

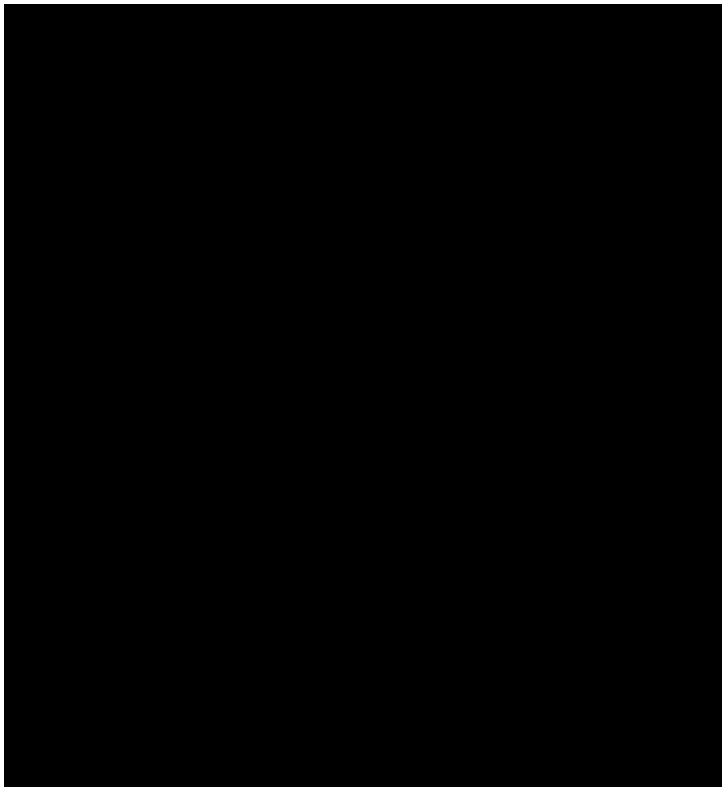
# LE DISEGUAGLIANZE NELLA SALUTE

## Sintesi

- E' ormai ampiamente documentato l'esistenza di diseguaglianze socioeconomiche in tutti i Paesi sviluppati ed il loro effetto sulla condizione di salute.
- Le diseguaglianze si osservano ad ogni livello della scala sociale e riguardano tutte le dimensioni della struttura demografica e sociale; si manifestano nella mortalità, nella morbosità, nella disabilità e nella diversa esposizione a fattori di rischio.
- Negli ultimi anni in Italia le diseguaglianze tendono a mantenersi costanti o ad aumentare tra anziani, neonati ed adulti e a ridursi tra bambini e ragazzi.

Molti studi nazionali ed internazionali hanno dimostrato l'esistenza di diseguaglianze sociali ed economiche nelle condizioni di salute, per cui le persone con basso livello socio-economico si ammalano di più e muoiono prima. Questo fenomeno non si osserva solo nelle fasce più svantaggiate della popolazione bensì ad ogni livello della scala sociale, interessando tutte le dimensioni della struttura demografica e sociale (istruzione, tipo di abitazione, famiglia, lavoro); riguarda quasi tutte le cause di morte, non si manifesta solo nella mortalità prematura delle classi sociali svantaggiate, ma anche nella morbosità, nella disabilità e, più a monte, nella diversa esposizione a fattori di rischio e di protezione. Negli ultimi anni in Italia le diseguaglianze tendono a ridursi solo tra i bambini ed i ragazzi, a conservarsi o ad aumentare tra neonati, adulti ed anziani (Costa G. et al 1999). Un'analisi, condotta in undici Paesi dell'Europa Occidentale nel periodo 1980-89, sull'andamento della mortalità in rapporto alla classe occupazionale per alcune patologie (malattia ischemica cardiaca, tumori, malattie cerebro-vascolari, malattie gastro-intestinali e cause esterne) ha evidenziato l'esistenza di una forte correlazione con le basse classi occupazionali (lavori manuali); l'entità della differenza di mortalità tra lavoratori manuali e non manuali per singola causa di morte considerata, è diversa nei vari Paesi considerati (Kunst AE et al. 1998). Purtroppo non disponiamo di studi relativi alla realtà modenese, ma diverse esperienze condotte a livello nazionale forniscono precise indicazioni sull'entità del fenomeno anche per la nostra realtà. Nel Lazio il tema delle diseguaglianze è stato analizzato in relazione all'efficacia dei trattamenti prestati e i risultati sono: una minore probabilità di ricevere un trapianto renale nelle persone con basso livello di istruzione; un marcato aumento della mortalità tra le persone malate di AIDS con basso livello socioeconomico negli anni 1996-97 in seguito all'introduzione di nuove terapie antiretrovirali; una maggiore mortalità dei pazienti di basso livello socioeconomico a 30 giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico rispetto a quelli di elevato livello socio-economico (Rapiti E. et al. 1999). Dagli Studi Longitudinali Torinese e Toscana (condotto a Livorno e Firenze), emergono evidenti diseguaglianze di mortalità, la stima della loro entità permetterebbe di collocare Firenze, Livorno e Torino in posizione intermedia tra quella dei paesi con diseguaglianze maggiori (es. Francia) e quella dei paesi con diseguaglianze inferiori (es. Svezia e Giappone) (Cardano M. et al. 1999).

Distribuzione dell'indice di deprivazione nei comuni italiani (in rosso la provincia di Modena). Fonte: Cadum E et al. 1999. Riprodotta con il consenso dell'autore.

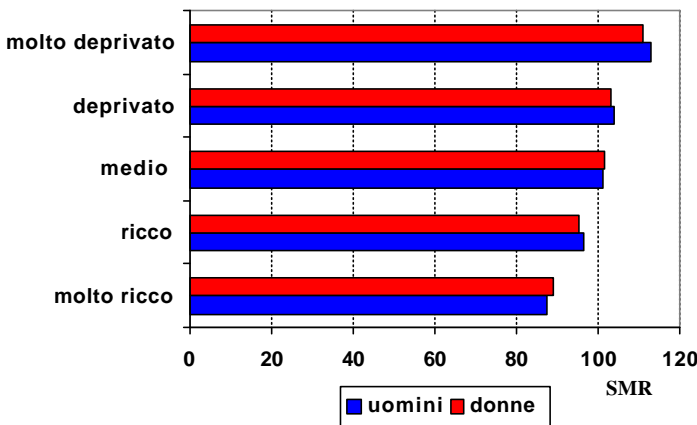


**Indice di deprivazione:** si tratta di un indicatore geografico che ha lo scopo di rilevare la povertà intesa nelle sue diverse dimensioni, su base aggregata. In altri termini, la povertà viene considerata come una condizione non solo di disagio economico-materiale, ma anche di svantaggio relazionale, culturale e di classe. Nel caso specifico riportato nella mappa a destra, l'indice di deprivazione è stato costruito attraverso una selezione delle variabili disponibili a livello comunale e rilevate con l'ultimo censimento. In particolare sono state utilizzate:

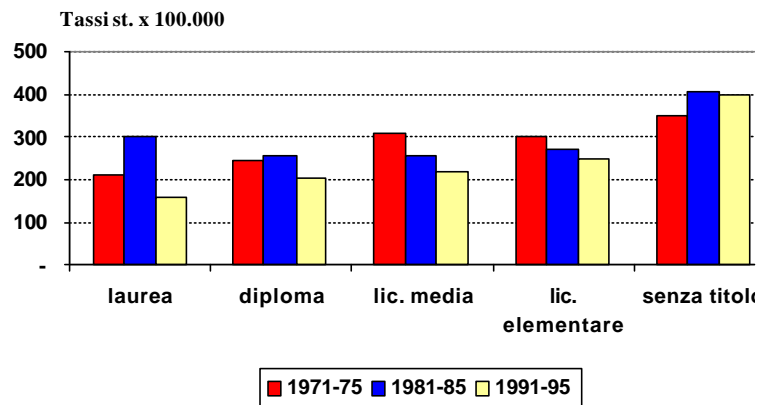
- la proporzione di popolazione istruita in possesso di licenza elementare;
- la proporzione di abitazioni in affitto;
- la proporzione di abitazioni occupate senza bagno interno all'abitazione;
- la proporzione di popolazione attiva disoccupata o in cerca di prima occupazione;
- proporzione di famiglie costituite da un solo genitore con figli.

La costruzione di questi indici di deprivazione rappresenta uno strumento importante per lo studio delle disuguaglianze di salute, ovvero per valutare l'andamento della mortalità e della morbosità in rapporto alle condizioni socio-economiche e relazionali.

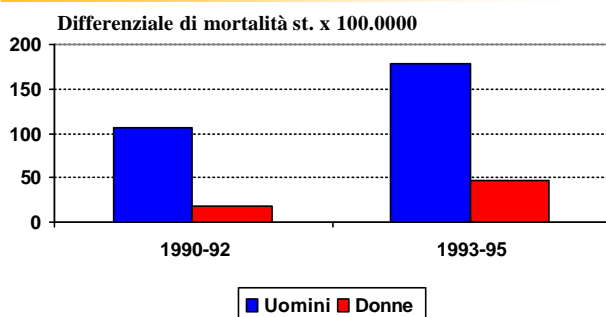
Mortalità in Italia per tutte le cause (SMR) per indice di deprivazione. Uomini e donne età 0-64. Anni 1990-92. Fonte Cadum E 1999.



Mortalità a Torino per istruzione. Tassi standardizzati per età e area di nascita (x 100.000). Donne in età 30-59 anni. Fonte Cardano M et al. 1999



Differenziale di mortalità standardizzata (per 100.000) per sesso tra la classe sociale più alta e quella più bassa a Roma. Fonte Michelozzi 1999 in Relazione sullo stato sanitario del Paese 1999.



Mortalità a Torino per istruzione. Tassi standardizzati per età e area di nascita(x 100.000). Uomini in età 30-59 anni. Fonte Cardano M et al. 1999

