un indice sintetico che esprima l'entità delle disegualianze osservate in un unico valore è spesso necessario sia per favorire l'esposizione e la spiegazione dei risultati, sia a scopo di confronto nel tempo o con altre popolazioni.

È importante riconoscere che l'interpretazione del rapporto tra posizione sociale e salute dipende molto dalla misura di associazione e dall'indice sintetico utilizzati. In questo capitolo si forniscono dunque i principali elementi di valutazione delle diverse misure,^{6,7} per permettere a ciascun ricercatore di selezionare quella più adatta ai propri obiettivi di ricerca.

Un primo criterio di classificazione delle misure riguarda la possibilità di esprimere le disegualianze in termini sia relativi, attraverso il rapporto tra tassi, sia assoluti, come differenza tra tassi. Le misure relative sono comunemente più utilizzate per interessi analitici negli studi eziologici, in quanto rappresentano la forza dell'associazione tra un potenziale determinante e la salute. Le misure assolute, invece, danno conto del peso complessivo che lo specifico fattore di rischio ha sul problema di salute collegato. Per esempio, un basso incremento di mortalità tra gli operai rispetto ai dirigenti per una causa molto frequente (manifestato dal rapporto tra i tassi) può significare un numero di morti in eccesso (calcolato come differenza tra i tassi) molto più elevato di quello che si avrebbe nel caso di un grosso incremento di mortalità per una malattia rara. Poiché è generalmente semplice passare da un tipo di misura all'altro, è anche consigliabile produrre sempre entrambe per avere un quadro più completo della relazione tra le variabili analizzate.

Un'altra dimensione da valutare è quella che distingue le misure di effetto da quelle di impatto. Nel primo caso ci si concentra sull'effetto sulla salute (assoluto o relativo) prodotto da ogni modifica nello stato socioeconomico, per esempio nel passaggio da un livello di reddito alto a uno più basso. Le misure di impatto combinano l'informazione sull'effetto del determinante (il reddito) con quella sulle dimensioni del gruppo suscettibile (le persone con basso reddito). In questo insieme di indici, alcuni si basano sul concetto di redistribuzione delle risorse di salute in modo da raggiungere lo stato di completa uguaglianza, che può essere definito alternativamente come lo stato in cui tutti hanno la stessa mortalità (o morbosità) del gruppo più avvantaggiato, o come lo stato in cui tutti hanno la stessa mortalità (o morbosità) della media. Anche in questo caso, è opportuno utilizzare sia le misure di effetto sia quelle di impatto, poiché forniscono indicazioni complementari ed egualmente utili. In particolare, la distinzione può essere rilevante nel settore delle politiche di contrasto alle disegualianze. Infatti, se è vero che entrambe le misure possono adeguatamente indirizzare politiche il cui interesse primario è quello di ridurre gli effetti sulla salute dello stato socioeconomico, tuttavia le misure di impatto appaiono più efficaci nel sensibilizzare anche altri set-

tori della politica, potenzialmente promotori di interventi non sanitari e non espressamente mirati alle disuguaglianze, che però possono avere come effetto concomitante la riduzione degli svantaggi di salute di alcuni gruppi sociali, come nel caso degli interventi di sostegno del reddito o quelli di recupero urbano.

Infine, l'ultima distinzione che si può fare è quella tra misure semplici, direttamente ottenibili dai tassi e di facile interpretazione, e misure complesse, basate su modelli di regressione lineare, che sono maggiormente in grado di utilizzare tutta l'informazione disponibile ma sono spesso di difficile calcolo e interpretazione. Su questo piano, da un lato si pongono le misure che confrontano solo due gruppi tra loro, per esempio le classi estreme dell'indicatore sociale oppure ciascuna classe verso un unico riferimento; dall'altro lato si costruiscono indici sintetici che possono tener conto contemporaneamente delle differenze tra tutte le classi e della distribuzione della popolazione nelle classi (in alcuni casi anche incorporata nella definizione stessa della posizione sociale, attraverso una classificazione in termini relativi).

4.3 Indici sintetici e loro applicazione

Summary indices and their application

Dalla combinazione dei criteri di classificazione esposti nel precedente paragrafo discende la ripartizione in 10 raggruppamenti di indici sintetici (vedi schema p. 151). Per ciascuna delle celle identificate, riportiamo di seguito una breve descrizione del metodo di calcolo e delle principali caratteristiche dell'indicatore.

Indici di effetto che confrontano due gruppi

Il problema principale in questo tipo di indicatori sta nella scelta dei due gruppi da confrontare: nel compierla è infatti necessario raggiungere il giusto compromesso tra la necessità di considerare gruppi abbastanza ampi, in modo da non escludere la maggior parte della popolazione, e quella di contrastare due gruppi abbastanza distanti tra loro, in modo da non mascherare le eventuali differenze presenti.

Nel caso di indicatori sociali continui, quali il reddito, è comune utilizzare il confronto tra i percentili estremi (quartili o quintili) della distribuzione osservata. Se invece si utilizzano classi definite a priori (per esempio laurea vs licenza elementare) è opportuno verificarne la numerosità, perché i tassi potrebbero risultare poco stabili e condizionare troppo la differenza e il rapporto.

Indici di effetto che confrontano tutti i gruppi

Un modo per tener conto contemporaneamente di tutti i livelli della classificazione sociale è ricorrere a un'analisi di regressione lineare in cui l'indicatore di salute è la variabile dipendente e l'indicatore socioeconomico è la variabile indi-

pendente. È chiaro che per applicare questo modello di analisi è necessario che la posizione sociale sia espressa in termini numerici su una scala continua, come per il reddito, gli anni di istruzione o il punteggio di desiderabilità sociale di de Lillo.⁸ In questo caso la versione assoluta e relativa dell'indice di effetto, ottenuto semplicemente dalla stima per il parametro di pendenza (la *slope* del modello di regressione), rappresentano rispettivamente l'incremento assoluto e percentuale di salute associato a un incremento unitario dell'indicatore sociale (per esempio 1.000 euro o un anno di studi).

Indici di impatto che definiscono l'uguaglianza rispetto alla classe più alta

Il rischio attribuibile nella popolazione, assoluto o percentuale, esprime il numero o la proporzione di casi di malattia o morte che si potrebbero evitare se tutta la popolazione avesse lo stesso tasso di morbosità o mortalità della classe più avvantaggiata. Si calcola come differenza tra il tasso complessivo nella popolazione e quello del gruppo di riferimento, e riflette anche la numerosità della popolazione: più alto è il numero di persone nelle classi basse con tassi più elevati, maggiore è il potenziale di miglioramento complessivo di salute nella popolazione.

Come nel caso degli indici che confrontano due gruppi, il rischio attribuibile è molto sensibile alla variabilità del tasso di riferimento. Un parziale superamento di questo problema si ottiene costruendo lo stesso indice a partire da un modello di regressione: in questo caso, al posto del tasso osservato nel gruppo di riferimento, si utilizza nel calcolo il tasso stimato dal modello per lo stesso gruppo.

Indici di impatto che definiscono l'uguaglianza rispetto alla media

Contrariamente al rischio attribuibile che implicitamente punta a innalzare tutta la popolazione ai livelli di salute del gruppo più avvantaggiato, l'indice di dissimilarità rappresenta il numero o la percentuale di casi che dovrebbero essere ridistribuiti nella popolazione affinché tutti i gruppi sociali risultino avere lo stesso livello di mortalità o morbosità. In questo caso si afferma indirettamente che per ottenere l'uguaglianza in media, se da un lato si dovrebbe diminuire la mortalità di un gruppo, dall'altro sarebbe necessario aumentare quella del gruppo opposto: ovviamente si tratta di un'affermazione ben poco difendibile dal punto di vista etico e quindi l'indice appare difficilmente interpretabile e comunicabile.

L'indice di dissimilarità ha inoltre lo svantaggio di non distinguere la direzione del gradiente sociale, essendo basato solo sul concetto di livellamento degli estremi. L'indice è infatti tanto più grande quanto maggiore è la quota di popolazione che occupa le classi con i valori estremi dei tassi e quanto più alta è la loro differenza; il valore dell'indice però non dipende né dal segno della differenza, né dall'ordi-

Schematizzazione degli indici sintetici di disuguaglianza

	misure relative	misure assolute
Indici di effetto		
che confrontano due gruppi	rapporto tra tassi	differenza tra tassi
che confrontano tutti i gruppi (basati sulla regressione)	indice di effetto relativo	indice di effetto assoluto
Indici di impatto		
uguaglianza rispetto alla classe più alta (semplici e basati sulla regressione)	rischio attribuibile percentuale nella popolazione (RAP%)	rischio attribuibile nella popolazione (RAP)
uguaglianza rispetto alla media (semplici e basati sulla regressione)	indice di dissimilarità percentuale (ID%)	indice di dissimilarità (ID)
costruiti sulla posizione sociale relativa (basati sulla regressione)	indice di disuguaglianza relativa (IDR) o <i>Relative Index of Inequality (RII)</i>	indice di pendenza di disuguaglianza (IPD) o <i>Slope Index of Inequality (SII)</i>
(basato sulla curva di Lorenz)	indice di concentrazione di Gini	

namento sociale, ma solo da quello sull'indicatore di salute. Si tratta quindi di un indice di disuguaglianza utile, più che per *outcome* di salute, per variabili continue relative a grandezze ipoteticamente redistribuibili, quali il reddito e il benessere materiale.

Indici di impatto costruiti sulla posizione sociale relativa

L'ultimo gruppo di indici differisce dai precedenti soprattutto rispetto al modo di generare la classificazione sociale: le modalità sono infatti rappresentate non dal loro valore originario, ma dal punto centrale dell'intervallo corrispondente alle stesse modalità nella distribuzione di frequenza cumulata. Per esempio, in una distribuzione dell'istruzione che vede il 30% della popolazione appartenente alla classe «fino a licenza elementare», il 50% con «licenza media» e il 20% con «almeno diploma superiore», i corrispondenti valori della posizione sociale relativa sarebbero il punto medio tra 0 e 0,30 (0,15), il punto medio tra 0,30 e 0,80 (0,55) e quello tra 0,80 e 1 (0,9). Successivamente la costruzione dell'indice di disuguaglianza relativa (*Relative Index of Inequality*) e dell'indice di pendenza della disuguaglianza (*Slope Index of Inequality*) è simile a quella degli indici di effet-

to basati sulla regressione, e si ottiene dai parametri di intercetta e di pendenza del modello che mette in relazione lineare la posizione sociale così ricalcolata e i tassi di mortalità o morbosità. I valori che ne risultano possono essere interpretati come il rapporto (per il RII) o la differenza (per lo SII) dei tassi stimati dal modello ai due estremi della gerarchia sociale; la grandezza degli indici è dunque dipendente sia dalla forza dell'associazione tra classe sociale e morbosità, sia dal grado di concentrazione della struttura sociale della popolazione.

Questi indici prevedono automaticamente due condizioni: che sia possibile disporre in ordine strettamente gerarchico le categorie sociali e che abbia senso pensare di trasformarle in un *continuum* lineare da 0 a 1. Il grosso vantaggio di tale costruzione è costituito dalla possibilità di effettuare confronti geografici, temporali e tra indicatori sociali diversi, avendo già implicitamente tenuto conto delle differenze nella struttura per posizione sociale delle diverse popolazioni. Tornando al caso dell'istruzione, risultano quindi perfettamente confrontabili due indici di disuguaglianza relativi calcolati, per esempio, nel 1950 e nel 2000, in cui le etichette corrispondenti ai diversi diplomi assumerebbero significato e peso molto distanti tra loro.

Bibliografia

- Hennekens CH, Buring JE. *Epidemiology in medicine*. Boston, Little, Brown and Company, 1987
- Costa G, Cardano M, Demaria M. *Torino. Storie di salute in una grande città*. Torino, Città di Torino, 1998.
- Last JM. *A dictionary of epidemiology*. New York, Oxford University Press, 2001.
- Wilkinson RG. *Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality*. Londra, Routledge, 1996.
- Simonato L, Bellini P, Cappelletti S. Tendenze della mortalità evitabile, 1955-92. In: Geddes M, *Rapporto sulla salute in Europa. Salute e sistemi sanitari nell'Unione Europea*. Roma, Ediesse, 1995: 39-55.
- Kunst A. *Cross-national comparisons of socioeconomic differences in mortality*. Tesi. Rotterdam, Department of Public health, Erasmus University of Rotterdam, 1997.
- 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. Final Report*. Rotterdam, Department of Public Health, Erasmus University, 2001.
- de Lillo A, Schizzerotto A. *La valutazione sociale delle occupazioni. Una scala di stratificazione occupazionale per l'Italia contemporanea*. Bologna, Il Mulino, 1985.

5. Conclusioni Conclusion

Giuseppe Costa

Dipartimento di sanità pubblica e microbiologia, Università di Torino

In Italia il tema delle disuguaglianze nella salute stenta a entrare nell'agenda della ricerca e delle politiche sanitarie e non sanitarie, anche per una diffusa difficoltà di misurazione. I sistemi informativi sanitari e statistici spesso non consentono di rilevare in modo ordinario e corrente il dato necessario a caratterizzare la posizione sociale di una persona, di una famiglia, di un gruppo o di una comunità. È noto come la semplice disponibilità di una specifica covariata su un sistema informativo sia capace di per sé di far nascere interi filoni di ricerca; l'introduzione della variabile sull'etnia nei sistemi statistici nordamericani ha fatto moltiplicare di alcune unità di grandezza il numero di pubblicazioni recensibili negli ultimi anni su *Medline* sotto la voce *race*. Del resto anche le ricerche epidemiologiche *ad hoc* tendono a relegare la teoria e la pratica della rilevazione della posizione sociale nel poco tempo e spazio che si dedicano alle variabili di confondimento.

Per colmare tali lacune in questo documento sono state elaborate raccomandazioni su come misurare per scopi descrittivi la posizione sociale, su quali fonti informative e modelli di studio si possa contare nel nostro paese, e su quali metodi di analisi e rappresentazione delle disuguaglianze sia opportuno utilizzare.

Sul tema della misura della posizione sociale, il testo propone esplicitamente di adottare per scopi descrittivi alcune specifiche scale di misurazione (classe, istruzione, reddito) nell'ambito di una teoria di riferimento che sembra sostenuta da buoni argomenti. Tra l'altro, a questa teoria viene dato un adeguato spazio proprio per offrire alla comunità degli epidemiologi e dei professionisti che si occupano di sistemi informativi sanitari quei riferimenti concettuali che spesso per mancanza di tempo non vengono ricercati fuori dal proprio campo disciplinare. Viceversa, per altre scale (per esempio la deprivazione aggregata) la valutazione è che non esistano ancora sufficienti elementi per raccomandare una scala piuttosto che un'altra. In questi casi, come anche sul tema delle fonti informative, dei modelli di studio e delle rappresentazioni di sintesi delle disuguaglianze, vengono esaminati i *pro* e i *contro* delle diverse soluzioni ed esperienze, in modo da aiutare il lettore a scegliere la soluzione più appropriata per le proprie necessità di studio.

A questo punto risulta critico il ruolo di chi, all'ISTAT, presso il Ministero della salute e presso le Regioni, interviene nella progettazione e manutenzione dei sistemi informativi statistici e sanitari, affinché faciliti la strada a quei pochi interventi che hanno la possibilità di promuovere un utilizzo sistematico per la descrizione delle disuguaglianze nella salute. Questa necessità risulta tanto più attuale, soprattutto in tempi di profondi cambiamenti della natura e della struttura dell'offerta dell'assistenza sanitaria nelle diverse regioni, cambiamenti che potrebbero minacciare l'equità nell'assistenza e che, quindi, andrebbero monitorati tempestivamente nei loro effetti sulla salute e sulle disuguaglianze.

Dovendo indicare delle priorità di sviluppo, si potrebbero identificare almeno due obiettivi. Il primo è di concentrare gli sforzi per dare maggiore visibilità al tema delle disuguaglianze attraverso l'introduzione di scale di misura comparabili nei diversi sistemi informativi e nei diversi studi epidemiologici. Il secondo, coerente con il precedente, è quello di rendere possibile la classificazione dei dati sanitari individuali secondo la sezione di censimento di residenza, in modo da poter attribuire agli eventi sanitari il dato di posizione sociale aggregato della sezione; questo secondo obiettivo è praticabile da subito attraverso collaborazioni tra Regioni, Comuni e Anagrafe tributaria a livello locale, ma dovrebbe assumere ambizione nazionale, soprattutto in coincidenza con l'elaborazione dei dati del censimento di popolazione 2001, che consentiranno di descrivere i micro-aggregati delle sezioni censuarie attraverso i dati socio-economici del censimento. Per questo scopo occorre che i principali sistemi informativi sanitari e statistici di interesse (mortalità, natalità e ricoveri) vengano arricchiti con chiavi di ricerca della sezione del censimento, o in modo diretto in sede di compilazione del flusso, o in via indiretta attraverso *record-linkage* tra variabili identificative del soggetto interessato dall'evento e *record* anagrafico comunale.

Senza questi sviluppi, difficilmente il tema delle disuguaglianze nella salute riuscirà a superare la soglia di attenzione dei sistemi di sorveglianza e valutazione che assistono i decisori ai diversi livelli in modo capillare in tutto il paese.



APPENDICE

Le fonti dell'informazione socioeconomica

Sources of socioeconomic information

Teresa Spadea,¹ Chiara Marinacci,¹ Francesca Vannoni²

¹ Servizio regionale di epidemiologia, ASL 5, Grugliasco (TO)

² Dipartimento di scienze sociali, Università di Torino

Il programma Resò

Nel nostro paese non vengono elaborate e pubblicate periodicamente statistiche sulle diseguaglianze nella salute, come avviene in altri paesi.¹ La ragione principale è che nei sistemi informativi sanitari sulle cause di morte o di malattia non sono disponibili informazioni sullo stato socioeconomico della persona di tipo e qualità comparabile con quelle disponibili sulla popolazione, per esempio quelle del censimento.

Il programma ReSò,² promosso dalla Regione Piemonte e finanziato dal Ministero della sanità, aveva il compito di colmare questa lacuna, valorizzando tutte le informazioni che la tradizione statistica e amministrativa potevano garantire, soprattutto se utilizzate in modo integrato. Con questo mandato il programma ha sottoposto a prova tutte le possibili strade per arricchire l'informazione sulla causa di morte o di malattia con l'informazione sulla professione, sia quella registrata sulla stessa scheda di morte o di malattia sia quella ricavabile attraverso *record-linkage* della fonte sanitaria con una fonte amministrativa recante questo dato (il censimento, l'INPS, l'Anagrafe tributaria).

Nelle note che seguono vengono riportate le principali conclusioni di ognuno di questi esperimenti circa il valore d'uso delle informazioni di ogni fonte. Naturalmente, le considerazioni espresse in merito al recupero dell'informazione sulla professione valgono anche per le altre caratteristiche socioeconomiche eventualmente presenti sulla fonte informativa in discussione (vedi schema sottostante).

Le schede di morte

Uno dei modelli più utilizzati per lo studio della mortalità occupazionale consiste nella ricerca delle differenze nella mortalità secondo la professione registrata sul certificato di morte. Il modello viene applicato secondo due varianti. La prima è quella dell'Istituto di statistica britannico, il quale con la serie dei *Decennial Supplement*,³ in corrispondenza del censimento di popolazione, mette in relazione il numero di morti e la causa di morte per ogni professione registrata sul certificato di morte con il numero di persone residenti registrate per la stessa professione al censimento di popolazione. Il secondo modello, ben rappresentato dal sistema di sorveglianza statunitense,⁴ mette in rapporto il numero di morti per una specifica causa di morte in una professione con il numero di morti per tutte le cause di morte nella stessa professione, dove l'informazione proviene sempre dal certificato di morte. Il primo modello soffre di gravi limiti di confrontabilità tra le variabili registrate sulla scheda di morte e quelle di fonte censuaria, tanto che anche la Gran Bretagna ha deciso di optare per il secondo modello, che utilizza un'unica fonte informativa.⁵ Questo tipo di studio è estremamente vantaggioso dal punto di vista del rapporto costo-risultato, in quanto valorizza un'informazione già raccolta in un sistema informativo statistico, disponibile per tutti i deceduti e quindi capace di descrivere anche categorie non frequenti. Purtroppo, trattandosi di una misura di mortalità proporzionale (morti per una causa sul totale di morti per tutte le cause), (vedi capito-

Schema riepilogativo delle principali fonti e delle informazioni socioeconomiche disponibili

fonte informativa	variabili socioeconomiche essenziali
<i>Sanitaria</i>	
schede di morte	titolo di studio; condizione professionale; professione
schede di dimissione ospedaliera	titolo di studio; condizione professionale; professione
<i>Amministrativa</i>	
censimento	titolo di studio; condizione e posizione professionale; professione; indicatori di benessere economico relativi all'abitazione
indagini multiscopo ISTAT	titolo di studio; condizione e posizione professionale; fonte di reddito principale; situazione economica percepita
rilevazioni INPS	storia professionale
anagrafe tributaria	reddito

lo 2.1, Parte II), non consente di misurare le differenze nel rischio di morire; per esempio esso non consente di valutare le differenze nella speranza di vita e nemmeno di capire se un modesto eccesso o difetto nella specifica causa di morte in un gruppo sia da attribuire rispettivamente a un difetto o a un eccesso nel rischio di morte generale nello stesso gruppo.

Nel nostro paese questo modello di studio è stato sottoposto a prova utilizzando, con la collaborazione dell'ISTAT, i dati delle cause di morte per professione nel 1973, ultimo anno per il quale l'ISTAT ha codificato il dato della professione rilevata sulla scheda di morte e primo anno in cui il dato codificato è stato registrato su supporto magnetico. Le conclusioni della sperimentazione⁶ sono che la scheda di morte è in grado di fornire immagini di mortalità proporzionale per causa che risultano comparabili a quelle ottenute attraverso il *record-linkage* della scheda di morte con la scheda censuale per il recupero delle informazioni socio-economiche del deceduto. Il principale limite è che alcune professioni risultano meno rappresentate da questa fonte informativa; per esempio molte professioni del settore manifatturiero non vengono riferite in sede di compilazione della scheda di morte perché il soggetto è già pensionato. Ma, poiché non si ha ragione di pensare che questa sottotifica sia correlata con il tipo di causa di morte, essa comporta solo problemi di perdita di potenza statistica nel numero di osservazioni. Tuttavia, trattandosi dei dati di mortalità per l'intero paese, questa caduta di potenza è relativa e viene abbastanza compensata dalla grandezza della popolazione osservata. Soprattutto, va ricordato che questa fonte informativa è decisamente più economica di una procedura di *record-linkage*. Sarebbe opportuno che l'ISTAT, alla luce di questi risultati, riconsiderasse il contenuto e il flusso informativo della scheda di morte, allo scopo di rendere più controllata la compilazione della informazione sulla professione (l'ultima o la prevalente nel corso della vita) o su altre variabili socio-economiche da parte dei familiari del deceduto, e ne programmasse la codificazione e l'acquisizione su supporto magnetico. In questo modo nel futuro sarebbe possibile ottenere ogni anno (o con una periodicità predefinita) immagini nazionali sulla mortalità proporzionale per caratteristiche socio-economiche. Dunque, con un investimento di ristrutturazione della qualità dell'informazione sulla scheda di morte e di sistematica codificazione e acquisizione su supporto magnetico, si può attuare anche nel nostro paese un modello di sorveglianza delle diseguaglianze professionali e sociali nella mortalità su base nazionale. Il punto critico è lo sforzo richiesto per il miglioramento della qualità del dato, sforzo che deve coinvolgere tutti gli uffici di statistica comunali e tutti i compilatori della scheda.

Lo stesso modello potrebbe essere adottato per le fonti informative sanitarie che registrano eventi di malattia, per esempio i registri tumore o le schede di dimissione ospedaliera.⁷ Purtroppo nel nostro paese nessuna di queste fonti informa-

tive rileva sistematicamente l'informazione sulle variabili sociali dell'individuo (con poche eccezioni in qualche regione).

Le schede di dimissione ospedaliera

Il principale vantaggio degli archivi dei ricoveri ospedalieri rispetto al sistema informativo della mortalità è certamente costituito dalla possibilità di documentare il peso sulla popolazione di tutte quelle patologie che, pur di notevole rilevanza nel determinare le condizioni di salute di una popolazione, sono raramente causa di decesso e sfuggono così alla documentazione.

Tuttavia, fino a ora, non si è assistito a un uso estensivo di questa fonte per documentare bisogni di salute. Innanzitutto, la scheda di dimissione ospedaliera (SDO), istituita dal Ministero della sanità nel 1991, non ha mai ricevuto una particolare attenzione in termini di qualità fino al 1995, anno in cui è stato introdotto in Italia il sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere sulla base dei raggruppamenti omogenei di diagnosi, la DRG/ROD: il sistema funziona attribuendo a ogni DRG un valore economico che corrisponde al rimborso che la struttura erogante riceve per la propria prestazione di ricovero. Avere agganciato il sistema di rimborso alla scheda di dimissione ospedaliera ha avuto l'immediato effetto di aumentare l'attenzione degli operatori verso questo strumento di rilevazione, con l'inevitabile vantaggio di aumentare la qualità (sia pure con alcune possibili distorsioni) dell'informazione raccolta. Questo ha significato che, a partire dal 1996, la completezza nella rilevazione dei ricoveri ospedalieri si può considerare pressoché totale su tutto il territorio nazionale. Tuttavia, il grande significato economico correlato a questo flusso ha fatto sì che l'interesse prevalente sia stato diretto allo sviluppo di procedure di utilizzo dei dati orientate soprattutto agli aspetti gestionali/amministrativi correlati alle attività di ricovero; al contrario, l'utilizzo delle SDO per altri scopi, quali, per esempio, la descrizione di differenze socio-economiche (o geografiche o di sesso) nella morbosità, nell'accesso ai servizi, nell'efficacia delle procedure, è ancora oggetto di studio e sperimentazione.

Uno dei principali ostacoli all'impiego delle SDO ai fini descrittivi della salute è legato a una generale diffidenza nei confronti della qualità della compilazione delle diagnosi. Certamente esiste un problema insito nelle modalità stesse di codifica; infatti, dovendo essere riportata come diagnosi principale quella che ha comportato il maggior dispendio di risorse, esiste la possibilità che queste caratteristiche non coincidano con quelle cliniche, ovvero si potrebbe verificare un conflitto tra importanza in termini di risorse e importanza in termini clinici, a favore della prima. Una seconda causa di cattiva qualità nelle diagnosi è legata a una modalità di compilazione della SDO di tipo «opportunistico»; è infatti noto che, in alcuni casi, modificare (anche in modo lieve) la dia-

gnosi alla dimissione, o alterare l'ordine delle diagnosi, può comportare una modificazione della DRG (e quindi del rimborso finale). Un'ultima e più concreta possibilità è la presenza di errori di compilazione della SDO da parte dei clinici che, in assenza di chiare istruzioni e non particolarmente interessati agli utilizzi economici o epidemiologici di questo flusso, sottostimano l'importanza di una corretta definizione diagnostica, con conseguente genericità o imprecisione.

La principale conclusione che si può trarre dai tanti studi internazionali di valutazione della qualità della diagnosi codificata sulla SDO,⁸⁻¹¹ è che l'affidabilità dell'informazione è variabile e fortemente dipendente dal tipo di patologia e dal luogo dello studio; queste condizioni rendono quindi difficilmente generalizzabili i risultati ottenuti da studi locali, suggerendo, semmai, la necessità di ripetere localmente questo genere di valutazioni.

Sulle SDO di alcune regioni vengono riportate alcune informazioni sociodemografiche di potenziale interesse per classificare i soggetti su base sociale, quali il titolo di studio, la condizione e la posizione professionale, la professione attuale (o l'ultima esercitata) e il ramo di attività economica. La compilazione di queste informazioni è diventata obbligatoria in Piemonte dal 2000, ma non esiste una procedura automatica di controllo dei valori riportati; pertanto la completezza e qualità delle informazioni sociali sono estremamente variabili. In generale, il titolo di studio è la variabile più diffusamente usata¹²⁻¹⁴ che sembra avere un livello accettabile di qualità, nonostante sia difficile giudicarne l'affidabilità: definire quanto l'informazione riportata corrisponda al vero è infatti estremamente complesso, se non impossibile, in assenza di una fonte alternativa validata sulla quale testare l'informazione di fonte SDO. Occorre inoltre rilevare come molto spesso la mancata compilazione del campo istruzione non si distribuisca in modo casuale nei diversi ospedali di ciascuna regione, a verosimile testimonianza della diversa attenzione verso una corretta e completa compilazione della SDO. Tuttavia, ai fini dei confronti fra classi, è importante che la distribuzione per titolo di studio dei soggetti per i quali questa informazione non è riportata sulla SDO sia identica a quella dei soggetti per i quali l'informazione è riportata; in questo caso le misure relative non sarebbero distorte. Purtroppo, non sono generalmente disponibili elementi forti per poter sostenere tale ipotesi (o il suo contrario), e quindi le differenze osservate vanno interpretate con cautela, soprattutto nel caso di differenze di modesta entità. Queste problematiche non sussistono nel caso in cui si utilizzino come indicatori le misure proporzionali (vedi capitolo 2.1, Parte II): in questo caso, infatti, tutti gli elementi per il calcolo sono interni alla base dei dati (i denominatori non sono la popolazione residente, ma la popolazione dei ricoverati).

Due ulteriori possibili fonti di distorsione da considerare nella valutazione dei differenziali sociali sono rappresentate dall'eventuale incompletezza relativa ai ricoveri avvenuti in strut-

ture private e in strutture fuori regione. Nel primo caso è molto probabile che si tratti di soggetti di condizione sociale elevata; nel secondo, è più difficile ipotizzare le caratteristiche sociali in quanto è probabile che, sui fattori determinanti il ricovero fuori regione, influiscano motivazioni diverse, quali la vicinanza geografica con strutture sanitarie. Infine, occorre tenere presente che il ricovero in strutture extraregionali, così come il ricovero in strutture private, non è omogeneo per tutte le patologie, essendo influenzato dalla diversa offerta di strutture specialistiche.

Il censimento

Questa soluzione consiste nell'arricchimento della fonte informativa del *record* individuale di morte o di ricovero con l'informazione socioeconomica e occupazionale rilevata al censimento, ottenuto attraverso una procedura di *record-linkage* (vedi capitolo 2.2, Parte II). Il vantaggio è chiaro: l'informazione socioeconomica è di maggiore completezza e qualità perché raccolta nel corso di una rilevazione a ciò dedicata; essa diventa disponibile sia per il numeratore (soggetto deceduto/ricoverato) sia per il denominatore (soggetto censito) consentendo di stimare rischi e non solo rapporti di mortalità o morbosità proporzionali. Lo svantaggio è che essa richiede una procedura di *record-linkage* non sempre fattibile. La soluzione viene adottata nei paesi scandinavi, che hanno grandi facilitazioni nel *record-linkage*, grazie alla disponibilità di un codice individuale univoco.¹⁵⁻¹⁷ Essa inoltre è alla base del *Longitudinal Study* britannico,¹⁸ per il quale tuttavia l'operazione è molto più onerosa, anche data la natura longitudinale dello studio.

Negli anni ottanta l'ISTAT ha saggiato la procedura di *record-linkage* tra scheda di morte e scheda censuaria per i sei mesi di mortalità successivi al censimento di popolazione 1981, nella popolazione di età 18-74 anni. Lo studio, denominato indagine sulla mortalità differenziale,¹⁹ aveva l'obiettivo di valutare la fattibilità dell'impianto in Italia di uno studio come quello longitudinale britannico citato, realizzando nel contempo risultati preliminari sulle disuguaglianze sociali nella mortalità. Purtroppo la completezza del *record-linkage* è risultata insoddisfacente, circa 84%, a testimonianza dell'estrema difficoltà di gestione di questa procedura che richiede la collaborazione di migliaia di comuni nella ricerca dell'informazione che costituisce la chiave di *linkage* con il censimento (numero di sezione e foglio censuari) per tutte le persone decedute nel comune. Sulla base di questo limite di completezza la valutazione di fattibilità per l'avvio di uno studio longitudinale campionario su base nazionale non poteva che essere negativa, dato che il modello longitudinale avrebbe potuto solo aggravare le conseguenze di queste difficoltà di collaborazione con i comuni, già constatate con un modello trasversale. Successivamente

L'ISTAT ha aggiornato lo studio sulla mortalità differenziale, eseguendo il *follow-up* di 12 mesi di mortalità a seguito del censimento del 1991. Anche in questo caso il *record-linkage* ha dato esiti insoddisfacenti: la percentuale di successo è stata inferiore al 75%, tale da non poter garantire l'assenza di distorsioni da *linkage* selettivo. L'indagine trasversale ISTAT si è dunque rivelata una fonte utile e ricca di informazioni di qualità accettabile per lo studio delle differenze sociali e occupazionali nella mortalità in Italia, replicabile ogni dieci anni, ma con costi considerevoli ed esiti di completezza non lusinghieri. Inoltre essa si presta a livello nazionale solo ad analisi di tipo trasversale, con i ben noti limiti di selezione derivanti dal fatto che la situazione professionale di una persona al censimento dipende anche dal suo stato di salute pregresso: la mortalità successiva al censimento potrebbe perciò non rappresentare gli effetti della condizione professionale fotografata al censimento, ma quella degli anni precedenti. È quindi possibile che il rapporto costi-risultati risulti sfavorevole.

Utilizzando la stessa fonte informativa, quella del censimento di popolazione, ma concentrandosi su uno o pochi comuni di grande dimensione, è possibile invece realizzare il secondo modello, quello simile al *Longitudinal Study* britannico. A livello locale diventa fattibile ciò che non lo era a livello nazionale, in quanto la procedura di *record-linkage* necessaria per lo studio è gestita da uno o pochi comuni, con i quali è possibile stabilire forme di collaborazione stabili e affidabili. In particolare questo modello è stato sviluppato in Piemonte nella città di Torino e in Toscana nelle città di Firenze e di Livorno, attraverso un apposito progetto inserito nel programma SISTAN 1997-1999. Nella città di Torino è risultato possibile organizzare retrospettivamente lo Studio Longitudinale Torinese (SLT) a partire dal 1971,²⁰ disponendo in questo modo di informazioni socioeconomiche di fonte censuaria per le ultime tre rilevazioni e di informazioni sanitarie per periodi variabili: la mortalità dal 1971 in poi e altre fonti di registrazione di patologie (dimissioni ospedaliere, tumori, consumo di farmaci) per anni più recenti, con la previsione di aggiornamenti prospettici periodici. Nelle città di Firenze e di Livorno è stato possibile organizzare l'analogo Studio Longitudinale Toscano (SLTo) solo a partire dal 1981, limitatamente alla mortalità per le due città e alla registrazione di tumori per Firenze.²¹

In conclusione, la fonte informativa del censimento di popolazione rappresenta una risorsa di primaria importanza per lo studio e il monitoraggio delle diseguaglianze sociali e occupazionali nella mortalità e nella morbosità, soprattutto quando collegata con procedure di *record-linkage* alle fonti informative sanitarie a livello locale. La qualità e la ricchezza dell'informazione socioeconomica e professionale è esponenzialmente aumentata dalla dimensione longitudinale che permette lo studio delle carriere di vita e del loro rapporto con la salute, con risultati di valore per l'identificazione delle cau-

se delle diseguaglianze nella salute: capitale sociale, capitale educativo, ricchezza della rete familiare, tipologia dell'abitazione, sono alcune delle dimensioni esplorabili con questo modello. La molteplicità delle fonti sanitarie disponibili a livello locale consente di estendere la sorveglianza a eventi nosologicamente meglio definiti di quanto non lo sia la sola causa di morte e non necessariamente letali, e quindi, di studiare una pluralità di dimensioni della salute. Per la prima volta, la disponibilità di informazioni di qualità comparabile sia per i casi sia per la popolazione di suscettibili consente di stimare anche le differenze nel rischio di morte o di malattia, e non solo quelle nella mortalità o morbosità proporzionale per causa. Lungo il tempo è possibile inoltre monitorare l'andamento delle differenze nella salute con vantaggi per il riconoscimento precoce di nuove forme di diseguaglianze e per la valutazione di efficacia delle misure di contrasto. Infine, il modello di studio longitudinale su base locale presenta un eccellente bilancio costi-risultati, in quanto l'applicazione della procedura di *record-linkage* in pochi comuni collaborativi e automatizzati comporta dei costi assolutamente modesti rispetto al valore dei risultati ottenibili.

I principali svantaggi di questo modello sono due. Il primo consiste nella base locale dello studio, fatto che può limitare la generalizzabilità dei risultati. Tuttavia, le diseguaglianze sociali e professionali nella mortalità e nella morbosità possono manifestarsi con intensità differente nelle diverse aree geografiche, per l'interazione con differenze etniche o di contesto, ma non c'è ragione che cambino di direzione. Del resto sarebbe sufficiente disporre di una rete di studi longitudinali locali rappresentativi delle diverse realtà geografiche del paese per ovviare a questo limite. Anzi, il fatto di poterle studiare in un contesto locale, meglio controllabile, consente di valutare meglio le variabili di scenario. Piuttosto è di rilievo il fatto che in questo modello si possono studiare solo realtà urbane, in quanto la collaborazione di molti comuni, piccoli e non automatizzati, farebbe perdere gran parte del vantaggio del rapporto costi-risultati. Il secondo limite riguarda la validità interna dei dati e consiste nell'impossibilità di seguire le persone che emigrano dalla città, e, quindi, dallo studio, rispetto all'occorrenza di eventi sanitari. Anche in questo caso il *follow-up* degli emigrati, non eseguibile direttamente con procedure di *record-linkage*, farebbe pesare in senso sfavorevole il rapporto costi-risultati. Nella SLT si è provato a seguire l'esperienza di mortalità di un campione di emigrati e si è potuto osservare che l'emigrazione dalla città di Torino segue una distribuzione non casuale sia rispetto alla situazione sociale sia rispetto allo stato di salute, ma che le due dimensioni non sono tra loro correlate tra gli emigrati, di modo che le diseguaglianze nella salute osservabili tra le persone che continuano a risiedere nella città sono una stima valida.

Rimane da osservare che questo uso della fonte informativa censuaria nell'ambito di procedure di verifica anagrafica a li-

vello locale non è espressamente previsto dalle finalità dei censimenti e dovrebbe essere appositamente disciplinato in occasione di revisione del programma statistico nazionale e dei censimenti di popolazione.

Le indagini multiscopo ISTAT

Il nuovo sistema di indagini multiscopo, avviato nel 1993, contiene sette indagini sociali: un'indagine annuale sugli aspetti della vita quotidiana, una trimestrale sul turismo e cinque indagini tematiche, che vengono effettuate a rotazione in un arco di tempo di cinque anni e costituiscono un sistema integrato che copre i temi sociali più rilevanti. Ciascuna indagine coinvolge circa 24.000 famiglie e 70.000 individui. L'indagine sugli aspetti della vita quotidiana, effettuata a novembre di ogni anno tramite intervista faccia a faccia e questionario autocompilato, include fra i vari argomenti affrontati anche le condizioni di salute, gli stili alimentari, l'abitudine al fumo, il consumo di alcol e di farmaci. Tra le indagini quinquennali, quella di maggiore interesse ai fini dello studio delle disuguaglianze di salute è l'indagine «Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari», che è stata effettuata nel 1994 e nel 1999-2000. Gli argomenti affrontati sono: percezione della condizione di salute, malattie croniche, disabilità, utilizzo dei servizi sanitari, consumo di farmaci e medicina alternativa, prevenzione, attività fisica, gravidanza, parto, allattamento al seno. L'indagine del 1999-2000 è stata notevolmente ampliata rispetto al 1994, non solo in termini di numerosità campionaria (il campione è quasi triplicato), ma anche per l'arricchimento dei contenuti informativi sia sugli indicatori di salute sia su quelli socioeconomici.

Una caratteristica positiva delle indagini multiscopo consiste nel fatto che sono rappresentative di tutta la popolazione non istituzionalizzata e consentono di effettuare confronti fra le diverse regioni. Inoltre, grazie al considerevole ampliamento del campione, l'indagine del 1999-2000 garantisce stime affidabili con livello di dettaglio subregionale. In più, avendo come unità di rilevazione la famiglia, permettono di propagare al singolo individuo i dati relativi agli altri componenti familiari. Il limite di queste indagini è che sono trasversali e quindi non forniscono informazioni di tipo longitudinale, per cui non è possibile ricostruire le diverse carriere degli individui, per esempio quelle lavorative e di salute.

Fra le caratteristiche socioeconomiche dei componenti della famiglia vengono rilevate il titolo di studio, la condizione occupazionale, la posizione nella professione, il settore di attività economica, la fonte di reddito principale, la situazione economica della famiglia e le caratteristiche dell'abitazione. Le informazioni sul reddito sono risultate inattendibili a causa della tendenza delle persone a dichiarare un reddito complessivo mensile della famiglia inferiore a quello reale, per cui

l'ISTAT rilascia solo i dati sulla soddisfazione per le risorse economiche complessive della famiglia. Nelle indagini multiscopo annuali la posizione nella professione e il settore di attività economica non vengono registrate per le persone non occupate al momento della rilevazione; pertanto, con questa fonte informativa è possibile analizzare le disuguaglianze in ragione della classe sociale definita sulla base della professione svolta solo per le persone occupate. Nell'indagine sulla salute 1999-2000 sono invece raccolte anche le informazioni sull'ultima professione svolta dalle persone ritirate dal lavoro e dalle casalinghe. Il limite in questo caso è dovuto al fatto che l'ultima professione svolta può essere diversa da quella esercitata per la maggior parte della vita lavorativa. Inoltre non viene registrato il numero di dipendenti, per cui non è possibile applicare la distinzione prevista dal modello di Schizzerotto fra piccola borghesia con e senza dipendenti (vedi capitolo 3.5, Parte II) (i programmi SAS per l'approssimazione del modello di Schizzerotto con le informazioni delle indagini multiscopo sono disponibili tramite richiesta all'indirizzo *e-mail*: sepi@epi.piemonte.it). Un altro limite è legato al fatto che le modalità di risposta delle domande sull'attività lavorativa non consentono di individuare i lavoratori atipici e dunque non consente di monitorare le condizioni di salute e gli stili di vita di un gruppo di persone numericamente rilevante nelle forze di lavoro.

Le rilevazioni INPS

Anche la fonte INPS è in grado di alimentare modelli di studio delle disuguaglianze nella salute via *record-linkage* (vedi capitolo 2.2, Parte II). Infatti l'INPS è in grado di ricostruire le carriere lavorative nel lavoro dipendente privato retrospettivamente fin dal 1974 e nel lavoro autonomo anche precedentemente. Al contrario dei precedenti esempi di sorveglianza di fonte censuaria o da scheda di morte, che si basavano sull'informazione professionale attuale, la fonte INPS è in grado di considerare una porzione significativa della storia professionale della persona, sia in quanto collezione di singole professioni, sia come successione di professioni, aumentando molto la potenza statistica dell'osservazione, consentendo di considerare problemi di latenza e di selezione e aprendo la strada a prime stime di durata dell'esposizione. La fonte INPS si raccomanda per la ricchezza e attendibilità delle notizie sulla storia lavorativa dell'individuo e, nei casi rilevanti, dell'impresa datrice di lavoro, nonché per la profondità retrospettiva e la sostanziale omogeneità territoriale. Il ricorso a questa fonte potrebbe soddisfare finalità diverse, tra cui l'arruolamento di coorti di individui e la formazione di campioni di controllo.

Date tali premesse è chiaro che questa fonte informativa risulta di minore interesse per lo studio delle disuguaglianze sociali, mentre è strategica per la sorveglianza delle differen-

ze nella mortalità o morbosità conseguenti a esposizioni professionali. La disponibilità su vasta scala di serie nominative di casi attraverso i registri di mortalità o di patologia e di serie nominative di controlli rappresentativi della popolazione da cui emergono i casi, potrebbe consentire di stimare sia i rischi relativi sia le differenze nella speranza di vita e nei rischi di morte e malattia. Si tratta esattamente degli obiettivi principali di due progetti che hanno utilizzato la fonte INPS. Il primo, promosso congiuntamente da ISTAT, INPS, ISPESL e ARPA Piemonte, ha ricostruito retrospettivamente le storie lavorative di tutti i deceduti inclusi nella seconda indagine ISTAT sulla mortalità differenziale e di un campione rappresentativo della popolazione degli assicurati INPS, con il duplice scopo di stimare le diseguaglianze professionali nella mortalità proporzionale per causa di morte e le differenze nella speranza di vita per tipo di carriera professionale.²² Il secondo, promosso congiuntamente dai registri tumori italiani coordinati da quello di Varese e dall'ISPESL, ha ricostruito retrospettivamente le storie lavorative di tutti i malati di alcuni tipi di tumore registrati in questi archivi e di una serie di controlli di popolazione, per ottenere stime di differenze di rischio di tumore per carriere professionali e per esposizioni professionali a esse riconducibili.²³

Dalle conclusioni del primo di questi studi, è emerso che tali fonti e procedure sono adeguate allo scopo di stimare differenziali di mortalità per carriere professionali del settore produttivo dipendente privato e del settore autonomo a condizione che:

- i dati ISTAT di tipo anagrafico sui deceduti risultino accurati e completi abbastanza per garantire l'elaborazione del codice fiscale, che costituisce la base del *record-linkage* con la fonte informativa INPS; stante che non esiste un'informazione di controllo che aiuti a identificare i soggetti deceduti che dovrebbero aver traccia di porzioni di carriera lavorativa nell'archivio INPS, è indispensabile che gli ingredienti per il *record-linkage* siano di qualità certificata, altrimenti non ci sono garanzie di corrispondenza tra il numeratore dei deceduti e il denominatore della popolazione-tempo dei presenti nell'archivio INPS; nel caso che questa condizione non possa venire soddisfatta, il risultato ottenuto consente solo l'applicazione di tecniche di analisi proporzionale (vedi capitolo 2.1, Parte II) allo studio delle differenze professionali nella mortalità per causa;

- la procedura di ricostruzione delle carriere lavorative nella fonte INPS sia la stessa per i deceduti e per la popolazione-tempo sorgente o per un suo campione, e non introduca restrizioni di età tali da escludere le persone oltre i sessant'anni, per evitare limitazioni troppo gravi nella potenza dello strumento di sorveglianza per scopi epidemiologici; questo significa che l'Istituto dovrebbe sviluppare una procedura *ad*

hoc per l'assistenza a questi obiettivi di studio epidemiologico; in assenza di questa condizione è probabile che si verifichino inconvenienti che, nel caso più favorevole, compromettono l'efficienza del sistema con tempi di esecuzione non certi e con riduzioni di potenza statistica nell'osservazione, e, nel caso più sfavorevole, possono introdurre distorsioni di selezione per una mancata coerenza tra casi e popolazione-tempo di candidati a diventare casi, distorsioni la cui intensità e direzione può non essere sempre prevedibile, e che costringerebbero nuovamente a ripiegare sui modelli di analisi proporzionale per la sorveglianza delle differenze professionali nella mortalità per causa.

L'Anagrafe tributaria

Gli archivi mantenuti dall'Anagrafe tributaria (AT) riportano i dati relativi alle dichiarazioni di tutti i cittadini che percepiscono un reddito a vario titolo. L'informazione sul reddito percepito o su quello disponibile (reddito al netto delle tasse) è di notevole valore per arricchire la collocazione socioeconomica di una persona, facendo cadere la necessità di ricorrere a variabili *proxy* relative alla disponibilità di risorse materiali (quali il titolo di godimento o le dimensioni dell'abitazione di residenza). Un ulteriore vantaggio di questi archivi, rispetto a quello molto più ricco del censimento, è di essere aggiornati annualmente.

Tuttavia, per ovvi motivi di riservatezza, tali dati sono generalmente diffusi solo in forma aggregata, in termini di indicatori di distribuzione del reddito in una determinata area geografica (per esempio media, percentili, concentrazione) (vedi capitolo 3.5, Parte II). Quando l'area è sufficientemente piccola, come nel caso della sezione di censimento, l'indicatore può essere usato come *proxy* del livello di reddito individuale. In questa ipotesi, per poter attribuire l'indicatore di stato socioeconomico a ciascun caso (morte o ricovero) è quindi necessario recuperare l'informazione sulla sezione di censimento di residenza del soggetto, attraverso una procedura di *record-linkage* tra gli archivi sanitari e quelli delle anagrafi comunali (vedi capitolo 2.2, Parte II). Nel caso di aree geografiche più estese (comuni, province, regioni), è invece preferibile utilizzare indici di dispersione o concentrazione del reddito per caratterizzare il contesto, senza tentare di attribuire al singolo individuo un valore ottenuto come media di un insieme necessariamente eterogeneo di individui residenti nello stesso territorio.

Una potenziale fonte di distorsione è costituito dal fenomeno dell'evasione fiscale che, se concentrato in specifiche aree geografiche, può produrre un'importante sottostima dei valori di distribuzione del reddito.

Bibliografia

1. Kunst A. *Cross-national comparisons of socioeconomic differences in mortality*. Tesi. Rotterdam, Department of Public health, Erasmus University of Rotterdam, 1997.
2. Ministero della Sanità, Progetto «Mortalità secondo le professioni e le altre caratteristiche socioeconomiche», DGR 25/6/91.
3. HMSO. Registrar General's Decennial Supplement, *Occupational Mortality*. Great Britain 1979-80, 1982-83. 1986, Series DS n.6
4. Rosenberg HM, Burnett C, Maurer J, Spirtas R. Mortality by occupation, industry and cause of death: 12 reporting States, 1984. *Mon Vital Stat Rep* 1993; 42(4), Supplement. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 1993.
5. Office of Population Censuses and Surveys. *Occupational Health Decennial Supplement for England and Wales*. London: HMSO, 1995.
6. Costa G, Rossignoli F, Cadum E, Antonelli A, Demaria M, Lagorio S, Zocchetti C. *Mortalità per professioni in Italia nel 1973*. Roma, Ispesl, 1997. Supplemento monografico al n. 1/97 di *Fogli di Informazione ISPEL*.
7. Carpenter L, Roman E. Identifying associations between cancer and occupation in women in Europe. The role of routinely collected national data. *Med Lav* 1995; 86(3): 252-55.
8. Reyes Dominguez A, Gonzalez Borrego A, Rojas Garcia MF, Montero Chaves G, Marin Leon I, Lacalle Remigio JR; Grupo de Estudios de la Calidad Asistencial (GRECA). Hospital discharge reports may be an inadequate source of information to evaluate care quality. *Rev Clin Esp* 2001; 201(12): 685-89.
9. Romano PS, Mark DH. Bias in the coding of hospital discharge data and its implications for quality assessment. *Med Care* 1994 Jan; 32(1): 81-90.
10. Vestberg K, Thulstrup AM, Sorensen HT, Ottesen P, Sabroe S, Vilstrup H. Data quality of administratively collected hospital discharge data for liver cirrhosis epidemiology. *J Med Syst* 1997; 21(1): 11-20.
11. Nielsen GL, Sorensen HT, Pedersen AB, Sabroe S. Analyses of data quality in registries concerning diabetes mellitus – a comparison between a population based hospital discharge and an insulin prescription registry. *J Med Syst* 1996 Feb; 20(1): 1-10.
12. Gnani R, Ciccone G, Rosso S, Dalmasso M, Ponzetti C, Costa G (a cura di). *I ricoveri ospedalieri in Piemonte nel 1998*. Torino, Regione Piemonte, 2000.
13. Ciccone G, Lorenzoni L, Ivaldi C, Ciccarelli E, Piobbici M, Arione R. Classe sociale e mortalità ospedaliera: un'analisi con «All Patient Refined-DRG» dei dimessi dell'ospedale Molinette di Torino. *Epid Prev* 1999; 23: 188-96.
14. Ciccone G, Ivaldi C, Ciccarelli E, Piobbici M, Arione R. *Indicatori di classe sociale e gravità clinica: un'analisi dei ricoveri all'ospedale Molinette di Torino con APR-DRG*. Pubblicazioni 3 emme 1999. Proposte di valutazione degli APR-DRG dai dati di attività ospedaliera italiana: 60-66.
15. Kristofersen LB. *Mortality by occupation. Social differences in the 1970s*. Oslo, Central Bureau of Statistics, 1986.
16. Vågero D, Norell SE. Mortality and social class in Sweden. Exploring a new epidemiological tool. *Scand J Soc Med* 1989;17: 49-58.
17. Valkonen T, Martelin T, Rimpelä A, Notkola V, Savela S. *Socio-economic mortality differences in Finland 1981-90*. Helsinki, Central Statistical Office of Finland, 1993.
18. Hattersley L, Creeser R. *Longitudinal Study 1971-1991: History, organisation and quality of data*. London, The Stationery Office, 1995. Office for National Statistics Series LS n.7.
19. Istituto Nazionale di Statistica. *La mortalità differenziale secondo alcuni fattori socio-economici. Anni 1981-1982*. Roma, ISTAT, 1990.
20. Costa G, Cardano M, Demaria M, Torino. *Storie di salute in una grande città*. Torino, Città di Torino, 1998.
21. Biggeri A, Gorini G, Dreassi E, Kalala N, Lisi C. SLTo (Studio Longitudinale Toscano). *Condizione socio-economica e mortalità in Toscana*. Regione Toscana, collana «Informazioni Statistiche», 2001.
22. D'Errico A, Filippi M, Demaria M, Picanza G, Crialesi R, Costa G, Campo G, Passerini M. *Mortalità per Professioni in Italia nel 1992*. Torino, Regione Piemonte, Servizio di Epidemiologia ASL 5 - EP/GR/100, 1999.
23. Assennato G, Nesti M, Crosignani P. Epidemiologic surveillance in occupational carcinogenesis. *G Ital ed Lav Ergon* 2003; 25(3): 276-8.