

Differenze geografiche o differenze sociali?

Nonostante gli apprezzabili guadagni nella salute generale e nell'aspettativa di vita della popolazione italiana, legati ai miglioramenti nelle condizioni di vita e di assistenza conseguenti allo sviluppo socio-economico dei passati decenni, i principali indicatori di mortalità e morbosità dimostrano come il nostro Paese sia ancora attraversato da differenze importanti in tutte le dimensioni di salute considerate. Tali differenze, geografiche e socio-demografiche, sono a sfavore delle aree e delle posizioni sociali più svantaggiate, in particolare i soggetti meno istruiti, quelli di bassa classe sociale, i meno abbienti ed i più poveri di risorse di rete familiare (1, 2). La speranza di vita, soprattutto quella maschile, fino agli anni Novanta era più bassa nelle regioni del Nord e migliorava scendendo di latitudine; viceversa, la speranza di vita femminile, da molti decenni, risulta a sfavore delle donne meridionali. In questi ultimi anni, la speranza di vita ha continuato a migliorare a ritmi sostenuti in tutto il Paese, ma con un passo molto più veloce nelle regioni del Centro-Nord. Le differenze geografiche si stanno, così, invertendo con uno svantaggio per il Mezzogiorno ormai presente per entrambi i generi, anche se ancora più pronunciato tra le donne. Infatti, la tradizionale protezione meridionale dall'incidenza di alcune malattie croniche importanti, come i principali tumori, si sta riducendo, mentre lo svantaggio nella letalità si sta allargando (3). In termini di causa di morte, le diseguaglianze geografiche di mortalità a sfavore del Mezzogiorno riguardavano, già nel passato e per entrambi i generi, alcuni problemi di salute legati a condizioni di povertà, come le malattie respiratorie croniche, o legati a problemi d'igiene, come le patologie perinatali o quelle correlate ai virus epatici; nelle donne, si aggiungevano l'obesità e le patologie circolatorie. L'inversione, anche tra gli uomini della tradizionale protezione del Mezzogiorno nella speranza di vita, vuol significare, altresì, il progressivo venir meno della protezione dal rischio verso le altre principali patologie, come i tumori o le malattie circolatorie.

La spiegazione di tali differenze geografiche risiede, senz'altro, nella maggiore concentrazione al Sud delle persone con svantaggi socio-economici e nella modalità con cui tali svantaggi si sono legati, nel tempo e nei contesti, ad una maggiore insorgenza di problemi di salute. Gli indicatori di salute percepita e morbosità cronica rilevabili attraverso le indagini sulle condizioni di salute ed il ricorso ai servizi sanitari dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) (4, 5), permettono di monitorare, con minore latenza, nella popolazione e nei suoi sottogruppi, distinti per luogo di residenza o per connotazioni socio-demografiche, queste dinamiche epidemiologiche. I dati di utilizzo dei servizi sanitari rilevati da tali indagini permettono, inoltre, di valutare la risposta dei servizi ai bisogni generati da tali dinamiche, identificando gli ulteriori elementi di variabilità prodotti dal sistema sanitario sotto forma di variazioni geografiche e sociali, derivanti da sovra-utilizzo o mancato accesso a forme di assistenza.

Il patrimonio informativo di tali indagini permette di valutare, soprattutto e simultaneamente, il peso delle condizioni socio-economiche e del contesto di residenza sulla salute ed il ricorso ai servizi, la loro reciproca influenza e l'andamento temporale di tutte queste componenti.

Il presente capitolo si propone, appunto, di analizzare, contemporaneamente, la variabilità sociale e geografica di alcuni indicatori di salute soggettiva ed oggettiva e di alcuni indicatori di utilizzo dei servizi sanitari e di valutare l'andamento di tali eterogeneità tra il 1999-2000 ed il 2004-2005, periodi di rilevazione delle ultime 2 indagini Istat sulla salute.

Determinanti di contesto e determinanti individuali in ambiti del bisogno, dell'accesso e dell'assistenza sanitaria

La Tabella 1 riporta i coefficienti che esprimono l'influenza simultanea dell'area di residenza e di diversi indici di posizione sociale nei confronti dello stato di salute fisico e psicologico, oltre che della presenza di una o più malattie croniche gravi negli anni 2000 e 2005 tra gli uomini. In entrambi gli anni di rilevazione gli uomini mostrano una salute fisica che peggiora al decrescere del livello di istruzione, della condizione socio-occupazionale e della qualità dell'abitazione, pur controllando, simultaneamente, tutte queste condizioni. Le persone in possesso di licenza elementare, oltre alla categoria dei disoccupati o ritirati dal lavoro, mostrano, mediamente, circa 2 punti in meno dell'indice di stato fisico se confrontati, rispettivamente, con le persone con almeno il diploma superiore e con i lavoratori non manuali. Si evidenzia, invece, tra le 2 indagini, una significativa riduzione del gradiente di salute a svantaggio del Mezzogiorno; tale svantaggio accomuna, nel 2005, tutti i residenti nel Centro-Sud e nelle Isole. Gli uomini meno istruiti, i disoccupati, coloro che vivono in abitazioni piccole o in affitto, oltre a chi è povero di risorse di aiuto familiare come i monogenitori o gli anziani soli, mostrano svantaggi significativi stabili nel tempo e di dimensione comparabile nella salute psicologica. Si riduce, tra i 2 anni di rilevazione, lo svantaggio nella salute psicologica osservato tra chi risiede al Sud, anche se tale decremento non risulta statisticamente significativo.

Disoccupati e ritirati dal lavoro sembrano presentare la maggiore probabilità di riportare una o più malattie croniche gravi, seppure i meno istruiti e gli uomini residenti in abitazioni disagiate mostrano una prevalenza significativamente maggiore, del 20% circa, di presentare malattie croniche rispetto alle relative categorie di riferimento. Nel 2000, l'area geografica di residenza a cui corrispondeva un regolare gradiente di morbosità a svantaggio del Centro e del Sud, nel 2005 non sembra associarsi ad una differente probabilità di presentare patologie croniche.

I modelli sopra descritti hanno evidenziato una significativa variabilità interregionale nella stima del punteggio medio di salute tra i disoccupati o ritirati dal lavoro rispetto a quello corrispondente ai lavoratori non manuali. Il Grafico 1 riporta, per gli uomini, le graduatorie delle regioni nel 2005 e le relative variazioni rispetto al 2000, basate sugli scostamenti regionali dalle stime dei punteggi medi di salute (fisica e psicologica) tra i disoccupati con riferimento ai lavoratori non manuali. Tali graduatorie, nel 2005, evidenziano un marcato gradiente geografico, soprattutto nella salute fisica e maggiormente per quella dei disoccupati rispetto a quella dei lavoratori non manuali, a svantaggio delle regioni del Sud. In alcune regioni del Nord, come Valle d'Aosta, Friuli Venezia

Giulia e Lombardia, i disoccupati sembrano avere, invece, uno svantaggio minore. L'Abruzzo, insieme a Toscana, Valle d'Aosta e Marche, ha mostrato un miglioramento nella propria posizione, rispetto al 2000, relativamente alle disuguaglianze di salute fisica per condizione occupazionale avendo evidentemente contribuito, nel quinquennio, a ridurre tale differenziale. Per la salute mentale tale fenomeno è osservabile, soprattutto, in Abruzzo e Sardegna.

La Tabella 2 riporta i coefficienti che esprimono l'associazione tra salute e, simultaneamente, area di residenza ed indici di posizione sociale negli anni 2000 e 2005 tra le donne. In entrambi i periodi, anche le donne mostrano un peggiore indice di stato fisico al decrescere, soprattutto, del livello di istruzione ed, in misura più modesta, della condizione socio-occupazionale, della qualità dell'abitazione e del grado di supporto familiare. Si osserva, inoltre, un significativo peggioramento, tra i 2 anni di rilevazione, del differenziale di salute tra lavoratrici non manuali e la categoria comprendente disoccupate e ritirate dal lavoro. Gli svantaggi di salute legati all'area geografica sembrano ridursi al Sud ed accentuarsi al Centro evidenziando, quindi, come per gli uomini, un divario tra chi risiede al Nord e chi vive nelle restanti aree del Paese. Per quanto riguarda la salute psicologica si osserva un aumento significativo, nel tempo, del divario tra le donne con istruzione almeno superiore e quelle meno istruite. Si evidenzia, nel 2005, uno stato psicologico peggiore tra le lavoratrici non manuali, con riferimento a tutte le altre categorie socio-occupazionali considerate. Si confermano, invece, gli svantaggi di salute tra le donne monogenitori o sole e tra coloro che risiedono in abitazioni piccole o in affitto. Scompare, nel 2005, lo svantaggio nella salute psicologica osservato al Sud nel 2000, mentre si evidenziano livelli medi di tale indice, significativamente, peggiori tra le residenti nelle aree del Centro rispetto a quelle del Nord. Infine, la probabilità di riportare una o più malattie croniche gravi risulta, significativamente, più elevata al decrescere del livello d'istruzione (seppure con gradiente decrescente nel tempo), della consistenza della rete familiare, della qualità dell'abitazione ed, infine, tra le donne disoccupate o ritirate dal lavoro. Tra le 2 rilevazioni si osserva una riduzione significativa del differenziale geografico di morbosità a svantaggio del Sud, anche se, nel 2005, la geografia della morbosità cronica appare polarizzata tra il Nord, dove la frequenza di malattie è significativamente più bassa, ed il resto del Paese.

I modelli relativi alle donne hanno mostrato la presenza di una significativa variabilità regionale nel punteggio medio di salute tra le meno istruite rispetto a quello corrispondente alle donne con almeno il diplo-

ma superiore.

Il Grafico 2 riporta, per le donne, le graduatorie delle regioni nel 2005 e le relative variazioni, rispetto al 2000, calcolate in base agli scostamenti regionali delle stime dei punteggi medi di salute (fisica e psicologica) tra le persone con istruzione, al più, elementare rispetto alle donne con almeno il diploma superiore.

Anche tra le donne le graduatorie, nel 2005, presentano un marcato gradiente geografico: le meno istruite e le residenti in alcune regioni del Sud presentano un ulteriore svantaggio nella salute fisica e psicologica rispetto a quello che si osserva tra le più istruite. Viceversa, nel Nord, il gradiente per livello di istruzione sembra ridursi. Il Molise presenta un marcato incremento nel proprio rango rispetto al 2000 collocandosi, nel 2005, tra le regioni poste in posizione intermedia, rispetto ai valori degli scostamenti, dal gradiente di salute per istruzione, al netto delle altre dimensioni della posizione sociale. Al contrario, la Basilicata presenta un forte decremento di rango nella salute mentale, rispetto al 2000, caratterizzandosi per il maggiore differenziale per istruzione.

La Tabella 3 mostra le frequenze di utilizzo dell'assistenza ospedaliera, specialistica, del medico di famiglia e dei servizi territoriali (servizi psichiatrici, consultori, riabilitazione ed assistenza domiciliare) in funzione della posizione sociale e dell'area di residenza negli anni 2000 e 2005 tra gli uomini. In entrambi i periodi si osserva un marcato incremento nella probabilità di ricovero al decrescere dell'istruzione, oltre ad un maggior rischio di ospedalizzazione tra disoccupati, ritirati e residenti nelle Isole. Sparisce nel quinquennio, invece, la maggiore frequenza di ospedalizzazione osservata nel 2000 tra i monogenitori o gli anziani soli, tra i residenti in case piccole o in affitto e tra gli abitanti nelle aree del Centro-Sud. Il ricorso all'assistenza specialistica appare, invece, connotato da un gradiente regolare diretto con l'istruzione; i disoccupati o ritirati dal lavoro vi ricorrono più frequentemente dei lavoratori non manuali. Si evidenzia, soltanto nel 2000, una probabilità di accesso alla specialistica maggiore tra le coppie senza figli e, soltanto nel 2005, una probabilità di ricorso lievemente maggiore tra i residenti al Centro rispetto a chi risiede al Nord. Il ricorso al medico di famiglia è lievemente maggiore tra gli uomini meno istruiti, includendovi, al 2000, anche le persone con licenza media, mentre è più elevato tra i disoccupati o ritirati ed i lavoratori manuali, tra le coppie giovani senza figli o gli anziani non soli e non in coppia e tra chi possiede un'abitazione piccola o in affitto. Non si osservano variazioni in ragione della ripartizione geografica di residenza. Infine, il ricorso alle strutture territoriali sembra riguardare, maggiormente, in entrambi i periodi in studio, i disoccupati o ritirati ed i monogenitori o anziani soli. I giovani senza figli o gli anziani non soli e non in coppia, oltre ai residenti in abitazio-

ni piccole, mostravano, soltanto nel 2000, di ricorrere maggiormente all'assistenza territoriale. Si osserva, infine, nel 2005, una probabilità significativamente minore di accedere a tali servizi tra i residenti al Sud. La Tabella 4 mostra il ricorso all'assistenza ospedaliera, specialistica, primaria e territoriale in funzione dell'area e della posizione sociale tra le donne. Le donne con bassa istruzione o condizione abitativa sfavorevole mostrano maggiore probabilità di ricorrere all'ospedale; ciò si evidenziava, nel 2000, anche tra i monogenitori o gli anziani soli e le residenti al Sud. Il ricorso all'assistenza specialistica decresce, invece, significativamente, al diminuire del livello d'istruzione (con una modesta riduzione, nel tempo, di tale divario tra le donne con istruzione, al più, elementare), tra le residenti nel Mezzogiorno e, solo più recentemente, tra le casalinghe e le lavoratrici manuali. Le donne giovani in coppia senza figli (o, se anziane, in tipologie familiari diverse dall'anziana sola o in coppia) presentano, invece, maggiori frequenze di utilizzo di tali forme di assistenza. Il ricorso al medico di famiglia è più frequente tra le meno istruite e tra le giovani monogenitori o le anziane sole in entrambi i periodi in studio; era, inoltre, maggiore, al 2000, tra le lavoratrici manuali, le disoccupate o ritirate. Al 2005 sembrano ricorrervi, maggiormente, anche le donne in possesso di abitazioni piccole o in affitto. Per quanto riguarda i servizi territoriali vi ricorrono, maggiormente, le donne che dispongono di minori risorse di rete familiare, mentre, solo recentemente, si assiste ad un ricorso a tale assistenza significativamente più basso al Sud rispetto al resto del Paese.

I risultati principali che emergono sono i seguenti:

1) si osservano disuguaglianze nelle 3 dimensioni di salute che vanno nella direzione attesa (a svantaggio dei gruppi socialmente più sfavoriti). Queste disuguaglianze si registrano attraverso tutte le dimensioni dello svantaggio sociale, ciascuna delle quali fornisce, dunque, un contributo indipendente allo stato di salute riferito ed alla morbosità cronica. In ordine di grandezza di tale contributo le dimensioni considerate riguardano:

- a) le credenziali educative, indicatori di svantaggio fin dall'ambiente familiare;
- b) la disponibilità di un lavoro, fonte di reddito ed identità;
- c) la disponibilità di una casa di proprietà, indicatore di risorse accumulate;
- d) la classe sociale, indicatore di potere;
- e) la ricchezza di legami familiari, indicatore di capacità di aiuto.

Le differenze professionali nella salute psichica rappresentano un'eccezione, mostrando svantaggi di salute tra i lavoratori non manuali a parità di tutte le altre caratteristiche di posizione sociale, in entrambi i generi ed in ciascuna edizione dell'indagine. La spiegazione di tale fenomeno sarà oggetto di ulteriori

futuri approfondimenti poiché, in contrasto con quanto noto sulle differenze di classe nell'esposizione a fattori psico-sociali (1, 6, 7, 8, 9);

2) queste disuguaglianze di salute sono stabili nel tempo, ad eccezione delle differenze sociali nella salute psichica che sembrerebbero peggiorare tra le 2 indagini;

3) a parità di tutte le condizioni sociali individuali il Mezzogiorno manifesta svantaggi significativi negli indicatori di salute fisica e di dimensione ridotta solo nella prima rilevazione: la diminuzione dello svantaggio di salute fisica nel Mezzogiorno, tra il 2000 ed il 2005, sembra attribuibile ad un miglioramento dell'indice di salute fisica più consistente nel Mezzogiorno, mentre per la morbosità cronica deriverebbe da un incremento delle prevalenze leggermente più elevato al Nord;

4) il Mezzogiorno presenta significative interazioni con la posizione sociale individuale: i poveri presentano effetti sfavorevoli sulla salute fisica e psichica di maggiore intensità di quelli riscontrati, in media, nelle altre regioni; questo fenomeno sembrerebbe stabile nel tempo tra gli uomini ed in lieve aggravamento tra le donne nel corso del quinquennio considerato;

5) le disuguaglianze nell'assistenza sanitaria ospedaliera e territoriale, oltre che nel ricorso al medico di famiglia, vanno nella stessa direzione di quelle del bisogno di salute, espresso attraverso lo stato fisico o psicologico riferito e la morbosità cronica. Una specifica valutazione delle differenze sociali nell'assistenza, tenendo conto anche della presenza di malattie croniche, ha confermato gli eccessi significativi di utilizzo a vantaggio delle posizioni sociali più sfavorite e stabili nel tempo (dati non mostrati): ciò, dimostrerebbe l'esistenza di una quota significativa di utilizzo, tra le persone socio-economicamente sfavorite, non direttamente rispondente a problemi cronici di salute riferita che potrebbe, contemporaneamente, riflettere una maggiore vulnerabilità sociale all'inappropriatezza, ma anche un ruolo assistenziale del sistema delle cure per i più fragili;

6) nel caso dell'assistenza specialistica si osserva, invece, un minore utilizzo da parte delle posizioni sociali più svantaggiate stabili nel tempo: tale fenomeno può essere spia di limitazioni nell'offerta, ma anche di minore accesso a tale forma di assistenza o di maggiore fruizione di prestazioni a pagamento da parte delle persone in condizioni socioeconomicamente sfavorite.

Appendice metodologica

Per gli obiettivi del presente capitolo sono stati utilizzati i dati delle indagini Istat sulle condizioni di salute ed il ricorso ai servizi sanitari condotte, rispettivamente, negli anni 1999-2000 e 2004-2005. Da entrambe le indagini sono state selezionate ed analizzate le informazioni relative ai sotto-campioni rappresentati-

vi della popolazione italiana di età compresa tra 25-80 anni, per un totale di 98.330 e di 90.936 individui, rispettivamente, al 2000 ed al 2005. Sono state escluse le persone inabili al lavoro (per un totale di 1.144 persone al 2000 e 1.261 persone al 2005) la cui salute, probabilmente già compromessa, avrebbe potuto distorcere soprattutto le stime delle associazioni tra condizione occupazionale ed indicatori di salute.

Sono stati presi in considerazione i seguenti indicatori di salute e di utilizzo dei servizi sanitari:

1) indice di stato fisico (calcolato come somma di punteggi di *items* sulla salute fisica dello strumento SF12);

2) indice di stato psicologico (calcolato come somma di punteggi di *items* sulla salute psicologica dello strumento SF12);

3) presenza di 1 o più malattie croniche gravi diagnosticate dal medico (ivi incluse diabete, infarto, angina pectoris, altre malattie del cuore, ictus, bronchite cronica, cirrosi, tumore maligno, Alzheimer, parkinsonismo);

4) ricovero presso ospedale pubblico o privato negli ultimi 3 mesi;

5) ricorso a prestazione medica specialistica nelle ultime 4 settimane (ivi inclusi accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite mediche specialistiche);

6) ricorso a visita del medico di famiglia nelle ultime 4 settimane;

7) ricorso a struttura medica territoriale negli ultimi 3 mesi (ivi inclusi consultori familiari, centri di assistenza psichiatrica, assistenza domiciliare e riabilitazione).

Ciascun indicatore di salute o di uso dei servizi è stato analizzato in funzione di diversi indici di posizione sociale, includendovi:

- il livello d'istruzione, classificato attraverso il titolo di studio in 3 classi: a) laurea o diploma superiore, b) media inferiore, c) al più licenza elementare;

- lo *status* socio-occupazionale: distinguendo chi svolge un lavoro non manuale, chi svolge un lavoro manuale, chi ha lasciato o perso il lavoro e chi è fuori dalla forza lavoro come le casalinghe;

- il livello di ricchezza accumulata nella vita, espresso dalla qualità dell'abitazione: ritenuta alta se si vive in una casa grande o con più di un bagno, per le persone con meno di 65 anni, o di proprietà per gli anziani; ritenuta bassa se si vive in una casa piccola con un solo bagno, per le persone di età fino a 65 anni, oppure non di proprietà per gli anziani;

- il livello di sostegno disponibile nel nucleo familiare, espresso dalla tipologia familiare: distinguendo, tra le persone con età minore di 65 anni, le coppie con figli, i monogenitori e le coppie senza figli; distinguendo, tra gli anziani con 65 anni ed oltre, le coppie di anziani, gli anziani soli e le altre tipologie.

Sono stati costruiti dei modelli multilivello (considerando una struttura gerarchica dei dati a 3 livelli:

regione, comune ed individuo) di regressione lineare (per gli indicatori di stato fisico e psicologico) o logistica (per tutti gli altri indicatori), stratificati per genere ed anno d'indagine, per valutare l'effetto simultaneo degli indici di posizione sociale, reciprocamente aggiustati, e della ripartizione geografica sugli indicatori di salute e di ricorso ai servizi sanitari. Gli stessi modelli sono stati, successivamente, costruiti sul *pool* dei dati delle 2 indagini, includendovi l'anno d'indagine come covariata addizionale. L'inclusione di un termine di interazione tra quest'ultima covariata e la ripartizione geografica, o ciascun indice di posi-

zione sociale, ha permesso, quindi, di valutare la modificazione, tra le 2 indagini, nell'effetto della posizione sociale o dell'area geografica di residenza sulla salute o sul ricorso ai servizi.

Per ogni modello specifico per genere ed anno d'indagine è stata, infine, testata l'eventuale presenza di una significativa variabilità regionale nella stima dell'effetto di ciascun indice di posizione sociale. In presenza di variabilità regionale significativa per più di un indice di posizione sociale, il test dell'eterogeneità regionale è stato eseguito, simultaneamente, sull'insieme di tali indici.

Tabella 1 - *Indice di stato fisico, indice di stato psicologico e presenza di una o più malattie croniche gravi in funzione di indici di posizione sociale e ripartizione geografica di residenza (coefficienti e Odds Ratios (OR) da modelli multivariati di regressione[§]). Maschi di età compresa tra 25-80 anni - Anni 2000, 2005*

	Indice di stato fisico			Indice di stato psicologico			Una o più malattie croniche gravi				
	2000	2005	Trend	2000	2005	Trend	2000	2005	Trend		
	Coef.	IC 95%	Coef.	IC 95%	Coef.	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%	Trend
Istruzione											
Almeno diploma superiore	0,00		0,00		0,00		1,00		1,00		
Licenza media inferiore	-0,63	(-0,80; -0,45)	-0,66	(-0,83; -0,48)	-0,36	(-0,56; -0,16)	1,19	(1,10; 1,30)	1,14	(1,05; 1,23)	
Licenza elementare o meno	-2,07	(-2,28; -1,86)	-1,96	(-2,18; -1,74)	-0,90	(-1,15; -0,66)	1,37	(1,26; 1,48)	1,23	(1,14; 1,33)	
Condizione Socio-occupazionale											
Lavoratore non manuale	0,00		0,00		0,00		1,00		1,00		
Lavoratore manuale	-0,44	(-0,63; -0,26)	-0,58	(-0,77; -0,39)	0,62	(0,40; 0,83)	1,07	(0,97; 1,19)	1,02	(0,93; 1,12)	
Disoccupato, ritirato	-1,92	(-2,12; -1,72)	-1,79	(-1,99; -1,58)	-0,72	(-0,95; -0,49)	1,56	(1,43; 1,70)	1,47	(1,36; 1,59)	
Tipologia Familiare											
Coppia con figli o coppia di anziani	0,00		0,00		0,00		1,00		1,00		
Monogenitore o anziano solo	0,05	(-0,23; 0,33)	0,12	(-0,16; 0,40)	-0,73	(-1,06; -0,41)	0,79	(0,70; 0,89)	0,89	(0,80; 1,00)	
Coppia senza figli/altro	-0,43	(-0,59; -0,27)	-0,15	(-0,31; 0,01)	-0,13	(-0,32; 0,05)	1,07	(1,00; 1,14)	1,06	(0,99; 1,12)	
Tipologia Abitazione											
Grande o di proprietà	0,00		0,00		0,00		1,00		1,00		
Piccola o in affitto	-0,80	(-1,00; -0,60)	-0,94	(-1,19; -0,69)	-1,01	(-1,24; -0,78)	1,22	(1,13; 1,33)	1,23	(1,12; 1,35)	
Ripartizione Geografica											
Nord	0,00		0,00		0,00		1,00		1,00		
Centro	-0,51	(-1,08; 0,07)	-0,53	(-0,90; -0,17)	-0,32	(-0,97; 0,33)	1,23	(1,12; 1,36)	1,12	(0,96; 1,31)	*
Sud	-1,18	(-1,68; -0,68)	-0,57	(-0,88; -0,25)	-0,87	(-1,44; -0,31)	1,28	(1,17; 1,39)	1,07	(0,93; 1,23)	*
Isole	-1,17	(-1,89; -0,46)	-0,89	(-1,52; -0,45)	-0,06	(-0,86; 0,74)	1,19	(1,06; 1,34)	1,05	(0,86; 1,27)	

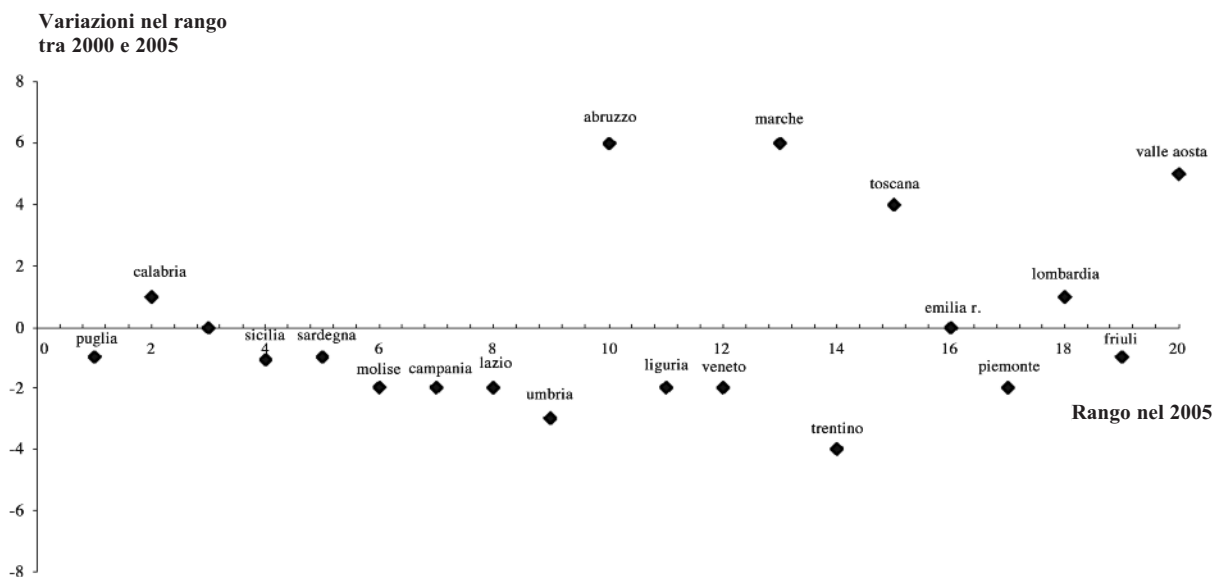
§ Aggiustati per età, dimensione demografica e zona altimetrica del comune di residenza.

* P-value < 0,05 per l'ipotesi di assenza di variazione temporale.

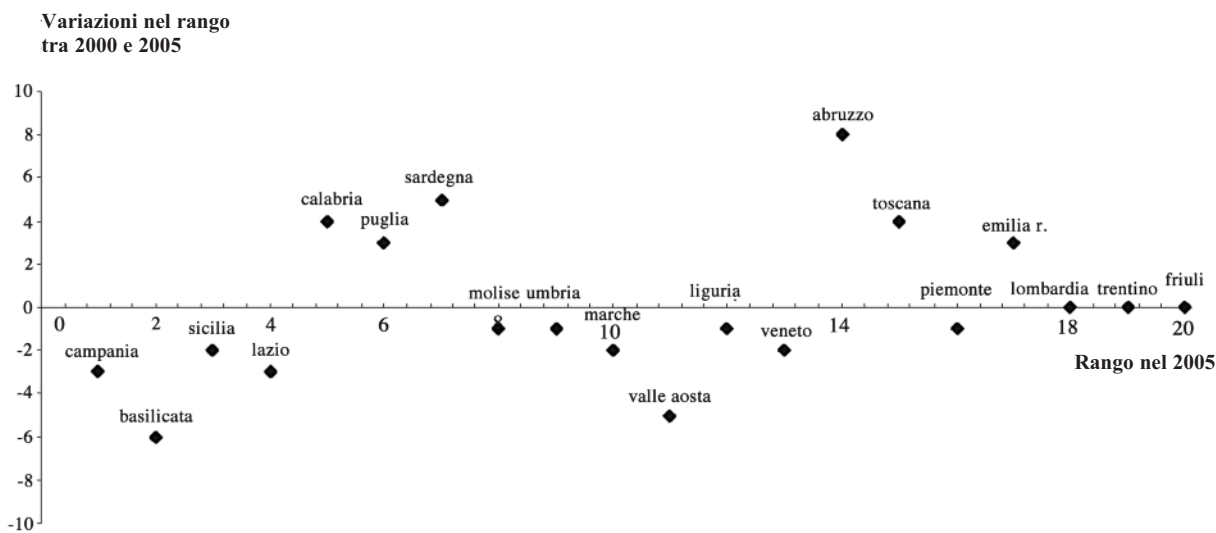
Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat. Indagine Multiscopo "Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 2000 e 2005.

Grafico 1 - Indici di stato fisico e psicologico. Graduatorie (anno 2005) e relative variazioni temporali degli scostamenti regionali intorno ai coefficienti stimati da modello per disoccupati e ritirati (vs. lavoratori non manuali)*. Maschi - Anni 2000, 2005

Indice di stato fisico



Indice di stato psicologico



*Basso rango equivale a maggiore decremento di salute tra disoccupati o ritirati (vs. lavoratori non manuali), viceversa alto rango equivale a minore decremento di salute.

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat. Indagine Multiscopo "Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 2000 e 2005.

Tabella 2 - *Indice di stato fisico, indice di stato psicologico e presenza di una o più malattie croniche gravi in funzione di indici di posizione sociale e ripartizione geografica di residenza (coefficienti e Odds Ratios (OR) da modelli multivariati di regressione[§]). Femmine di età compresa tra 25-80 anni - Anni 2000, 2005*

Istruzione	Indice di stato fisico			Indice di stato psicologico			Una o più malattie croniche gravi			
	2000	2005	Trend	2000	2005	Trend	2000	2005	Trend	
	Coef.	IC 95%	Coef.	IC 95%	Coef.	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Almeno diploma superiore	0,00		0,00		0,00		1,00		1,00	
Licenza media inferiore	-0,70	(-0,91; -0,49)	-0,58	(-0,78; -0,38)	-0,22	(-0,47; -0,04)	-0,69	(-0,93; -0,45)	1,12	(1,03; 1,21)
Licenza elementare o meno	-2,45	(-2,68; -2,21)	-2,19	(-2,43; -1,95)	-1,28	(-1,56; -0,99)	-1,73	(-2,01; -1,45)	1,32	(1,22; 1,43)
Condizione Socio-occupazionale										
Lavoratrice non manuale	0,00		0,00		0,00		1,00		1,00	
Lavoratrice manuale	-0,37	(-0,64; -0,10)	-0,47	(-0,74; -0,20)	0,79	(0,46; 1,11)	0,34	(0,03; 0,66)	0,95	(0,84; 1,08)
Casalinga	0,09	(-0,13; 0,30)	-0,15	(-0,36; 0,06)	0,16	(-0,10; 0,42)	0,34	(0,09; 0,59)	1,02	(0,93; 1,11)
Disoccupata, ritirata	-0,39	(-0,61; -0,17)	-0,82	(-1,06; -0,57)	0,07	(-0,20; 0,07)	0,33	(0,04; 0,62)	1,15	(1,05; 1,26)
Tipologia Familiare										
Coppia con figli o coppia di anziani	0,00		0,00		0,00		1,00		1,00	
Monogenitore o anziana sola	-0,37	(-0,61; -0,14)	-0,35	(-0,59; -0,12)	-1,61	(-1,89; -1,33)	-1,31	(-1,58; -1,03)	1,16	(1,07; 1,25)
Coppia senza figli/altro	-0,29	(-0,47; -0,12)	-0,09	(-0,26; 0,09)	-0,12	(-0,34; 0,09)	0,03	(-0,17; 0,24)	1,10	(1,03; 1,18)
Tipologia Abitazione										
Grande o di proprietà	0,00		0,00		0,00		1,00		1,00	
Piccola o in affitto	-1,08	(-1,29; -0,87)	-1,47	(-1,72; -1,21)	-0,93	(-1,19; -0,68)	-1,18	(-1,47; -0,88)	1,21	(1,11; 1,31)
Ripartizione Geografica										
Nord	0,00		0,00		0,00		1,00		1,00	
Centro	-0,39	(-0,12; 0,24)	-0,79	(-1,26; -0,32)	-0,78	(-1,77; 0,21)	-1,14	(-1,83; -0,45)	1,18	(1,04; 1,34)
Sud	-1,64	(-2,20; -1,09)	-1,06	(-1,47; -0,64)	-0,95	(-1,82; -0,09)	-0,40	(-1,00; 0,21)	1,14	(1,02; 1,28)
Isole	-2,02	(-2,82; -1,23)	-1,87	(-2,45; -1,30)	-0,68	(-1,92; 0,56)	-0,49	(-1,33; 0,35)	1,20	(1,03; 1,40)

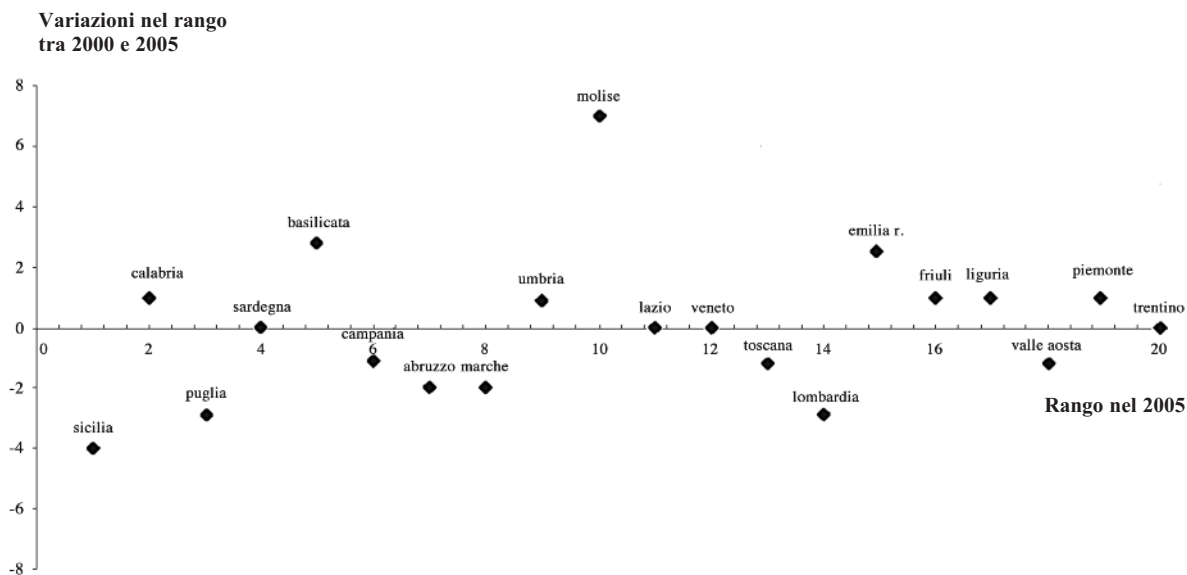
[§]Aggiustati per età, dimensione demografica e zona altimetrica del comune di residenza.

*P-value< 0,05 per l'ipotesi di assenza di variazione temporale.

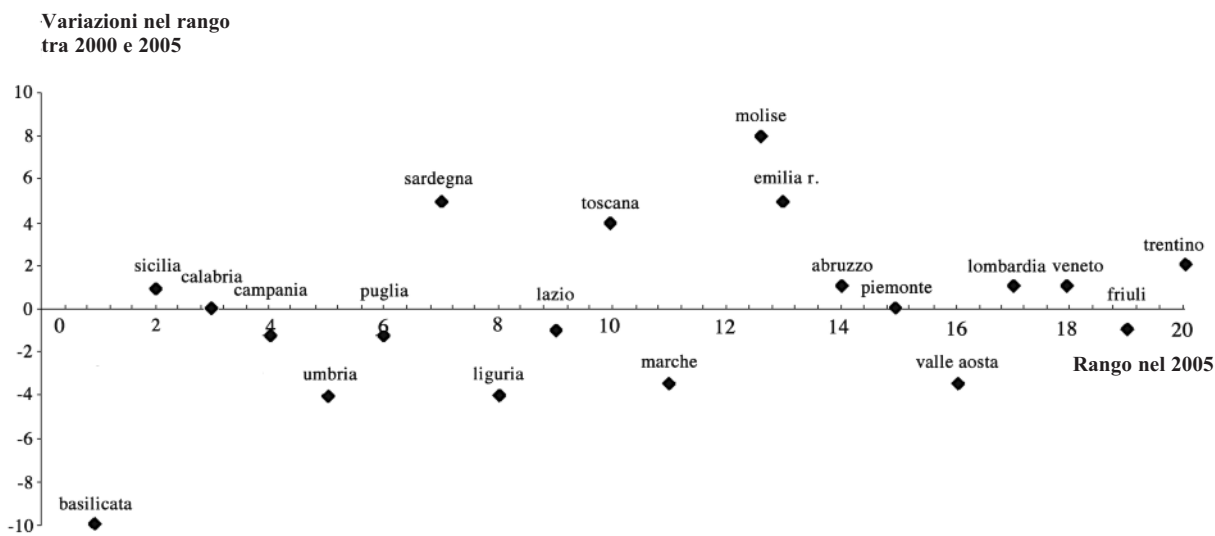
Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat. Indagine Multiscopo "Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 2000 e 2005.

Grafico 1 - Indici di stato fisico e psicologico. Graduatorie (anno 2005) e relative variazioni temporali degli scostamenti regionali intorno ai coefficienti stimati da modello per le persone in possesso di licenza elementare o meno (vs. diploma o laurea)*. Femmine - Anni 2000, 2005

Indice di stato fisico



Indice di stato psicologico



*Basso rango equivale a maggiore decremento di salute tra donne con licenza elementare (vs. laureate o diplomate), viceversa alto rango equivale a minore decremento di salute.

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat. Indagine Multiscopo "Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anno 2010.

Tabella 3 - Indicatori di utilizzo dei servizi sanitari in funzione di indici di posizione sociale e ripartizione geografica di residenza (Odds Ratios (OR) da modelli multi-livello di regressione[§]). Maschi di età compresa tra 25-80 anni - Anni 2000, 2005

	Ricovero negli ultimi 3 mesi			Prestazione specialistica nelle ultime 4 sett.			Ricorso a MMG nelle ultime 4 sett.			Ricorso a struttura terr. negli ultimi 3 mesi		
	2000	2005	Trend	2000	2005	Trend	2000	2005	Trend	2000	2005	Trend
	Coef.	IC 95%	Coef.	IC 95%	Coef.	IC 95%	Coef.	IC 95%	Coef.	IC 95%	Coef.	IC 95%
Istruzione												
Almeno diploma superiore	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Licenza media inferiore	1,26 (1,10; 1,45)	1,20 (1,03; 1,39)	0,92 (0,87; 0,98)	0,90 (0,84; 0,95)	1,10 (1,02; 1,18)	1,01 (0,94; 1,08)	0,97 (0,84; 1,11)	0,95 (0,84; 1,06)	1,05 (0,90; 1,23)	1,01 (0,88; 1,15)		
Licenza elementare o meno	1,38 (1,20; 1,59)	1,34 (1,14; 1,57)	0,79 (0,73; 0,84)	0,86 (0,80; 0,92) *	1,16 (1,07; 1,25)	1,11 (1,02; 1,20)	1,05 (0,90; 1,23)	1,01 (0,88; 1,15)				
Condizione Socio-occupazionale												
Lavoratore non manuale	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Lavoratore manuale	1,13 (0,97; 1,31)	1,11 (0,93; 1,32)	1,05 (0,98; 1,12)	0,94 (0,88; 1,01) *	1,24 (1,14; 1,34)	1,23 (1,14; 1,33)	1,11 (0,95; 1,30)	0,98 (0,85; 1,12)	1,34 (1,14; 1,56)	1,34 (1,18; 1,53)		
Disoccupato, ritirato	1,43 (1,24; 1,65)	1,24 (1,06; 1,46)	1,24 (1,16; 1,33)	1,14 (1,07; 1,23)	1,40 (1,30; 1,52)	1,43 (1,32; 1,55)	1,34 (1,14; 1,56)	1,34 (1,18; 1,53)				
Tipologia Familiare												
Coppie con figli o coppie di anziani	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Monogenitori o anziani soli	1,25 (1,04; 1,49)	1,00 (0,82; 1,24)	0,93 (0,84; 1,02)	0,91 (0,82; 1,00)	1,07 (0,96; 1,20)	1,08 (0,98; 1,20)	1,44 (1,19; 1,74)	1,21 (1,02; 1,42)	1,33 (1,19; 1,49)	1,03 (0,93; 1,14) *		
Coppie senza figli/altro	1,08 (0,97; 1,20)	0,98 (0,87; 1,11)	1,13 (1,07; 1,19)	1,03 (0,97; 1,08)	1,15 (1,08; 1,22)	1,08 (1,02; 1,15)	1,33 (1,19; 1,49)	1,03 (0,93; 1,14) *				
Tipologia Abitazione												
Grande o di proprietà	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Piccola o in affitto	1,22 (1,07; 1,38)	0,98 (0,82; 1,18) *	1,03 (0,96; 1,11)	1,02 (0,94; 1,11)	1,10 (1,02; 1,19)	1,11 (1,01; 1,21)	1,22 (1,06; 1,41)	1,07 (0,91; 1,24)				
Ripartizione Geografica												
Nord	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Centro	1,16 (1,00; 1,35)	0,99 (0,84; 1,18)	1,07 (0,95; 1,21)	1,12 (1,00; 1,25)	1,04 (0,86; 1,25)	1,21 (0,96; 1,53) *	0,86 (0,67; 1,10)	0,98 (0,85; 1,13)	0,86 (0,70; 1,07)	0,76 (0,67; 0,86)		
Sud	1,45 (1,28; 1,64)	1,05 (0,91; 1,22) *	0,91 (0,82; 1,01)	0,94 (0,85; 1,03)	1,01 (0,86; 1,19)	1,10 (0,90; 1,35)	0,86 (0,70; 1,07)	0,76 (0,67; 0,86)				
Isole	1,43 (1,21; 1,68)	1,25 (1,04; 1,52)	0,97 (0,83; 1,12)	0,92 (0,81; 1,05)	1,03 (0,82; 1,29)	1,06 (0,80; 1,41)	0,88 (0,65; 1,19)	0,84 (0,71; 1,00)				

§ Aggiustati per età, dimensione demografica e zona altimetrica del comune di residenza.

* P-value < 0,05 per l'ipotesi di assenza di variazione temporale.

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat. Indagine Multiscopo "Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 2000 e 2005.

Tabella 4 - Indicatori di utilizzo dei servizi sanitari in funzione di indici di posizione sociale e ripartizione geografica di residenza (Odds Ratios (OR) da modelli multi-livello di regressione[§]). Femmine di età compresa tra 25-80 anni - Anni 2000, 2005

	Ricovero negli ultimi 3 mesi			Prestazione specialistica nelle ultime 4 sett.			Ricorso a MMG nelle ultime 4 sett.			Ricorso a struttura terr. negli ultimi 3 mesi		
	2000	2005	Trend	2000	2005	Trend	2000	2005	Trend	2000	2005	Trend
	Coef.	IC 95%	Coef.	IC 95%	Coef.	IC 95%	Coef.	IC 95%	Coef.	IC 95%	Coef.	IC 95%
Istruzione												
Almeno diploma superiore	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
licenza media inferiore	0,97 (0,85; 1,10)	1,11 (0,96; 1,28)	0,86 (0,82; 0,92)	0,94 (0,89; 0,99)	1,02 (0,95; 1,09)	1,08 (1,01; 1,15)	1,00 (0,90; 1,12)	0,97 (0,88; 1,07)	1,05 (0,93; 1,18)	0,96 (0,87; 1,07)		
licenza elementare o meno	1,21 (1,05; 1,39)	1,31 (1,12; 1,53)	0,81 (0,76; 0,86)	0,91 (0,85; 0,97) *	1,19 (1,10; 1,28)	1,22 (1,14; 1,31)						
Condizione Socio-occupazionale												
Lavoratrice non manuale	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Lavoratrice manuale	0,96 (0,80; 1,14)	1,01 (0,83; 1,23)	1,00 (0,92; 1,07)	0,91 (0,85; 0,99)	1,13 (1,03; 1,24)	1,10 (1,00; 1,20)	1,00 (0,86; 1,16)	1,04 (0,92; 1,19)	1,02 (0,91; 1,15)	1,03 (0,93; 1,14)	1,08 (0,96; 1,21)	1,08 (0,97; 1,21)
Casalinga	0,98 (0,86; 1,12)	1,07 (0,92; 1,23)	0,98 (0,92; 1,04)	0,89 (0,84; 0,95)	1,01 (0,94; 1,08)	0,99 (0,92; 1,05)	1,02 (0,91; 1,15)	1,03 (0,93; 1,14)	1,08 (0,96; 1,21)	1,08 (0,97; 1,21)		
Disoccupata, ritirata	1,08 (0,94; 1,23)	1,12 (0,95; 1,32)	1,09 (1,03; 1,16)	0,95 (0,89; 1,02)	1,11 (1,03; 1,19)	1,08 (1,00; 1,17)						
Tipologia Familiare												
Coppia con figli o coppia di anziani	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Monogenitore o anziana sola	1,16 (1,02; 1,32)	1,08 (0,93; 1,26)	1,05 (0,99; 1,12)	1,05 (0,98; 1,12)	1,20 (1,12; 1,29)	1,12 (1,04; 1,20)	1,17 (1,04; 1,31)	1,13 (1,02; 1,25)	1,13 (1,04; 1,24)	1,08 (1,00; 1,17)		
Coppia senza figli/altro	0,99 (0,89; 1,10)	1,00 (0,89; 1,13)	1,15 (1,10; 1,21)	1,13 (1,08; 1,19)	1,04 (0,99; 1,10)	1,06 (1,00; 1,12)						
Tipologia Abitazione												
Grande o di proprietà	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Piccola o in affitto	1,28 (1,14; 1,43)	1,32 (1,14; 1,54)	1,05 (0,99; 1,11)	1,05 (0,98; 1,13)	1,05 (0,99; 1,12)	1,18 (1,09; 1,27)	1,06 (0,95; 1,17)	1,01 (0,90; 1,13)				
Ripartizione Geografica												
Nord	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Centro	0,92 (0,79; 1,07)	0,97 (0,83; 1,13)	1,05 (0,95; 1,16)	1,12 (1,00; 1,25)	1,08 (0,91; 1,26)	1,12 (0,94; 1,34)	0,82 (0,65; 1,03)	0,98 (0,85; 1,13)				
Sud	1,21 (1,08; 1,36)	1,12 (0,99; 1,26)	0,90 (0,82; 0,97)	0,89 (0,81; 0,98)	1,12 (0,98; 1,29)	1,14 (0,98; 1,34)	0,87 (0,72; 1,07)	0,77 (0,68; 0,87)				
Isole	1,14 (0,97; 1,34)	1,08 (0,91; 1,29)	0,97 (0,87; 1,09)	0,93 (0,81; 1,06)	1,14 (0,94; 1,38)	1,21 (0,98; 1,51) *	1,03 (0,78; 1,36)	0,94 (0,79; 1,11)				

[§]Aggiustati per età, dimensione demografica e zona altimetrica del comune di residenza.

*P-value < 0,05 per l'ipotesi di assenza di variazione temporale.

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat. Indagine Multiscopo "Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 2000 e 2005.

Raccomandazioni di Osservasalute

Le differenze geografiche nella salute e nell'uso dei servizi sono, principalmente, e sempre più dovute alle disuguaglianze nella distribuzione della prevalenza dei poveri, cui corrispondono maggiori bisogni di salute: questo significa che, la ripartizione delle risorse per l'assistenza, per essere proporzionale al bisogno deve essere pesata per la differente prevalenza di individui con svantaggi socioeconomici.

I contesti geografici interagiscono con lo svantaggio sociale individuale, moderandone o accentuandone l'effetto sulla salute: il Mezzogiorno ne ricava ulteriori svantaggi. Questa interazione è attribuibile a caratteristiche del contesto, evidentemente legate ad una diversa offerta delle opportunità di utilizzo delle capacità di assistenza ed aiuto (qualità delle cure, dell'istruzione, delle reti sociali); questo fenomeno appare stabile e, quindi, interpella politiche di investimento sulle strutture, le tecnologie ed i processi, come ad esempio le politiche legate ai fondi strutturali.

Infine, i determinanti sociali rappresentano il principale singolo determinante delle variazioni di salute dopo l'età, ma, a differenza di essa, sono in parte modificabili e, pertanto, ingiusti ed evitabili. Sono meritevoli, quindi, di azioni e strategie di contrasto. La recente Comunicazione della Commissione Europea "Solidarity in health: reducing health inequalities in the EU" (10) parte dalla constatazione che sia nelle politiche europee e sia nella programmazione delle politiche della maggior parte dei Paesi membri, tra cui il nostro, non c'è ancora abbastanza consapevolezza delle disuguaglianze di salute e delle loro conseguenze. La Comunicazione stimola, dunque, a misurarsi con queste sfide, proponendo di migliorare la capacità di monitorare le disuguaglianze e di racco-

gliere ed applicare le prove di efficacia degli interventi di controllo, promuovendo l'impegno delle amministrazioni nazionali, regionali e locali e dei principali attori sociali a coordinare le proprie politiche in questo senso, valorizzando gli incentivi e l'assistenza che le politiche europee possono assicurare.

Riferimenti bibliografici

- (1) Costa, G., Spadea, T. & Cardano, M. (a cura di). "Diseguaglianze di Salute in Italia". *Epidemiol Prev* 28, Suppl 3.
- (2) Brandolini, A., Saraceno, C. & Schizzerotto, A. (eds) 2009. Dimensioni della disuguaglianza in Italia: povertà, salute, abitazione. Fondazione Ermanno Gorrieri. Disponibile all'indirizzo: http://www.fondazionegorrieri.it/jsps/158/Servizi/285/Pubblicazioni/289/Pubblicazioni_on_line/291/2_Rapporto_ODS.jsp. Ultima consultazione: settembre 2010.
- (3) <http://www.istat.it/sanita/Health/>; ultimo accesso settembre 2010.
- (4) 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.
- (5) http://www.istat.it/dati/dataset/20080131_00/; ultima consultazione: settembre 2010.
- (6) Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health: a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health* 2006; 32 (6): 443-462.
- (7) Bonde JPE. Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occup Environ Med* 2008; 65; 438-445.
- (8) La Montagne AD, Keegel T, Vallance D, Ostry A, Wolfe R. Job strain - attributable depression in a sample of working Australians: assessing the contribution to health inequalities. *BMC Public Health*. 2008 May 27; 8: 181.
- (9) D'Errico A, Cardano M, Landriscina T, Marinacci C, Pasian S, Petrelli A, Costa G. Workplace stress and prescription of antidepressant medications: a prospective study on a sample of Italian workers. *Int Arch Occup Environ Health*. 2010 Oct 16. [Epub ahead of print].
- (10) http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_en.pdf; ultimo accesso luglio 2010.