

Le disuguaglianze sociali nelle condizioni di salute, negli stili di vita e nell'uso dei servizi sanitari

Negli ultimi decenni la salute dei cittadini all'interno dei paesi sviluppati è andata progressivamente migliorando, grazie alle modificazioni positive delle condizioni di vita e ai progressi dei sistemi sanitari. A fronte di questo miglioramento si registrano però ampie e costanti disuguaglianze sociali e geografiche di salute, a sfavore soprattutto delle persone socio-economicamente meno avvantaggiate e delle regioni meridionali. Queste disuguaglianze investono tutte le dimensioni di salute (salute soggettiva, salute fisica, salute mentale, morbosità cronica, disabilità e mortalità) e la maggior parte degli stili di vita ad essa correlati¹.

Le disuguaglianze sociali nel campo della salute inoltre non colpiscono solo i gruppi meno abbienti o meno istruiti o più poveri di risorse di reti familiari, ma sono spalmate lungo tutta la scala sociale, dato che ad ogni livello della gerarchia le persone godono di una peggiore salute rispetto a quelle di posizione immediatamente superiore.

Lo svantaggio sociale esercita un ruolo decisivo nel determinare le disuguaglianze di salute, tanto che nessun fattore di rischio biologico, considerato singolarmente, ha sulla salute un'influenza paragonabile². La rilevanza dei fattori economici, sociali e culturali è dimostrata anche dall'impatto che le trasformazioni in atto nella società italiana e i processi di globalizzazione dell'economia hanno sulla dimensione delle disuguaglianze sociali di salute a sfavore di certi sottogruppi di popolazione, come gli anziani, i minori e la popolazione lavorativa che invecchia^{3/4}.

Le disuguaglianze sociali nella salute sono inoltre il principale determinante dell'eterogeneità geografica della salute in Italia. Il Meridione è sfavorito rispetto al Centro-Nord a livello di sviluppo economico, di coesione sociale e di partecipazione civica e, infine, nella quantità e qualità di servizi disponibili. A questo svantaggio sono collegati valori più bassi per il Mezzogiorno rispetto alla media nazionale nel livello di istruzione, nel reddito medio, nei tassi di occupazione, soprattutto di quello femminile e una maggiore concentrazione della povertà.

Nell'indagine Istat 2000 si può osservare che gran parte del differenziale Nord-Sud negli indicatori di salute è attribuibile alla distribuzione territoriale delle caratteristiche socioeconomiche individuali (effetto compositivo). A tale fenomeno va aggiunto il fatto che gli indicatori di svantaggio socioeconomico individuali hanno un impatto sulla salute più severo nel Mezzogiorno (effetto di contesto)⁵.

Poiché è ormai riconosciuto che le disuguaglianze di salute sono evitabili, dal momento che se ne conoscono i meccanismi d'azione che le generano, è essenziale che il rapporto tra posizione sociale ed esiti di salute venga studiato più analiticamente a livello regionale, al fine di fornire indicazioni per il disegno di politiche sanitarie e soprattutto non sanitarie a livello decentrato. Ulteriori indagini sono inoltre necessarie per verificare l'impatto relativo di ciascuno dei singoli elementi che concorrono a formare lo svantaggio sociale (carenze culturali, disagio economico, disoccupazione, emarginazione, ecc.) e i meccanismi di azione attraverso i quali tali elementi esercitano la loro influenza sulla salute, con l'obiettivo ultimo, ambizioso, ma prioritario, di identificare punti critici sui quali investire per perseguire una maggiore equità di salute tra i cittadini⁶.

L'indagine Istat del 1999-2000 su "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" fornisce dati di carattere generale relativi alle disuguaglianze sociali nella salute, negli stili di vita e nel ricorso all'assistenza sanitaria a livello nazionale e regionale e offre spunti utili per l'orientamento delle politiche sanitarie e non³. Altre informazioni, altrettanto significative, vengono da studi effettuati in ambito locale o su aspetti specifici del problema salute.

Rischi relativi di salute, stili di vita e uso dei servizi per livello di istruzione, stratificati per sesso

Significato. I rischi relativi esprimono le disuguaglianze sociali nella salute, nei comportamenti ad essa correlati e nell'assistenza sanitaria, in merito al seguente sottoinsieme di outcome:

1. salute percepita;
2. indicatore sintetico di morbosità cronica grave riferita come diagnosticata dal medico. Le malattie croniche gravi includono: a) diabete; b) infarto del miocardio o altre malattie del cuore; c) trombosi, embolia ed emorragia cerebrale; d) bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria; e) artrosi e artrite; f) cirrosi

- epatica; g) tumore; h) parkinsonismo, Alzheimer, epilessia e perdita della memoria; i) altri disturbi nervosi;
3. disabilità;
4. abitudine al fumo;
5. obesità;
6. mammografia;
7. visite mediche generiche;
8. visite mediche specialistiche;
9. accertamenti diagnostici;
10. ricovero ospedaliero;
11. consumo di farmaci.

Rischio Relativo (RR)

Numeratore	Occorrenza tra le persone meno istruite* ^{**}	x i principali indicatori di salute e di assistenza
Denominatore	Occorrenza tra le persone più istruite* ^{**}	

*Prevalenze controllate per età.

**Meno istruiti: con al più la scuola dell'obbligo; più istruiti: con livello di istruzione superiore alla scuola dell'obbligo.

I rischi relativi sono stati stimati tramite gli Odds Ratio. Per tenere conto della sovrastima del rischio relativo nel caso di outcome con prevalenza superiore al 10% è stata applicata la seguente correzione⁷:

$$RR = \frac{OR}{(1-P_0) + (P_0 \times OR)}$$

Consideriamo come completamento della scuola dell'obbligo la licenza elementare per i nati prima del 1952 e la licenza media inferiore per quelli che sono nati dopo. Questa distinzione dei soggetti in ragione dell'anno di nascita serve per tenere conto dei mutamenti che hanno investito il nostro sistema educativo con l'istituzione della scuola media unificata nel 1962¹. I cambiamenti istituzionali di questa portata infatti concorrono a determinare delle variazioni di significato sociale delle credenziali educative.

Validità e limiti. L'indagine Istat sulla salute del 2000 è stata notevolmente ampliata rispetto al 1994, non solo in termini di numerosità campionaria (che è quasi triplicata), ma anche per l'arricchimento dei contenuti informativi. I dati sono rappresentativi di tutta la popolazione non istituzionalizzata e consentono di effettuare dei confronti fra le diverse regioni. Nonostante l'elevata numerosità campionaria, l'analisi delle disuguaglianze sociali non può essere condotta in specifici sottogruppi di popolazione perché le stime dei rapporti di prevalenza a questo livello di dettaglio territoriale non sono statisticamente robuste. Il principale limite dell'indagine deriva dalla sua natura trasversale che impedisce di disporre di informazioni di tipo longitudinale, per cui non è possibile rico-

struire le diverse carriere degli individui. Inoltre le informazioni sono auto-riferite dagli intervistati o dai loro familiari, il che talvolta può essere fonte di distorsione delle stime.

Valore di riferimento/Benchmark. Le disuguaglianze sociali di salute sono altamente ingiuste perché ledono uno dei diritti fondamentali della persona. La variabilità regionale nell'intensità di queste disuguaglianze dovuta all'effetto contestuale e a quello compositivo dimostra che, in generale, il quadro è più positivo nel Centro-Nord rispetto al Sud e, dunque, che è possibile un miglioramento nelle regioni più sfavorite, già solo per il fatto che altrove ciò è stato fattibile.

Descrizione dei risultati

In tutte le regioni le disuguaglianze di salute risultano più intense nella disabilità e nell'obesità e più moderate nella salute soggettiva e nella morbosità cronica. In relazione a questi indicatori di salute l'eterogeneità geografica appare modesta, anche se da modelli multilivello con gli stessi dati risulta un'interazione tra istruzione e ripartizione geografica e, più in particolare, un maggior effetto della bassa istruzione nel Mezzogiorno⁵.

Maggiore eterogeneità geografica si osserva per le donne nel ricorso allo screening mammografico, con disuguaglianze sociali più elevate al Mezzogiorno, e per il ritardo nella diffusione dell'epidemia da fumo nelle donne meridionali dato che, diversamente dal Nord, questo comportamento nocivo risulta ancora direttamente correlato con il livello di istruzione. Nell'uso dei servizi sanitari si osserva un maggiore consumo generico e più ricoveri da parte delle persone meno istruite e, per contro, un minore ricorso all'assistenza sanitaria specialistica. I gradienti risul-

tano comunque molto sfumati, eccetto i ricoveri tra gli uomini. Per le donne sono inclusi i ricoveri per parto, che possono incrementare il rischio di ricovero per le meno istruite, dato che in generale hanno più figli⁸. L'eterogeneità geografica è comunque molto modesta: ne emerge un quadro di sostanziale uguaglianza nell'uso dei servizi in quasi tutte le regioni, fatto che, in presenza delle disuguaglianze nella salute, deporrebbe per una disuguaglianza di accesso. A tale riguardo, analisi più approfondite dovranno differenziare l'uso dei servizi sanitari per erogatore privato e pubblico.

Tabella 1 - Condizioni di salute e comportamenti ad essa correlati per livello di istruzione e regione di residenza. Maschi - Anni 1999-2000

Regioni	Salute riferita come non buona (b)	Morbosità cronica (c)	Disabilità	Abitudine al fumo (d)	Obesità (e)
Piemonte	1,25(1,11-1,40)	1,35(1,08-1,66)	3,03(1,50-6,10)	1,32(1,20-1,44)	1,72(1,28-2,27)
Valle d'Aosta	1,18(0,97-1,40)	1,31(0,93-1,81)	1,50(0,50-4,49)	1,32(1,13-1,50)	1,77(1,20-2,46)
Lombardia	1,53(1,38-1,67)	1,53(1,27-1,83)	2,92(1,69-5,05)	1,23(1,12-1,35)	1,46(1,14-1,84)
Trentino-Alto Adige	1,20(1,03-1,38)	1,22(0,92-1,58)	3,63(1,63-8,10)	1,16(1,02-1,32)	1,22(0,88-1,65)
Veneto	1,45(1,29-1,61)	1,35(1,07-1,69)	3,60(1,73-7,49)	1,24(1,09-1,40)	1,69(1,27-2,21)
Friuli-Venezia Giulia	1,48(1,33-1,62)	1,42(1,13-1,77)	1,17(0,55-2,50)	1,22(1,08-1,36)	1,60(1,22-2,05)
Liguria	1,35(1,19-1,50)	1,43(1,14-1,77)	1,70(0,77-3,75)	1,35(1,20-1,49)	1,76(1,31-2,30)
Emilia-Romagna	1,33(1,19-1,48)	1,30(1,06-1,58)	1,49(0,84-2,65)	1,23(1,09-1,37)	1,56(1,20-2,01)
Toscana	1,32(1,18-1,47)	1,37(1,12-1,66)	2,95(1,33-6,55)	1,25(1,12-1,38)	1,66(1,22-2,22)
Umbria	1,39(1,18-1,62)	1,41(1,08-1,81)	2,18(0,91-5,25)	1,30(1,10-1,50)	1,93(1,38-2,62)
Marche	1,49(1,31-1,69)	1,39(1,09-1,76)	1,43(0,69-2,98)	1,30(1,14-1,46)	1,76(1,28-2,37)
Lazio	1,27(1,11-1,43)	1,46(1,15-1,84)	1,09(0,62-1,92)	1,31(1,16-1,46)	1,50(1,10-2,00)
Abruzzo	1,28(1,13-1,44)	1,62(1,33-1,96)	3,43(1,85-6,37)	1,41(1,26-1,56)	1,84(1,39-2,40)
Molise	1,26(1,07-1,46)	1,54(1,19-1,96)	2,72(1,10-6,71)	1,15(1,01-1,29)	1,47(1,09-1,93)
Campania	1,32(1,18-1,46)	1,47(1,21-1,76)	1,16(0,71-1,90)	1,33(1,22-1,45)	1,31(1,02-1,66)
Puglia	1,37(1,21-1,54)	1,56(1,28-1,88)	1,42(0,82-2,45)	1,28(1,16-1,39)	1,38(1,09-1,73)
Basilicata	1,38(1,18-1,59)	1,62(1,24-2,08)	2,35(1,08-5,09)	1,36(1,21-1,52)	1,38(1,02-1,82)
Calabria	1,43(1,29-1,58)	1,54(1,25-1,87)	1,68(1,03-2,74)	1,12(1,01-1,24)	1,51(1,15-1,95)
Sicilia	1,42(1,25-1,60)	1,35(1,08-1,68)	2,75(1,56-4,85)	1,50(1,36-1,63)	1,29(0,99-1,65)
Sardegna	1,40(1,25-1,55)	1,71(1,41-2,07)	2,28(1,21-4,33)	1,32(1,18-1,47)	1,65(1,27-2,11)
Italia	1,39(1,34-1,43)	1,44(1,36-1,53)	2,00(1,69-2,37)	1,26(1,23-1,30)	1,52(1,42-1,63)

Fonte dei dati: elaborazioni Servizio regionale di epidemiologia, ASL 5, Regione Piemonte con dati Istat.

Tabella 2 - Condizioni di salute e comportamenti ad essa correlati per livello di istruzione e regione di residenza. Femmine - Anni 1999-2000

Regioni	Salute riferita come non buona (b)	Morbosità cronica (c)	Disabilità	Abitudine al fumo (d)	Obesità (e)	Mammografia (f)
Piemonte	1,17(1,06-1,28)	1,49(1,24-1,78)	2,86(1,18-6,96)	1,08(0,88-1,29)	2,33(1,68-3,18)	0,87(0,76-0,98)
Valle d'Aosta	1,12(0,93-1,31)	1,09(0,79-1,49)	1,82(0,71-4,69)	1,16(0,88-1,51)	1,64(1,01-2,57)	0,75(0,53-0,99)
Lombardia	1,31(1,21-1,42)	1,54(1,32-1,78)	2,19(1,31-3,66)	0,98(0,84-1,13)	2,39(1,83-3,08)	0,81(0,72-0,89)
Trentino-Alto Adige	1,29(1,15-1,43)	1,19(0,97-1,45)	2,34(1,27-4,31)	1,02(0,84-1,24)	1,80(1,26-2,54)	0,90(0,79-1,00)
Veneto	1,20(1,15-1,41)	1,28(1,03-1,57)	1,19(0,65-2,20)	0,87(0,71-1,05)	3,05(2,05-4,42)	0,90(0,79-1,00)
Friuli-Venezia Giulia	1,28(1,15-1,40)	1,22(1,00-1,48)	1,57(0,85-2,90)	0,80(0,65-0,97)	2,02(1,45-2,78)	0,92(0,81-1,01)
Liguria	1,33(1,20-1,46)	1,62(1,33-1,94)	1,37(0,75-2,50)	1,05(0,86-1,25)	2,70(1,94-3,70)	0,84(0,74-0,94)
Emilia-Romagna	1,28(1,16-1,41)	1,36(1,13-1,62)	2,27(1,16-4,41)	0,99(0,82-1,19)	2,19(1,63-2,91)	0,95(0,83-1,05)
Toscana	1,16(1,04-1,27)	1,27(1,05-1,52)	1,74(0,98-3,08)	0,98(0,82-1,15)	2,99(2,01-4,36)	0,95(0,84-1,04)
Umbria	1,20(1,03-1,38)	1,33(1,04-1,68)	1,07(0,46-2,47)	1,04(0,81-1,30)	3,44(2,21-5,17)	0,91(0,78-1,03)
Marche	1,36(1,21-1,51)	1,34(1,07-1,65)	2,78(1,22-6,32)	0,85(0,68-1,04)	2,14(1,40-3,18)	0,86(0,69-1,04)
Lazio	1,24(1,11-1,38)	1,15(0,94-1,40)	1,24(0,70-2,21)	0,90(0,74-1,08)	2,50(1,79-3,43)	0,80(0,68-0,91)
Abruzzo	1,26(1,11-1,41)	1,49(1,23-1,80)	1,69(0,89-3,20)	0,62(0,49-0,77)	2,42(1,83-3,14)	0,79(0,66-0,91)
Molise	1,32(1,15-1,50)	1,86(1,47-2,30)	2,45(1,15-5,22)	0,55(0,41-0,74)	2,21(1,55-3,07)	0,66(0,50-0,84)
Campania	1,24(1,12-1,35)	1,50(1,26-1,76)	1,93(1,20-3,10)	0,90(0,76-1,06)	2,28(1,76-2,93)	0,71(0,61-0,82)
Puglia	1,60(1,41-1,78)	1,53(1,28-1,81)	1,53(0,95-2,48)	0,64(0,51-0,79)	3,33(2,54-4,29)	0,69(0,56-0,83)
Basilicata	1,30(1,11-1,49)	1,55(1,20-1,98)	1,58(0,68-3,64)	0,92(0,69-1,20)	1,81(1,21-2,64)	0,72(0,53-0,92)
Calabria	1,33(1,20-1,45)	1,58(1,33-1,84)	2,71(1,52-4,82)	0,64(0,50-0,81)	3,25(2,32-4,46)	0,64(0,48-0,82)
Sicilia	1,33(1,19-1,46)	1,43(1,18-1,71)	2,04(1,26-3,32)	0,71(0,58-0,85)	2,22(1,58-3,07)	0,79(0,68-0,89)
Sardegna	1,36(1,24-1,49)	1,38(1,16-1,64)	2,98(1,49-5,97)	1,03(0,85-1,22)	4,17(2,92-5,81)	0,79(0,69-0,89)
Italia	1,29(1,25-1,32)	1,40(1,34-1,47)	1,93(1,65-2,27)	0,86(0,82-0,90)	2,51(2,31-2,73)	0,79(0,75-0,82)

a. Meno istruiti (con al più la scuola dell'obbligo) verso tutti gli altri (con livello di istruzione superiore alla scuola dell'obbligo).

b. Discretamente, male e molto male verso bene, molto bene.

c. Almeno una malattia cronica grave fino a 59 anni e almeno due malattie croniche gravi dai 60 anni. La scelta di utilizzare un solo indicatore di morbosità cronica con due cut off diversi in funzione dell'età è stata operata tenendo conto della bassa prevalenza della multicronicità nella popolazione non anziana (cfr tabella in appendice 2).

d. Fumatori correnti verso coloro che non hanno mai fumato.

e. Obesità verso normopeso.

f. Donne con 50-69 anni.

Fonte dei dati: elaborazioni Servizio regionale di epidemiologia, ASL 5, Regione Piemonte con dati Istat.

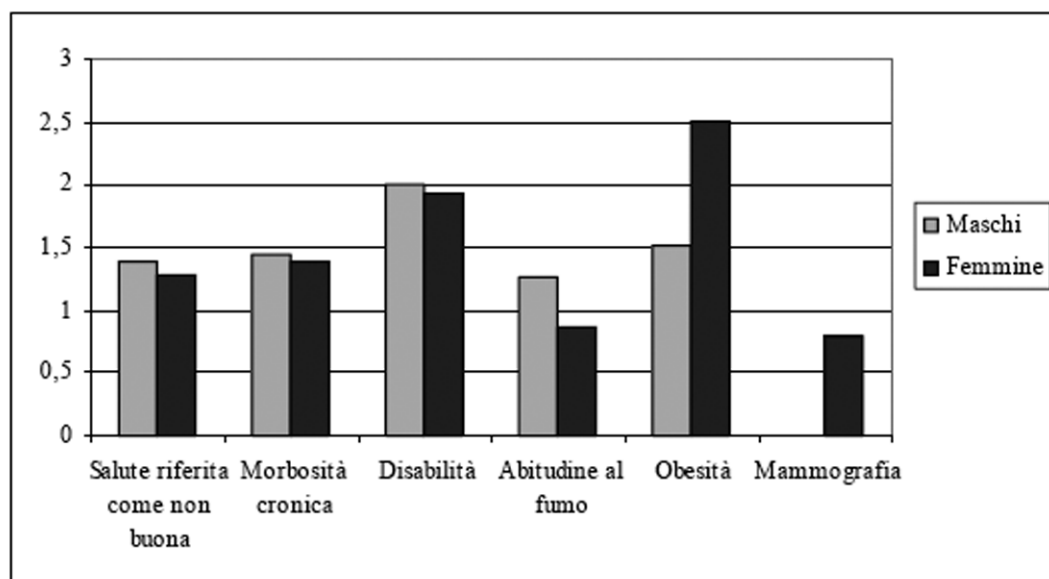
Grafico 1 - Condizioni di salute e comportamenti ad essa correlati per sesso, livello di istruzione e regione di residenza in Italia - Anni 1999-2000

Tabella 3 - Ricorso ai servizi sanitari per livello di istruzione e regione di residenza. Maschi - Anni 1999-2000

Regioni	Almeno una visita medica generica	Almeno una visita medica specialistica	Almeno un accertamento diagnostico	Almeno un ricovero ospedaliero	Consumo di farmaci
Piemonte	1,02(0,80-1,28)	0,82(0,70-0,96)	1,04(0,79-1,35)	1,43(0,86-2,40)	0,93(0,80-1,07)
Valle d'Aosta	0,77(0,51-1,15)	0,95(0,74-1,20)	0,93(0,62-1,39)	1,30(0,54-3,12)	0,85(0,65-1,08)
Lombardia	1,46(1,21-1,73)	1,11(0,98-1,25)	0,91(0,73-1,13)	1,90(1,28-2,83)	1,03(0,91-1,15)
Trentino-Alto Adige	1,09(0,84-1,40)	0,99(0,84-1,14)	0,95(0,72-1,24)	1,66(0,95-2,88)	0,84(0,67-1,04)
Veneto	1,09(0,87-1,35)	0,97(0,84-1,11)	0,95(0,74-1,20)	1,67(1,02-2,73)	1,06(0,92-1,21)
Friuli-Venezia Giulia	1,09(0,85-1,38)	1,00(0,84-1,17)	0,95(0,72-1,24)	1,33(0,77-2,27)	1,04(0,90-1,18)
Liguria	0,97(0,75-1,24)	0,93(0,78-1,10)	1,17(0,87-1,55)	1,64(1,00-2,68)	1,03(0,89-1,16)
Emilia-Romagna	1,27(1,03-1,55)	1,02(0,88-1,18)	0,84(0,65-1,09)	1,72(0,98-3,03)	1,02(0,89-1,15)
Toscana	1,16(0,92-1,46)	1,14(1,00-1,29)	1,22(0,98-1,51)	1,56(0,90-2,69)	0,91(0,79-1,05)
Umbria	1,33(1,00-1,75)	1,17(0,98-1,38)	1,10(0,80-1,49)	0,88(0,46-1,70)	0,94(0,77-1,15)
Marche	0,98(0,75-1,27)	0,98(0,81-1,16)	0,77(0,58-1,01)	1,36(0,79-2,33)	1,03(0,86-1,21)
Lazio	1,22(0,94-1,56)	0,94(0,79-1,11)	0,98(0,73-1,31)	1,73(1,04-2,88)	0,88(0,75-1,01)
Abruzzo	1,21(0,96-1,51)	0,96(0,82-1,12)	0,84(0,64-1,08)	1,13(0,74-1,73)	1,00(0,85-1,17)
Molise	1,25(0,92-1,67)	0,98(0,80-1,18)	0,90(0,64-1,25)	1,27(0,74-2,18)	0,96(0,79-1,15)
Campania	1,13(0,89-1,42)	1,02(0,88-1,18)	1,00(0,79-1,26)	1,68(1,08-2,62)	0,87(0,76-0,99)
Puglia	1,12(0,88-1,42)	1,06(0,90-1,24)	1,18(0,89-1,55)	1,45(0,93-2,25)	0,93(0,80-1,08)
Basilicata	1,26(0,91-1,71)	0,98(0,79-1,20)	0,78(0,55-1,09)	1,90(1,06-3,42)	0,95(0,76-1,16)
Calabria	1,59(1,28-1,94)	1,05(0,91-1,21)	0,86(0,66-1,10)	1,39(0,91-2,14)	0,98(0,83-1,13)
Sicilia	1,26(0,99-1,57)	1,01(0,87-1,17)	0,83(0,64-1,07)	1,36(0,87-2,15)	1,04(0,88-1,21)
Sardegna	1,16(0,92-1,44)	1,07(0,93-1,21)	0,97(0,73-1,27)	1,05(0,68-1,62)	1,05(0,91-1,20)
Italia	1,20(1,13-1,28)	1,00(0,96-1,04)	0,95(0,89-1,02)	1,56(1,37-1,78)	0,96(0,93-1,00)

Fonte dei dati: elaborazioni Servizio regionale di epidemiologia, ASL 5, Regione Piemonte con dati Istat.

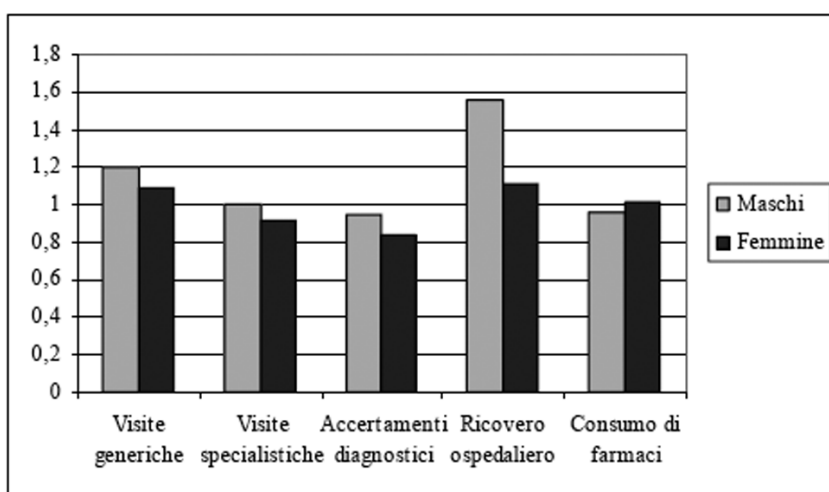
Tabella 4 - Ricorso ai servizi sanitari per livello di istruzione e regione di residenza. Femmine - Anni 1999-2000

Regioni	Almeno una visita medica generica	Almeno una visita medica specialistica	Almeno un accertamento diagnostico	Almeno un ricovero ospedaliero	Consumo di farmaci
Piemonte	0,92(0,74-1,13)	0,86(0,75-0,97)	0,72(0,57-0,91)	0,75(0,45-1,24)	0,91(0,81-1,02)
Valle d'Aosta	1,06(0,77-1,44)	1,02(0,84-1,23)	0,80(0,57-1,11)	2,96(1,32-6,64)	0,77(0,64-0,93)
Lombardia	1,03(0,87-1,21)	0,81(0,73-0,90)	0,72(0,60-0,86)	0,96(0,67-1,37)	1,11(1,00-1,22)
Trentino-Alto Adige	1,30(1,05-1,61)	0,98(0,86-1,10)	0,97(0,76-1,21)	1,40(0,89-2,20)	1,01(0,86-1,17)
Veneto	1,08(0,87-1,33)	0,87(0,77-0,99)	0,84(0,69-1,03)	1,47(0,87-2,48)	1,04(0,92-1,17)
Friuli-Venezia Giulia	1,12(0,90-1,38)	1,00(0,88-1,14)	1,08(0,87-1,34)	1,13(0,71-1,78)	1,04(0,92-1,16)
Liguria	1,18(0,95-1,46)	1,01(0,88-1,15)	0,87(0,69-1,09)	0,97(0,63-1,51)	1,08(0,97-1,20)
Emilia-Romagna	1,09(0,89-1,33)	0,94(0,81-1,07)	0,83(0,66-1,04)	0,92(0,56-1,50)	1,07(0,95-1,19)
Toscana	0,90(0,73-1,10)	0,94(0,82-1,06)	1,05(0,85-1,27)	1,24(0,71-2,15)	1,04(0,92-1,17)
Umbria	0,97(0,74-1,25)	1,09(0,94-1,24)	1,00(0,74-1,35)	1,03(0,59-1,80)	1,15(0,96-1,37)
Marche	1,20(0,95-1,49)	1,07(0,93-1,21)	1,02(0,80-1,29)	1,40(0,78-2,49)	1,08(0,93-1,23)
Lazio	1,11(0,88-1,37)	0,93(0,80-1,07)	0,74(0,58-0,94)	0,96(0,56-1,66)	0,95(0,84-1,08)
Abruzzo	1,08(0,87-1,33)	0,92(0,80-1,05)	0,74(0,58-0,93)	1,19(0,78-1,82)	1,06(0,93-1,21)
Molise	1,43(1,11-1,83)	1,03(0,87-1,21)	0,98(0,74-1,28)	1,16(0,65-2,06)	1,03(0,88-1,20)
Campania	1,19(0,97-1,44)	0,98(0,87-1,11)	0,80(0,66-0,98)	1,24(0,82-1,87)	0,93(0,83-1,03)
Puglia	1,12(0,89-1,39)	0,97(0,84-1,11)	0,92(0,73-1,16)	1,29(0,85-1,94)	1,09(0,95-1,25)
Basilicata	1,42(1,06-1,87)	1,05(0,88-1,25)	0,92(0,67-1,26)	1,21(0,75-1,95)	1,09(0,91-1,30)
Calabria	1,49(1,23-1,80)	1,10(0,96-1,24)	0,98(0,78-1,22)	1,76(1,13-2,72)	1,17(1,03-1,32)
Sicilia	1,20(0,98-1,45)	1,01(0,89-1,12)	0,91(0,74-1,11)	0,88(0,58-1,34)	1,12(0,98-1,28)
Sardegna	1,27(1,05-1,53)	1,08(0,97-1,20)	0,98(0,79-1,20)	1,23(0,81-1,86)	1,10(0,98-1,21)
Italia	1,09(1,03-1,15)	0,92(0,89-0,96)	0,84(0,79-0,89)	1,11(0,98-1,25)	1,02(0,99-1,06)

a. Meno istruiti (con al più la scuola dell'obbligo) verso tutti gli altri (con livello di istruzione superiore alla scuola dell'obbligo).

Fonte dei dati: elaborazioni Servizio regionale di epidemiologia, ASL 5, Regione Piemonte con dati Istat.

Grafico 2 - Ricorso ai servizi sanitari per sesso, livello di istruzione e regione di residenza - Anni 1999-2000



Fonte dei dati: elaborazioni Servizio regionale di epidemiologia, ASL 5, Regione Piemonte con dati Istat.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nonostante il tema dell'equità nella salute compaia nelle agende di ricerca e sia stato esplicitato negli ultimi Piani Sanitari, la riduzione delle disuguaglianze sociali di salute non è ancora diventato un obiettivo concreto delle politiche sanitarie e non sanitarie.

Gli interventi di contrasto all'azione dei determinanti distali e prossimali di queste disuguaglianze dovrebbero innanzitutto compensare gli svantaggi nella salute dei gruppi e delle comunità più deprivate, poi avvicinare la distanza tra gli estremi della scala sociale e, infine, ridurre l'intensità del gradiente sociale nella salute tramite provvedimenti indirizzati a tutta la società, non solo ai più svantaggiati, con l'obiettivo di un livellamento verso l'alto piuttosto che verso il basso⁶.

Considerata la disparità tra le regioni, nella salute e nella sua distribuzione sociale, soprattutto a carico del Mezzogiorno, occorre migliorare le capacità di monitoraggio regionale e locale delle disuguaglianze di salute, per presidiare direttamente l'impatto delle trasformazioni in senso federale del Servizio Sanitario Nazionale.

Riferimenti bibliografici

1. Costa G, Spadea T, Cardano M (a cura di). Disuguaglianze di salute in Italia. *Epidemiol Prev* 2004; 28 (Suppl. 3).
2. Marmot M, Wilkinson RG (eds.). *Social determinants of health*. Oxford, Oxford University Press, 1999.
3. Sabbadini LL, Costa G (a cura di). *Informazione statistica e politiche per la promozione della salute*. Atti del Convegno. Roma, Istat, 2004.
4. Costa G, Mamo C., Bena A. *Lavoro invecchiamento e salute* (a cura di). *Med Lav* 2005; 96 (suppl.).
5. 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: 635-667.
6. Associazione Italiana di Epidemiologia. *Manifesto per l'equità*. <http://www.epidemiologia.it>.
7. Jun Zhang MB, Kai F Yu. What's the Relative Risk? A Method of Correcting the Odds Ratio in Cohort Studies of Common Outcomes. *Jama*, Nov. 18, 1998 - Vol 280; No. 19: pp. 1690-91.
8. Cardano M., Marinacci C. *Raccomandazioni per la rilevazione della posizione sociale*. In: Costa G, Spadea T, Cardano M (a cura di). *Disuguaglianze di salute in Italia*. *Epidemiol Prev* 2004; 28 (Suppl. 3).
9. Petrelli A, Costa G (a cura di). *Atlante sanitario della Regione Piemonte*. Torino, Regione Piemonte, 2006.