

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.

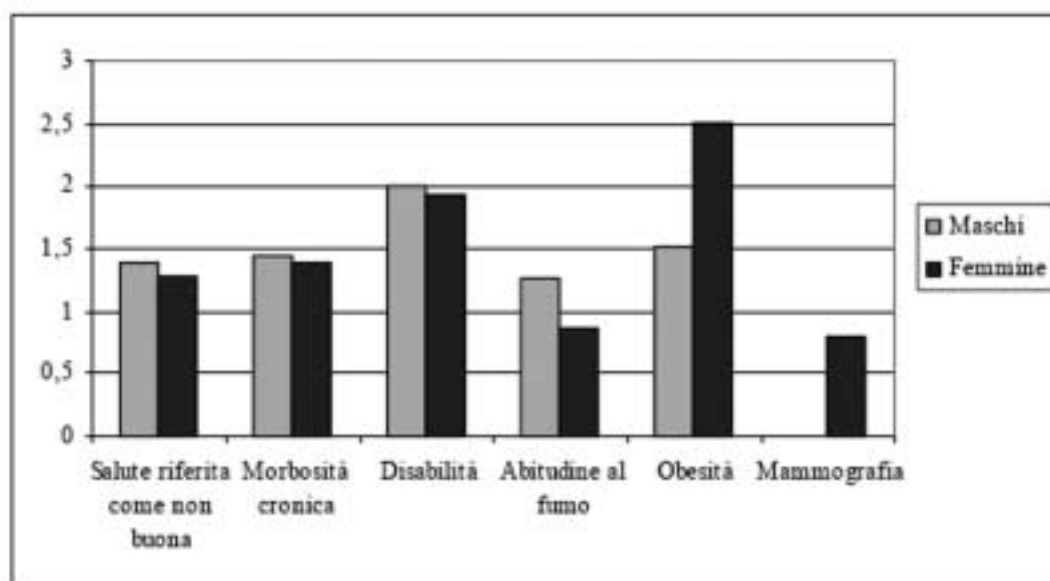
Grafico 1 - Condizioni di salute e comportamenti ad essa correlati per sesso, livello di istruzione e regione di residenza in Italia - Anni 1999-2000

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.

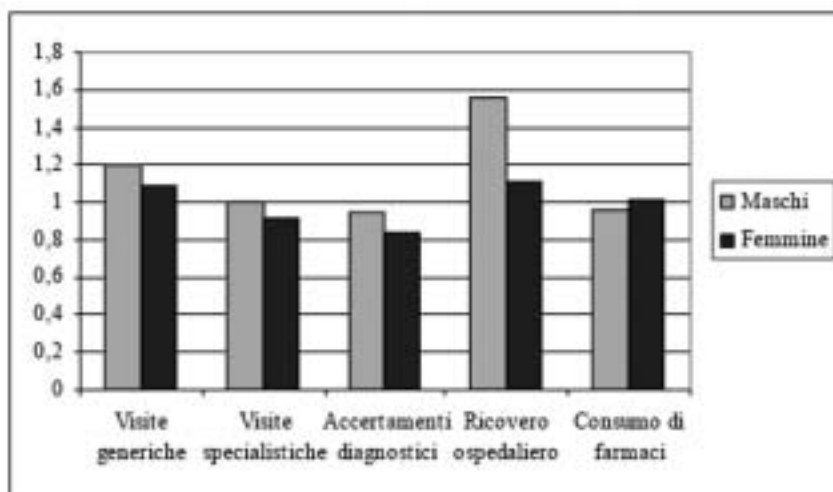
Tabella 4 - Ricorso ai servizi sanitari per livello di istruzione e regione di residenza. Femmine - Anni 1999-2000

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). Diseguaglianze 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). *Diseguaglianze 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.

Trend temporale dei rischi relativi di salute, stili di vita e uso dei servizi

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. disabilità;
3. abitudine al fumo;
4. obesità;
5. mammografia;

6. almeno un ricovero ospedaliero negli ultimi tre mesi;
7. almeno una visita medica generica nell'ultimo mese;
8. almeno una visita medica specialistica nell'ultimo mese;
9. almeno un accertamento diagnostico nell'ultimo mese;
10. consumo di farmaci.

Rischio relativo per i principali indicatori di salute e di assistenza

Numeratore	Occorrenza tra le persone meno istruite*,**
Denominatore	Occorrenza tra le persone più istruite*,**

*Prevalenze controllate per età; per il ricorso ai servizi sanitari le prevalenze sono controllate per età e per morbosità cronica.

**Meno istruiti: con al più biennio superiore; più istruiti: con almeno il diploma di maturità.

Validità e limiti. Le indagini Istat sulla salute sono rappresentative di tutta la popolazione non istituzionalizzata e costituiscono l'unica fonte informativa che misura il ricorso a tutte le prestazioni sanitarie, comprese quelle private e quelle che sfuggono ai sistemi amministrativi regionali.

Inoltre, corredo questi dati con informazioni sulle molteplici dimensioni dello stato di salute, sui comportamenti ad esso correlati e sulle caratteristiche socio-economiche individuali e familiari.

Nonostante la dimensione campionaria sia talmente ampia da renderla unica fra le indagini su questi temi condotte negli altri Paesi Europei, non è possibile confrontare l'entità delle disuguaglianze sociali a livello regionale perché le stime dei rapporti di prevalenza a questo livello di dettaglio territoriale non sono abbastanza robuste e sensibili per rilevare le variazioni attese.

La conduzione periodica di questa indagine consente di monitorare l'andamento temporale delle disuguaglianze sociali, con però alcuni vincoli legati ad alcune variazioni nello strumento di rilevazione. Queste ultime rendono impossibile il confronto delle stime relative a due diversi anni poiché eventuali differenze dei rischi relativi potrebbero essere solo l'effetto della variazione nella formulazione delle domande del questionario e dei relativi riferimenti temporali, anziché del fenomeno in studio¹.

Per le analisi sul ricorso ai servizi sanitari i rischi relativi sono controllati, oltre che per età, per morbosità cronica e, in tal modo, esprimono le disuguaglianze sociali al netto dell'effetto legato all'età e alle condizioni di salute, rilevate con l'indice di morbosità cro-

nica. Questo indice è stato costruito tenendo conto del peso che varie patologie croniche o invalidità hanno sul giudizio complessivo fornito dagli intervistati in merito al loro stato di salute (Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati").

Per l'analisi del trend temporale si considerano variazioni statisticamente significative quelle per le quali non c'è sovrapposizione tra gli intervalli di confidenza al 95% dei rischi relativi dei due anni posti a confronto.

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 deriva dall'effetto congiunto della distribuzione geografica dello svantaggio sociale e delle caratteristiche sfavorevoli del contesto che sono entrambi a svantaggio del Mezzogiorno (1). Dunque, l'esistenza di differenze geografiche nell'intensità delle disuguaglianze sociali di salute dimostra che è possibile un miglioramento nelle regioni più sfavorite, già solo per il fatto che altrove ciò è stato realizzato.

Descrizione dei risultati

Sia nel 2000 che nel 2005 le persone meno istruite di ambo i sessi tendono a riferire un peggiore stato di salute e risultano avere un rischio più che raddoppiato di essere disabili. Al diminuire del livello di istruzione, inoltre, aumenta la quota di persone obese, soprattutto per le donne, per le quali si registrano eccessi di rischio più che raddoppiati.

Le principali differenze di genere riguardano la mag-

¹Nelle tabelle riportate di seguito si segnalano con un asterisco i casi in cui non è possibile il confronto temporale.

giore propensione per l'abitudine al fumo da parte degli uomini meno istruiti, mentre per le donne non si osservano differenze in ragione della posizione sociale a livello nazionale. Tuttavia, se si guarda alle singole ripartizioni, si osserva che, per le donne, il Nord-Ovest e il Nord-Est si discostano dalla media italiana perché le disuguaglianze dell'abitudine al fumo sono della stessa direzione di quella osservata per gli uomini; nel Sud, invece, questo comportamento insalubre risultava direttamente associato con il livello di istruzione solo nel 2000. Nel 2005 il quadro cambia perché il Nord-Ovest e il Nord-Est - dove continua ad esserci un'associazione inversa tra il consumo di tabacco femminile e il livello di istruzione - non si differenziano in modo statisticamente significativo dalla media nazionale e, soprattutto, perché per le donne del Sud non si osservano più differenze in questo comportamento insalubre in ragione del livello di istruzione. Un altro mutamento nel 2005 rispetto al 2000 riguarda la diminuzione di intensità delle disuguaglianze sociali per l'obesità femminile nelle Isole.

Le variazioni temporali di maggiore rilievo si osservano per il ricorso alla mammografia con frequenza uguale o superiore a quella raccomandata dai programmi di screening (cioè due anni), per il quale le disuguaglianze sociali risultano più attenuate nel 2005 rispetto al 2000. Il miglioramento visibile a livello nazionale è confermato in tutte le singole ripartizioni geografiche, ad eccezione del Sud. Nonostante la

riduzione dell'intensità delle disuguaglianze sociali nel ricorso a questo screening nelle Isole, queste ultime rimangono, insieme al Sud, la ripartizione con il maggiore divario sociale a sfavore delle donne meno istruite (Tabelle 1 e 2). Campania, Puglia e Sicilia si differenziano in modo statisticamente significativo dalla media nazionale del 2005 per la maggiore intensità delle disuguaglianze sociali (dati non presentati). Nell'utilizzo dei servizi sanitari si registra un maggiore ricorso al ricovero ospedaliero e alle visite mediche generiche da parte delle persone meno istruite rispetto a coloro che possiedono un più elevato livello di istruzione e, per contro, un minore ricorso alle visite specialistiche e agli accertamenti diagnostici specialistici. Per le donne con basso titolo di studio si osserva, inoltre, un consumo di farmaci lievemente maggiore rispetto alle più istruite. Né a livello geografico, né in termini di confronto temporale si registrano differenze statisticamente significative nell'intensità delle disuguaglianze sociali nel ricorso ai servizi sanitari, a parte una riduzione dell'intensità delle disuguaglianze sociali nel ricorso agli accertamenti diagnostici per le donne del Nord-Est (Tabelle 3 e 4) e il venire meno delle disuguaglianze sociali nel ricorso al consultorio familiare nel Centro, dove nel 2000 le donne di bassa posizione sociale risultavano ricorrervi di meno rispetto a quelle socio-economicamente più favorite (risultati non presentati).

Tabella 1 - *Rischi relativi (controllati per età) per le condizioni di salute e alcuni fattori di rischio per livello di istruzione e ripartizione geografica di residenza. Maschi - Anni 2000, 2005*

Ripartizioni geografiche	Salute riferita come non buona		Disabilità		Abitudine al fumo		Obesità	
	2000	2005	2000	2005	2000	2005	2000	2005
Nord-Est	1,36 (1,28-1,45)	1,35 (1,27-1,43)	2,27 (1,53-3,37)	1,64 (1,12-2,39)	1,42 (1,34-1,51)	1,46 (1,36-1,56)	1,61 (1,37-1,90)	1,56 (1,36-1,79)
Nord-Ovest	1,37 (1,28-1,45)	1,25 (1,17-1,34)	1,97 (1,33-2,92)	2,32 (1,50-3,60)	1,25 (1,17-1,33)	1,35 (1,25-1,45)	1,48 (1,28-1,72)	1,58 (1,38-1,82)
Centro	1,3 (1,22-1,38)	1,32 (1,24-1,40)	1,66 (1,13-2,41)	2,26 (1,53-3,35)	1,32 (1,24-1,41)	1,25 (1,17-1,34)	1,66 (1,41-1,95)	1,58 (1,36-1,83)
Sud	1,33 (1,26-1,39)	1,37 (1,30-1,46)	2,64 (1,95-3,58)	2,05 (1,52-2,76)	1,32 (1,26-1,38)	1,42 (1,34-1,50)	1,67 (1,49-1,87)	1,42 (1,28-1,58)
Isole	1,43 (1,32-1,55)	1,32 (1,21-1,44)	3,19 (1,94-5,24)	2,51 (1,53-4,14)	1,4 (1,29-1,52)	1,49 (1,36-1,64)	1,42 (1,18-1,71)	1,51 (1,26-1,82)
Italia	1,35 (1,31-1,39)	1,33 (1,29-1,37)	2,33 (1,97-2,76)	2,12 (1,79-2,52)	1,33 (1,29-1,37)	1,39 (1,34-1,43)	1,59 (1,49-1,70)	1,53 (1,44-1,62)

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni del Servizio di Epidemiologia dell'ASLTO3 su dati Istat. Anno 2008.

Tabella 2 - Rischi relativi (controllati per età) per le condizioni di salute e alcuni fattori di rischio per livello di istruzione e ripartizione geografica di residenza. Femmine - Anni 2000, 2005

Ripartizioni geografiche	Salute riferita come non buona		Disabilità		Abitudine al fumo		Obesità		Mammografia	
	2000	2005	2000	2005	2000	2005	2000	2005	2000	2005
Nord-Est	1,25 (1,18-1,33)	1,25 (1,18-1,32)	2,2 (1,43-3,38)	2,67 (1,76-4,04)	1,27 (1,16-1,38)	1,17 (1,07-1,27)	2,69 (2,12-3,42)	2,17 (1,79-2,63)	0,72 (0,65-0,80)	0,88 (0,83-0,92)
Nord-Ovest	1,29 (1,22-1,37)	1,24 (1,17-1,32)	1,87 (1,24-2,82)	1,76 (1,17-2,66)	1,17 (1,08-1,27)	1,19 (1,09-1,30)	2,02 (1,64-2,48)	1,9 (1,59-2,27)	0,77 (0,70-0,85)	0,93 (0,89-0,97)
Centro	1,28 (1,21-1,35)	1,22 (1,15-1,28)	1,59 (1,12-2,26)	1,56 (1,10-2,21)	1,02 (0,94-1,10)	1,11 (1,02-1,21)	2,62 (2,08-3,31)	2,42 (2-2,93)	0,71 (0,64-0,79)	0,89 (0,84-0,94)
Sud	1,29 (1,24-1,35)	1,22 (1,16-1,28)	2,24 (1,71-2,93)	2,4 (1,77-3,24)	0,8 (0,74-0,87)	1,01 (0,93-1,10)	2,48 (2,15-2,87)	2,24 (1,95-2,57)	0,56 (0,49-0,65)	0,62 (0,56-0,67)
Isole	1,28 (1,20-1,37)	1,31 (1,22-1,41)	3,08 (1,92-4,95)	2,29 (1,48-3,55)	0,9 (0,81-1,01)	0,95 (0,84-1,08)	3,41 (2,52-4,62)	1,75 (1,40-2,18)	0,44 (0,36-0,53)	0,64 (0,55-0,75)
Italia	1,28 (1,25-1,31)	1,24 (1,21-1,27)	2,1 (1,79-2,47)	2,14 (1,81-2,52)	1,01 (0,97-1,05)	1,08 (1,04-1,12)	2,51 (2,29-2,75)	2,14 (1,98-2,32)	0,69 (0,65-0,72)	0,81 (0,79-0,84)

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni del Servizio di Epidemiologia dell'ASLTO3 su dati Istat. Anno 2008.

Tabella 3 - Rischi relativi (controllati per età e morbosità cronica) per il ricorso ai servizi sanitari per livello di istruzione e ripartizione geografica di residenza. Maschi - Anni 2000, 2005

Ripartizioni geografiche	Almeno un ricovero		Almeno una visita generica		Almeno una visita specialistica		Almeno un accertamento diagnostico		Consumo di farmaci*	
	2000	2005	2000	2005	2000	2005	2000	2005	2000	2005
Nord-Est	1,42 (1,09-1,85)	1,26 (0,95-1,67)	1,11 (0,98-1,25)	1,11 (1,00-1,24)	0,75 (0,67-0,84)	0,85 (0,76-0,94)	0,92 (0,81-1,05)	0,86 (0,76-0,97)	0,95 (0,88-1,02)	1,01 (0,97-1,06)
Nord-Ovest	1,23 (0,94-1,63)	1,28 (0,98-1,67)	1,07 (0,96-1,20)	1,06 (0,96-1,17)	0,91 (0,82-1,00)	0,81 (0,73-0,91)	0,84 (0,74-0,94)	0,96 (0,86-1,08)	0,95 (0,88-1,03)	1,02 (0,97-1,07)
Centro	1,48 (1,11-1,98)	1,08 (0,81-1,44)	1,28 (1,13-1,46)	1,16 (1,04-1,29)	0,8 (0,72-0,9)	0,99 (0,88-1,12)	0,95 (0,84-1,08)	1,01 (0,89-1,14)	0,98 (0,90-1,08)	0,99 (0,94-1,04)
Sud	1,39 (1,14-1,69)	1,23 (0,97-1,56)	1,23 (1,11-1,37)	1,13 (1,03-1,24)	0,85 (0,77-0,94)	0,85 (0,77-0,95)	0,92 (0,82-1,02)	0,93 (0,84-1,04)	1,01 (0,94-1,10)	1 (0,95-1,06)
Isole	1,15 (0,84-1,57)	1,16 (0,82-1,63)	1,13 (0,96-1,33)	1,2 (1,03-1,39)	0,91 (0,78-1,06)	0,76 (0,66-0,88)	0,96 (0,80-1,15)	0,83 (0,69-1,00)	1,01 (0,90-1,14)	0,91 (0,84-0,98)
Italia	1,35 (1,20-1,51)	1,22 (1,08-1,39)	1,17 (1,11-1,23)	1,13 (1,07-1,18)	0,84 (0,80-0,89)	0,86 (0,81-0,90)	0,91 (0,86-0,96)	0,92 (0,87-0,98)	0,98 (0,94-1,01)	0,99 (0,97-1,02)

*Casi in cui non è possibile il confronto temporale. Per il 2000 si considera il consumo di almeno un farmaco con una frequenza di consumo giornaliera o di qualche volta a settimana; per il 2005 si esamina l'assunzione quotidiana di farmaci.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni del Servizio di Epidemiologia dell'ASLTO3 su dati Istat. Anno 2008.

Tabella 4 - Rischi relativi (controllati per età e morbosità cronica) per il ricorso ai servizi sanitari per livello di istruzione e ripartizione geografica di residenza. Femmine - Anni 2000, 2005

Ripartizioni geografiche	Almeno un ricovero		Almeno una visita generica		Almeno una visita specialistica		Almeno un accertamento diagnostico		Consumo di farmaci*	
	2000	2005	2000	2005	2000	2005	2000	2005	2000	2005
Nord-Est	1,04 (0,82-1,31)	1,04 (0,81-1,34)	0,97 (0,87-1,09)	1,05 (0,96-1,16)	0,77 (0,7-0,84)	0,83 (0,76-0,91)	0,71 (0,64-0,79)	0,93 (0,83-1,03)	1,05 (0,98-1,13)	1,12 (1,06-1,19)
Nord-Ovest	1,03 (0,82-1,29)	1,11 (0,86-1,43)	0,97 (0,87-1,07)	1,04 (0,95-1,14)	0,78 (0,71-0,84)	0,84 (0,77-0,92)	0,89 (0,80-0,98)	0,92 (0,83-1,03)	1,01 (0,94-1,08)	1,13 (1,06-1,20)
Centro	0,99 (0,76-1,28)	1,21 (0,91-1,60)	1,02 (0,91-1,14)	1,08 (0,98-1,19)	0,9 (0,82-0,99)	0,91 (0,83-1,01)	0,86 (0,77-0,96)	0,91 (0,81-1,01)	1,06 (0,98-1,14)	1,1 (1,04-1,16)
Sud	1,27 (1,05-1,53)	1,38 (1,11-1,71)	1,22 (1,11-1,34)	1,27 (1,16-1,38)	0,83 (0,76-0,9)	0,89 (0,82-0,97)	0,86 (0,78-0,94)	0,89 (0,81-0,98)	1,14 (1,06-1,22)	1,12 (1,06-1,19)
Isole	0,89 (0,68-1,17)	1,14 (0,81-1,62)	1,09 (0,95-1,25)	1,08 (0,96-1,22)	0,85 (0,76-0,96)	0,88 (0,77-1,00)	0,8 (0,70-0,92)	0,96 (0,82-1,12)	1,03 (0,94-1,12)	1,06 (0,98-1,14)
Italia	1,08 (0,97-1,20)	1,19 (1,06-1,34)	1,06 (1,01-1,11)	1,11 (1,07-1,16)	0,82 (0,79-0,85)	0,87 (0,83-0,90)	0,83 (0,79-0,87)	0,91 (0,87-0,96)	1,06 (1,03-1,10)	1,11 (1,08-1,14)

*Casi in cui non è possibile il confronto temporale. Per il 2000 si considera il consumo di almeno un farmaco con una frequenza di consumo giornaliera o di qualche volta a settimana; per il 2005 si esamina l'assunzione quotidiana di farmaci.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni del Servizio di Epidemiologia dell'ASLTO3 su dati Istat. Anno 2008.

Raccomandazioni di Osservasalute

Le disuguaglianze sociali si confermano come il principale determinante non biologico della morbosità. Luci e ombre emergono dai risultati, soprattutto tra le donne: il successo degli screening e l'insuccesso del fumo. Infatti, da un lato la sensibile diminuzione dell'intensità delle disuguaglianze sociali nell'accesso alla mammografia in assenza di sintomi testimonia l'importanza che gli interventi di prevenzione attiva hanno nel ridurre le disuguaglianze di accesso a prestazioni efficaci e sicure; unico neo è il fatto che questo risultato tarda a manifestarsi nel Mezzogiorno dove è ben noto il ritardo nello sviluppo dei programmi di screening di popolazione. Dall'altro lato, sempre tra le donne, sta progredendo in modo inesorabile la transizione epidemica dell'abitudine al fumo verso le donne di bassa posizione sociale: il fatto è evidente nel Centro-Nord, ma anche nel Mezzogiorno ormai la tradizionale protezione delle fasce sociali più povere verso questa abitudine è scomparsa; è evidente che in questo caso i programmi di prevenzione non sono stati in grado di contrastare adeguatamente questa deriva che rischia di allargare enormemente nei prossimi decenni le disuguaglianze sociali nell'occorrenza delle malattie correlate al fumo tra le donne. Alla luce di questi due esempi, occorre riesaminare i meccanismi con cui queste disuguaglianze sociali influenzano la salute per identificare gli interventi di contrasto o di moderazione che possono essere attivati attraverso la programmazione di politiche e interventi sia nel contesto della strategia contro i determinanti distali delle disuguaglianze "Salute in Tutte le politiche" (2), sia nell'ambito delle misure di prevenzione sui fattori di rischio prossimali, che di fatto sono oggetto di atten-

zione dei programmi come "Guadagnare salute" (3). Attraverso questi programmi nel nostro Paese incomincia a prendere forma una strategia di contrasto delle disuguaglianze e i dati dell'indagine Istat sulla salute possono fornire un punto di riferimento di base per una valutazione di impatto.

Per quanto riguarda i livelli di assistenza, questa indagine mostra una sostanziale equità nell'utilizzo dei principali livelli di assistenza (LEA ricoveri, visite mediche, farmaci), per i quali le persone di posizione sociale più svantaggiata mostrano un più alto utilizzo delle prestazioni a parità di età e morbosità cronica; unica eccezione è l'assistenza specialistica dove le persone di bassa posizione sociale mostrano sostanziali svantaggi nell'accesso alle prestazioni. Queste differenze sono di entità paragonabile nelle varie ripartizioni geografiche, mostrando che le variazioni regionali nei modelli di organizzazione e funzionamento dell'assistenza non hanno modificato sostanzialmente questo profilo nazionale. Dunque, questi risultati offrono un'opportunità inedita per studiare i determinanti del fabbisogno di assistenza allo scopo di valutare l'equità nei LEA e orientare le strategie di allocazione delle risorse in modo proporzionale al peso dei determinanti demografici sociali ed epidemiologici del fabbisogno di assistenza.

Riferimenti bibliografici

(1) 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.

(2) Ministero della Salute. Salute in Tutte le Politiche. Dichiarazione congiunta EU-WHO del 18 Dicembre 2007. Roma 2007b.

(3) Ministero della Salute. Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari. DPCM del 4 maggio 2007, Roma 2007a.

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%
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)

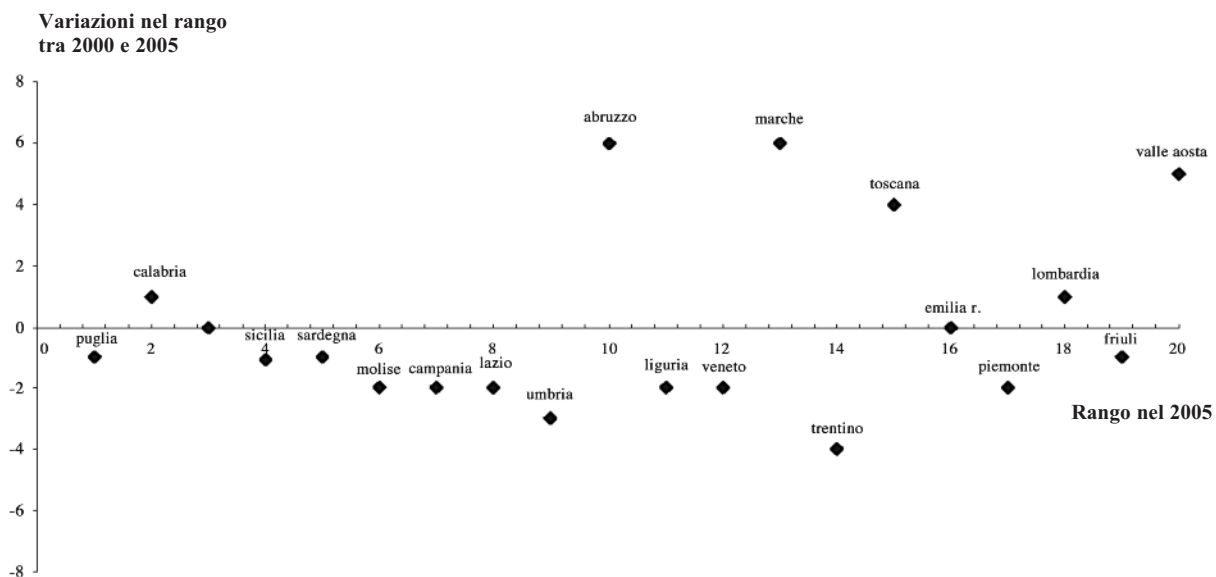
§ Aggiustati per età, dimensione demografica e zona altimetrica del comune di residenza.

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

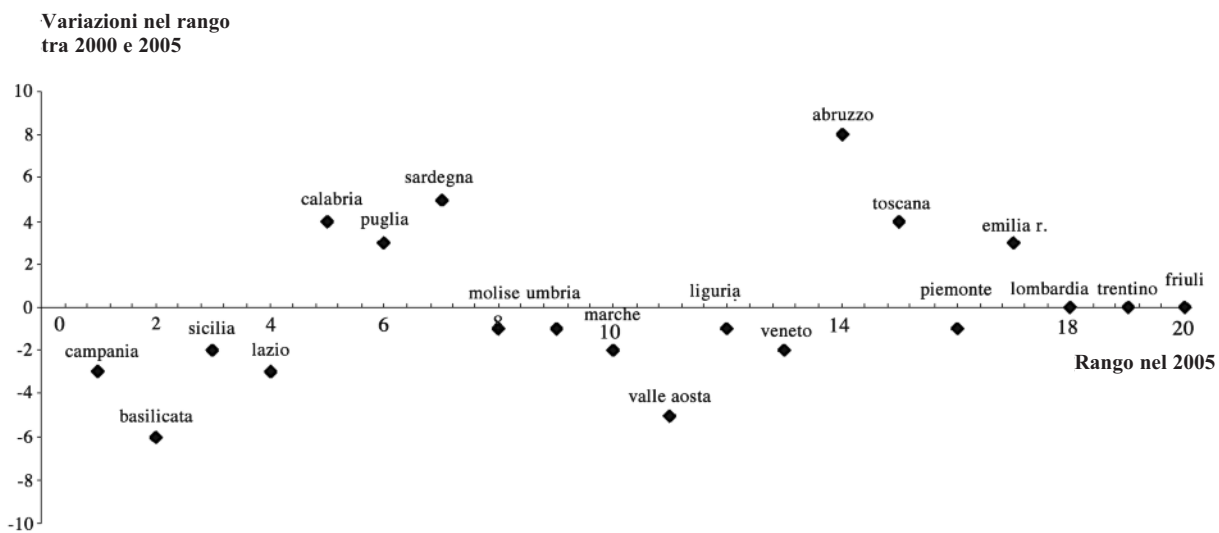
Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat. Indagine Multiscopo "Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 2000 e 2005.

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%	Trend	
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)	1,15	(1,04; 1,27)	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)	1,58	(1,44; 1,72)	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)	0,96	(0,83; 1,10)	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)	1,06	(0,97; 1,16)	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)	1,21	(1,11; 1,32)	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)	1,14	(1,05; 1,23)	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)	1,15	(1,08; 1,22)	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)	1,17	(1,08; 1,25)	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)	1,06	(0,96; 1,17)	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)	1,24	(1,14; 1,34)	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)	1,29	(1,15; 1,44)	1,20	(1,03; 1,40)

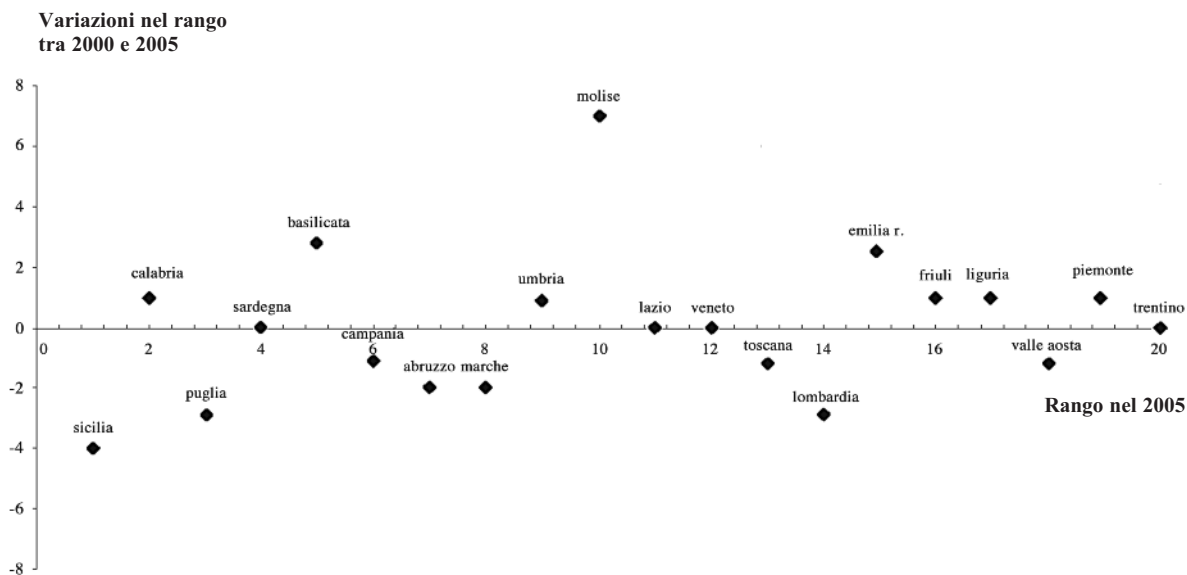
§Aggiustati per età, dimensione demografica e zona altimetrica del comune di residenza.

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

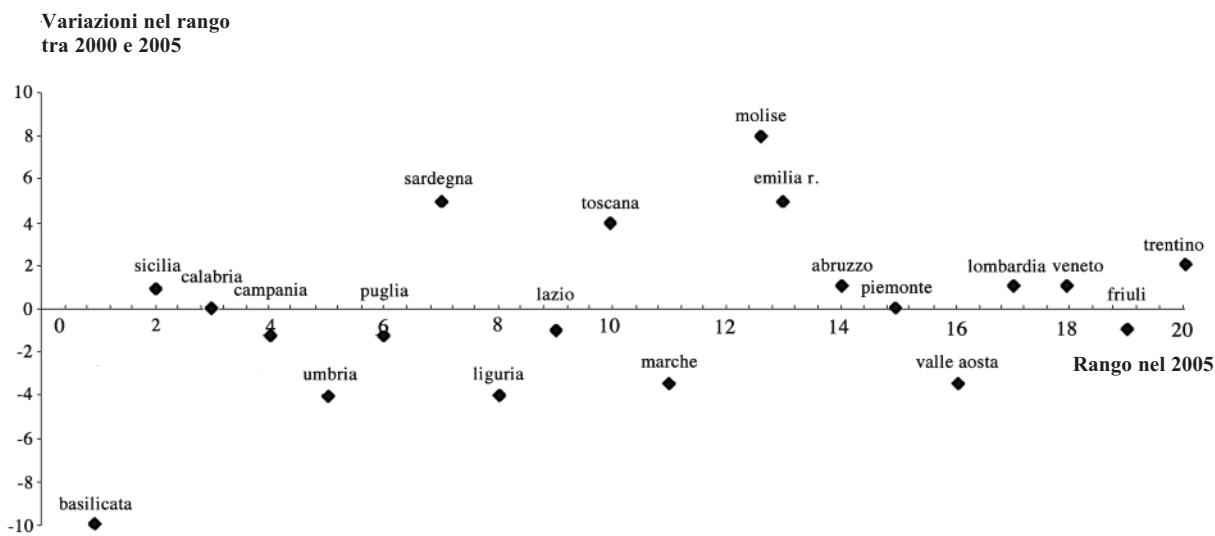
Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat. Indagine Multiscopo "Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 2000 e 2005.

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)	1,00	1,00
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)	1,05 (0,90; 1,23)	1,01 (0,88; 1,15)	1,00	1,00
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)	1,11 (0,95; 1,30)	0,98 (0,85; 1,12)	1,00	1,00
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)	1,34 (1,14; 1,56)	1,34 (1,18; 1,53)	1,00	1,00
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) *	1,00	1,00
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)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
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)	1,22 (1,06; 1,41)	1,07 (0,91; 1,24)	1,00	1,00
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 (0,67; 1,10)	0,98 (0,85; 1,13)	1,00	1,00
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)	0,86 (0,70; 1,07)	0,76 (0,67; 0,86)	1,00	1,00
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)	0,88 (0,65; 1,19)	0,84 (0,71; 1,00)	1,00	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)	1,00 (0,86; 1,16)	1,04 (0,92; 1,19)		
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.