



Cosa sappiamo della salute disuguale in Italia?



Disuguaglianze di salute

Ridurre le disuguaglianze con azioni di contrasto sui determinanti sociali

www.disuguaglianzedisalute.it

Questo fascicolo informativo è stato curato da **Giuseppe Costa** (Università di Torino, DORS e Servizio di Epidemiologia ASL TO3 del Piemonte, e INMP Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà) con i contributi degli esperti INMP, ISS, AgeNas e ISTAT attivi nella Joint Action Europea sulle disuguaglianze di salute.

Elaborazione grafica: Alessandro Rizzo, Torino

Indice

Cosa sappiamo della salute
disuguale in Italia? _____ **4**

Quali sono le principali
ricadute per la
programmazione delle
politiche di salute? _____ **13**

Come fare dell'Italia il
paese che tutela meglio la
salute uguale per tutti? _____ **16**

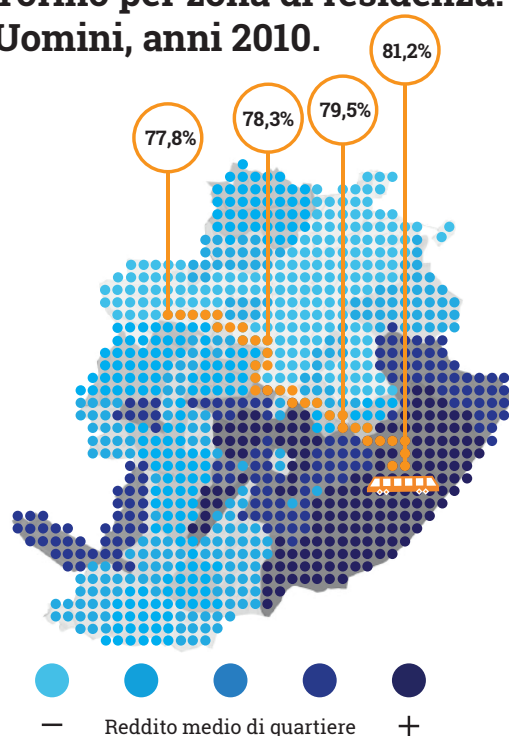
Cosa sappiamo della salute disuguale in Italia?

In Italia chi è più povero di capacità e risorse è più esposto a fattori di rischio per la salute, si ammala più spesso, in modo più grave e muore prima.

Negli anni 2010 un uomo con la laurea può contare di vivere 5,2 anni in più di chi ha conseguito al più la licenza elementare. Per le donne il vantaggio nell'aspettativa di vita alla nascita si dimezza a 2,7 anni¹.

Queste differenze nell'aspettativa di vita si riproducono anche a livello locale nelle nostre città. A Torino chi sale sul tram che attraversa la città dalla collina alto-borghese all'estremo est per andare nella barriera operaia di Vallette all'estremo nordovest vede salire dei passeggeri che perdono mezzo anno di speranza di vita ogni chilometro che percorre: più di quattro anni di aspettativa di vita separano i benestanti della collina dagli abitanti degli isolati più poveri del quartiere Vallette² (Figura 1).

Figura 1. Speranza di vita alla nascita a Torino per zona di residenza. Uomini, anni 2010.



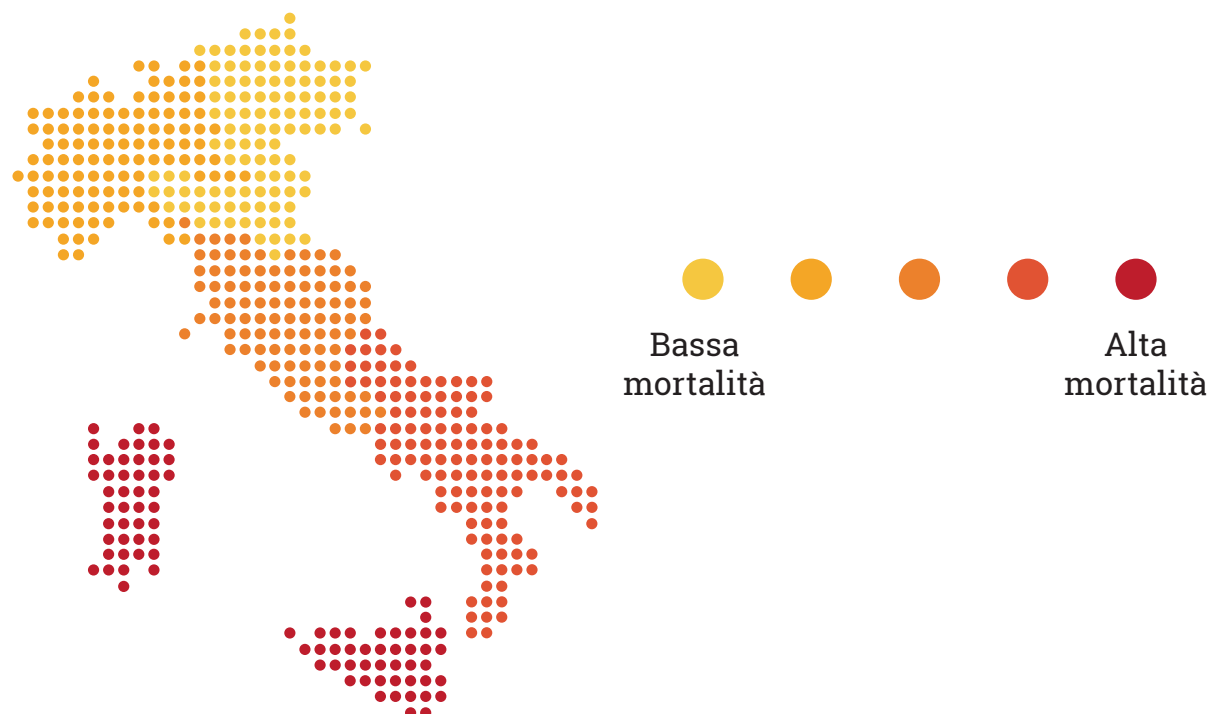
Queste disuguaglianze sociali di salute sono anche all'origine del **divario geografico** che separa nella salute l'Italia del Centro Nord da quella del Mezzogiorno. **Nelle regioni del Sud e delle Isole si muore di più perché sono più numerose le persone di bassa posizione sociale** che sono a maggior rischio. Ma anche **a parità di titolo di studio, vivere in alcune regioni del Sud fa male alla mortalità**

prematura: infatti nelle regioni del Sud e delle Isole un laureato muore prima di un laureato del Centro Nord, così come aver adempiuto solo alla scuola dell'obbligo in queste regioni espone ad un rischio di morte maggiore che al Centro Nord³ (Figura 2).

Figura 2.

Tassi di mortalità, a parità di età, per 10.000 abitanti di bassa istruzione per ripartizione geografica.

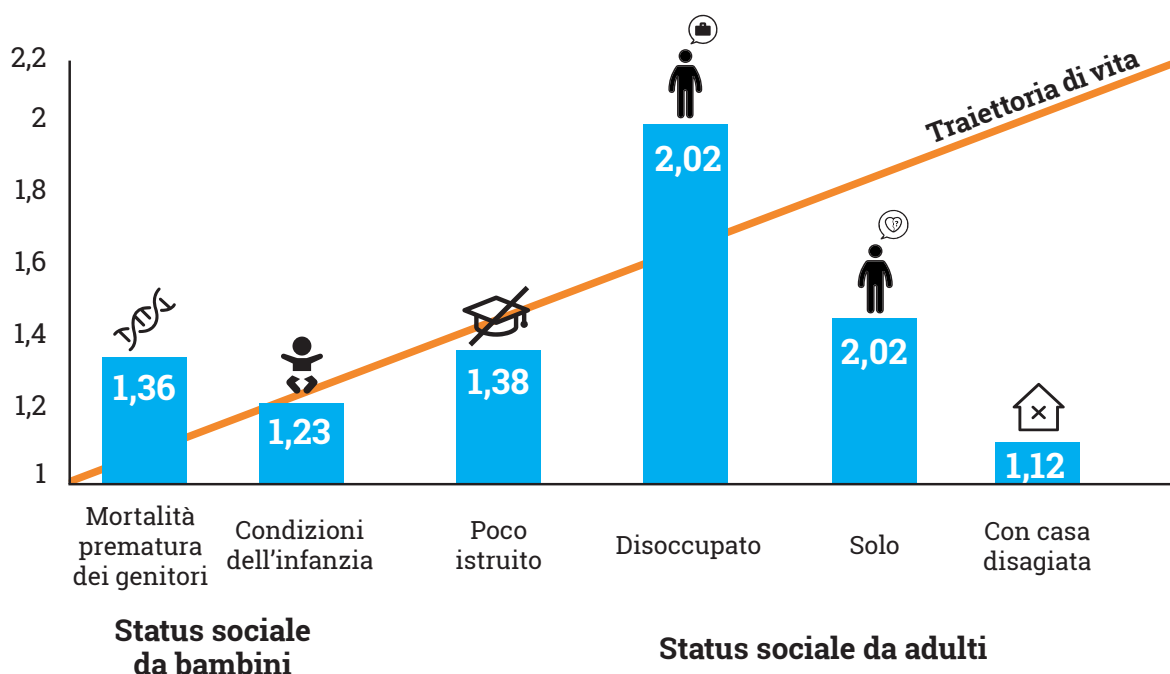
Uomini e donne, 25-89 anni. Italia, 2012-2014.



Il titolo di studio è l'indicatore più facilmente misurabile di stato sociale a livello nazionale. Ma in studi longitudinali dove sia possibile fotografare le "carriere di vita" delle persone, risulta che è lo status sociale complessivo dell'adulto che influenza maggiormente la mortalità prematura. Primo fra tutti la disponibilità di un lavoro, poi la disponibi-

lità di una rete familiare, poi le credenziali educative, e infine, le risorse materiali come la casa. Ma di importanza non trascurabile sono anche le circostanze materiali e relazionali dei primi anni dell'infanzia che influiscono sulle chance nella vita adulta, sia sul piano sociale, sia su quello di salute⁴ (Figura 3).

Figura 3.
Traiettorie di salute nel ciclo di vita: svantaggio in status socioeconomico in infanzia e in età adulta e loro effetti di eccesso sulla mortalità prematura prima dei 70 anni. Uomini e donne. Torino, 1971-2007.



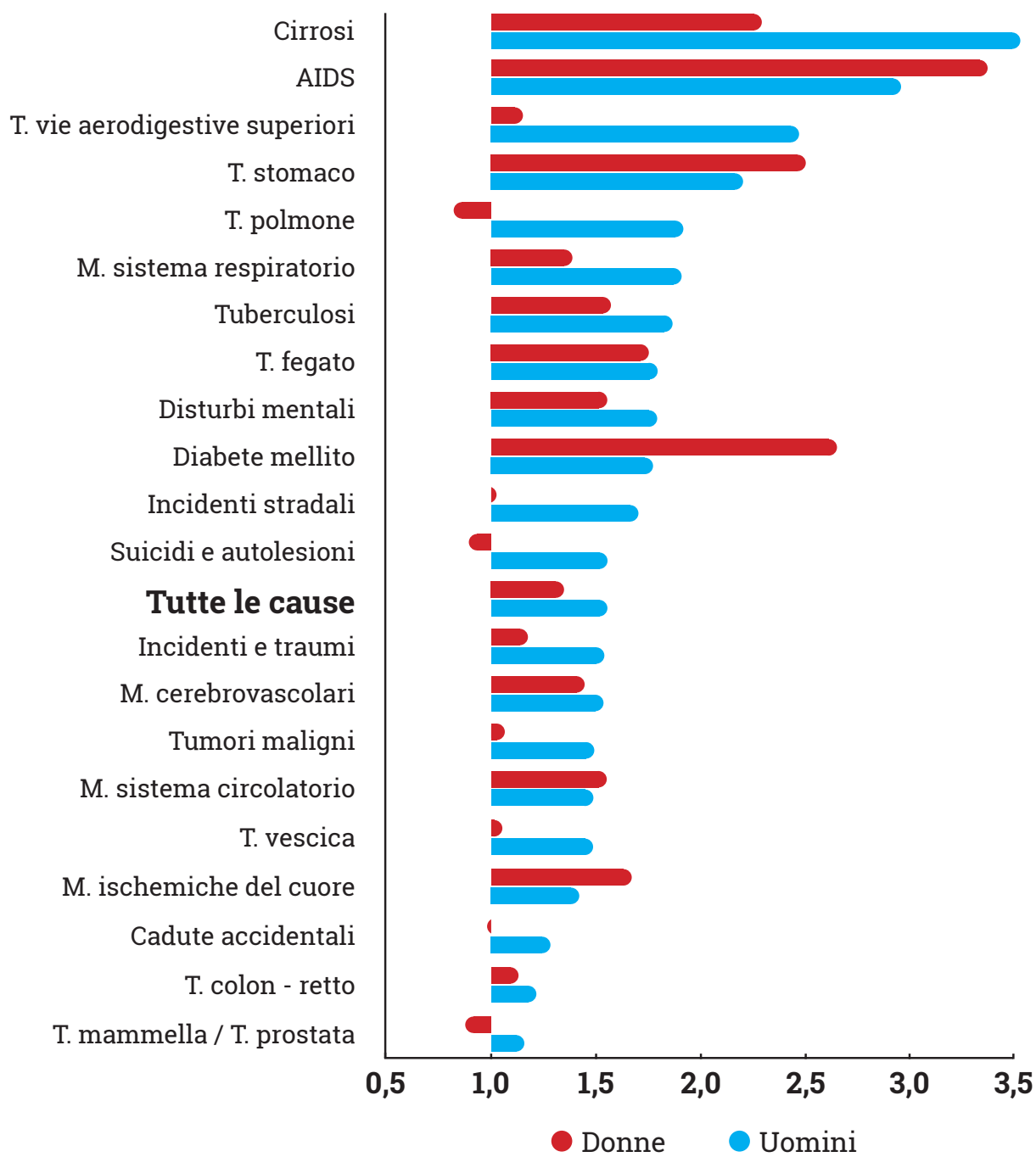
È forte la preoccupazione che le disuguaglianze di salute **possano aggravarsi a causa della recessione** (soprattutto per effetto della maggiore incertezza nel reddito e per l'aumento della disoccupazione), e che non possano essere adeguatamente contrastate dallo stato sociale e dalla sanità per via delle conseguenti misure di austerità nella spesa pubblica. È **troppo presto** per riscontrare un eventuale effetto sulla morbosità e sulla mortalità.

Da un lato perché nei dieci anni dall'esordio della crisi hanno fatto ingresso nuove generazioni che sono più sane perché segnate da condizioni di vita più favorevoli delle precedenti; questo spiega il fatto che buona parte degli indicatori di salute fisica abbiano continuato a migliorare in Italia nonostante la crisi e la frequenza di persone in salute "meno che buona" abbia continuato a diminuire, così come le limitazioni funzionali e la mortalità. Del resto, è possibile che la crisi abbia anche innescato processi di mobilità sociale discendente, che portano persone più ricche di risorse e di salute a perdere lo status sociale senza però smarrire il relativo capitale di salute, contribuendo a migliorare la media della salute della classe più bassa dove approdano. Questo è probabilmente il caso della mortalità tra i disoccupati torinesi, che prima della crisi eccedeva di quasi tre volte quella degli occupati, e dopo la crisi è in eccesso di sole due volte⁵. Resta il fatto che, invece, **molti indicatori di salute mentale segnalano in Italia un netto peggioramento soprattutto tra i giovani e gli adulti maschi che sono il gruppo più colpito dalla disoccupazione e dall'incer-**

tezza lavorativa. Ad esempio, un disoccupato presenta disturbi mentali due volte e mezza più spesso di un occupato sia prima sia dopo la crisi; tuttavia, con la crisi, la platea dei disoccupati è aumentata e il numero di casi di disturbi mentali attribuibili alla disoccupazione è raddoppiato⁶.

La graduatoria delle malattie più disuguali, che sono cioè causa di eccessi di morte tra le persone di bassa istruzione, evidenzia quanto siano importanti le malattie correlate ai **comportamenti insalubri** più frequenti, alle peggiori **condizioni lavorative**, alla maggiore esposizione allo **stress cronico**, a più rischi **ambientali**, minore **capacità di usare le cure** che servono e a maggiore vulnerabilità alle conseguenze sociali dell'esperienza di malattia. Ognuno di questi eccessi rivela indirettamente il meccanismo con cui lo svantaggio sociale minaccia la salute⁷ (Figura 4).

Figura 4.
Rischi di morte delle persone meno istruite rispetto ai laureati
(rischio uguale a 1), per cause specifiche.
Uomini e donne, 25-89 anni. Italia, 2012-2014.



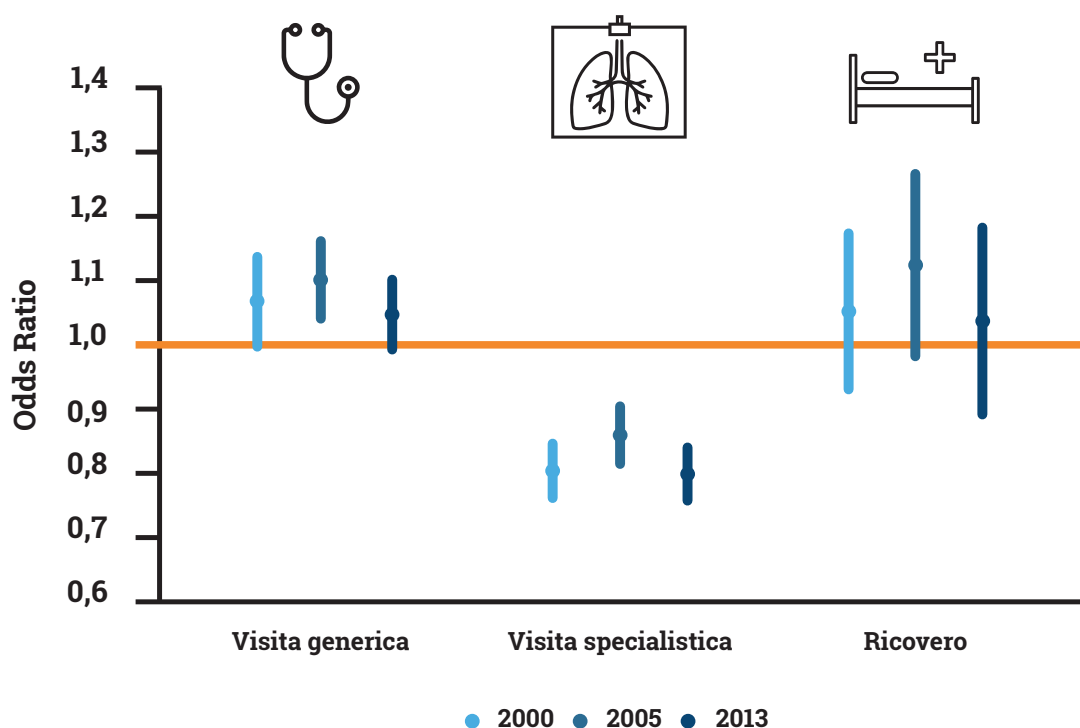
A conferma dell'importanza di questi meccanismi vengono i dati dei sistemi di sorveglianza sulle esposizioni ai fattori di rischio: a parità di età, su cento persone laureate solo 14,3 fumano, mentre su cento persone con la scuola dell'obbligo ben 28,7 consumano tabacco. Analogamente solo il 3% dei laureati sono obesi contro il 9,4% dei meno istruiti, e il 46,3% dei laureati sono sedentari contro il 67,4% di chi è in possesso della scuola dell'obbligo⁸. Così pure su cento lavoratori non manuali solo 28 sono esposti a stress cronico mentre tra i lavoratori manuali sono 42⁹. Idem con i rischi ambientali (le persone più deprivate hanno una probabilità doppia di risiedere vicino ad una discarica)¹⁰. La crisi non ha aggravato queste differenze, anzi, probabilmente anche grazie alla minore sostenibilità della spesa per consumi voluttuari, sono diminuiti i forti fumatori uomini (-3,9%), l'abuso di alcol (-19,3% tra gli uomini e -19,5% tra le donne) e il consumo eccessivo di carni, e specialmente di quelle rosse, (-2,4% e -8,6%), in tutte le categorie sociali. Purtroppo la diminuzione nell'esposizione a questi fattori di rischio, tranne che per il consumo alcolico, è stata più forte nelle categorie più avvantaggiate, con un conseguente aumento delle relative disuguaglianze¹¹.

Queste **disuguaglianze sociali di salute sono dello stesso segno di quelle osservate negli altri paesi ad alto reddito, ma fortunatamente meno pronunciate**. Nel panorama europeo ad esempio i paesi con disuguaglianze più spiccate come la Lituania presentano fino a dieci anni di vantaggio nella speranza di vita libera da disabilità tra più e meno istru-

iti se maschi e più di sette anni se femmine; mentre l'Italia presenta la forbice più stretta con soli quattro anni di differenza tra gli estremi negli uomini e due nelle donne. In posizione intermedia, ma peggiore rispetto all'Italia si collocano paesi del centro Europa come Francia (6,8 anni negli uomini e 4,4 anni nelle donne) e Austria (7,8 anni e 5,3 anni rispettivamente negli uomini e nelle donne). **Perché?** Probabilmente **grazie alla protezione uniforme garantita da alcuni fattori peculiari italiani come la sanità pubblica e la dieta**¹². In effetti sul versante preventivo la dieta mediterranea in Italia è ancora patrimonio comune e distribuito in modo uniforme tra gli strati sociali; e sul versante sanitario le cure sono offerte gratuitamente a tutti tramite il Servizio Sanitario Nazionale. Si tratta di due fattori di resilienza contro le disuguaglianze di salute che è importante mantenere e rafforzare.

La preoccupazione che **le misure di austerità nella spesa pubblica** compresa la spesa sanitaria avessero ricadute negative sulla tutela della salute e sulle disuguaglianze di salute **sembra eccessiva**. Il **ricorso al medico generale, al ricovero, ai farmaci prescrittibili** è rimasto invariato o è aumentato, soprattutto a vantaggio delle persone di bassa posizione sociale che hanno più bisogni di salute. Solo il **ricorso allo specialista** e agli esami è più frequente tra le persone di più alta posizione sociale, nonostante siano più sane, questo perché una parte significativa di visite ed esami si effettua a pagamento¹³ (Figura 5).

Figura 5.
Probabilità di utilizzo di prestazioni sanitarie per le donne di bassa istruzione, a paragone con le più istruite (linea arancione pari a 1), a parità di età, cronicità e altri indicatori di posizione socio-economica.
Italia, 2000-2005-2013.



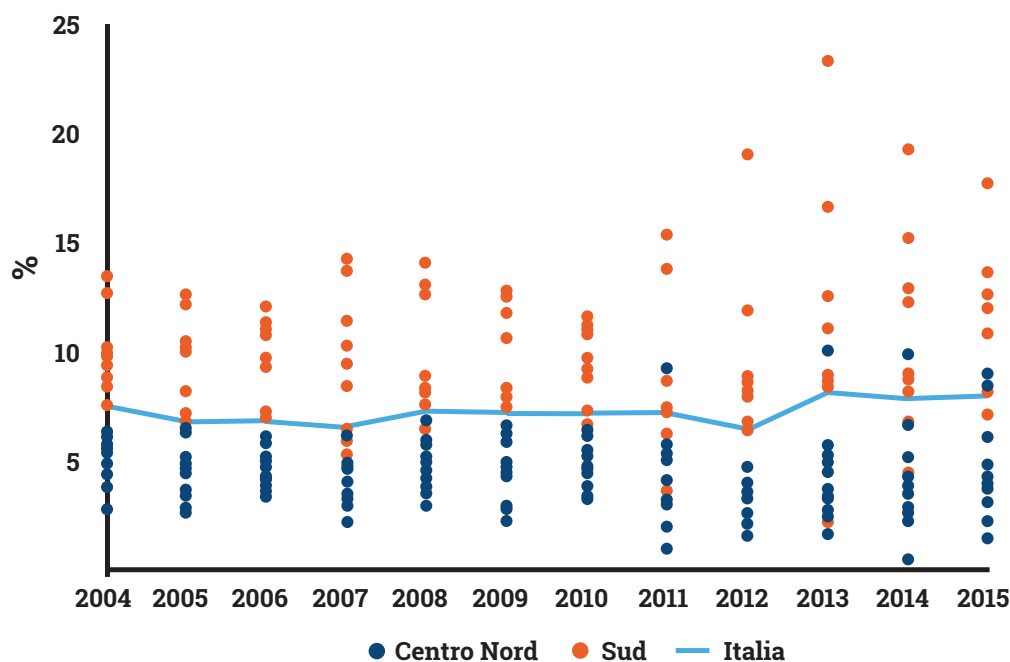
Tuttavia, quando nel 2011 è stato introdotto in tutta Italia il superticket¹⁴ su visite ed esami, il ricorso a questi livelli di assistenza è risultato invariato o addirittura aumentato tra gli assistiti più bisognosi, cioè esenti per reddito o per malattia. Questo significa che il **sistema di esenzione** è in grado di proteggere

dall'austerità il diritto di accedere alle visite ed esami per le persone più bisognose. Tuttavia, poiché i più abbienti possono pagarsi di tasca propria le cure non prescrittibili o per le quali la **lista d'attesa** sembri troppo lunga, succede che ci siano notevoli differenze sociali nei tempi di attesa dell'accesso alle cure.

A valle di tutti questi ostacoli il rischio è che le persone, soprattutto quelle meno abbienti, **rinuncino alle cure a causa della spesa** per gli interventi non prescrivibili o per il ticket su quelli prescrivibili, oltre che per le liste di attesa. In effetti sette italiani su cento hanno dovuto rinunciare ad una prestazione sanitaria, in buona parte a causa della spesa da sostenere; nonostante la crisi, tale quota non è cambiata negli ultimi dieci anni, un livello non troppo diverso dalla media dei

paesi dell'Unione Europea, anche se superiore rispetto ai paesi con un sistema sanitario analogo a quello italiano, come Regno Unito (4%) e Spagna (5%). La media italiana nasconde però il fatto che la rinuncia alle prestazioni sanitarie è diminuita negli ultimi anni al livello dei nostri pari europei nelle regioni italiane del Centro Nord ed è nettamente aumentata in quelle del Sud, un aumento che dal 2013 interessa maggiormente i più poveri¹⁵ (Figura 6).

Figura 6.
Percentuale di rinuncia alle cure tra le regioni per ripartizione geografica.
Italia, 2004-2015.



Cosa sappiamo della salute disuguale in Italia?

Si tratta della rinuncia ad una prestazione sanitaria ritenuta necessaria in persone che hanno fatto spesso ricorso anche a numerose altre prestazioni di assistenza; essa non può quindi essere interpretata come rinuncia alle prestazioni tout court. Le prestazioni a cui si rinuncia a causa della spesa riguardano con maggiore frequenza le cure dentali e altre forme di assistenza sanitaria che non sono prescrivibili dal servizio sanitario nazionale.

Le conclusioni sono che nonostante le misure di austerità **l'uso dei livelli di assistenza in Italia è a vantaggio di tutti ma soprattutto di chi ha più problemi di salute, soprattutto i più poveri. L'accesso alle cure appropriate è assicurato senza barriere grazie alle esenzioni. Il principale ostacolo all'equità rimangono le liste di attesa e la rinuncia alle cure, come ad esempio quelle dentali, non prescrivibili dal servizio sanitario nazionale, che sono attualmente sostenibili solo con la spesa privata.**

Quali sono le principali ricadute per la programmazione delle politiche di salute?

Quali sono le principali ricadute per la programmazione delle politiche di salute?

Una buona notizia

La **salute** in Italia è **disuguale ma meno** che negli altri paesi europei di pari sviluppo, merito delle cure gratuite per tutti? merito della dieta mediterranea ancora buona per tanti? come fare a mantenere e rafforzare questi punti di forza?

Una notizia utile

Poiché alcuni anni di speranza di vita e di salute separano chi sta in alto e in basso nella scala sociale, se qualcuno ha fatto meglio di qualcun altro significa che si può fare; dunque **la salute disuguale** deve essere un monito che **indica quali benefici di salute** si possono ancora **guadagnare** nella società italiana con appropriate politiche e azioni da parte di tutti, dalla politica alle istituzioni alle professioni alle persone.

Quali sono le principali ricadute per la programmazione delle politiche di salute?

Non ci sono più alibi

In Italia i sistemi informativi e statistici sono sempre più in grado di monitorare le variazioni nella salute, nei fattori di rischio e nei percorsi di cura per scoprire dove nasce la salute disuguale e suggerire a chi di dovere, nella sanità e fuori della sanità, dove sia più urgente agire; è indispensabile che questi **dati sulle variazioni sociali di salute** siano **accessibili a tutti** i livelli di decisione, perché ognuno possa dar conto di cosa ha fatto per rendere la salute più uguale.

Una notizia preoccupante per la salute

Il **Mezzogiorno** del paese continua a **peggiore in termini di disuguaglianze** e questo capita sia perché ci sono più persone che a causa della povertà di risorse e di capacità stanno peggio in salute, sia perché il contesto non sa moderare l'effetto sfavorevole della povertà sulla salute delle persone, intendendo come contesto l'ambiente ma anche il funzionamento della comunità e delle istituzioni, compresa la sanità; **la concentrazione dei fattori di bisogno** dovrebbe guidare meglio le scelte allocative, mentre le **difficoltà dei contesti di "capacitare"** le persone più povere di risorse è un problema comune a tutte le politiche di sviluppo del Mezzogiorno a cui la salute disuguale offre un motivo in più per cambiare passo.

Una notizia rassicurante (ma non troppo)

La crisi non ha aggravato molto la situazione; nonostante la stretta sul reddito disponibile e la minaccia all'occupazione, **la salute fisica** è migliorata e gli eccessi di rischio di malattia e morte tra i più svantaggiati non sono aumentati; **la salute mentale** è significativamente **peggiorata**, ma un po' per tutti allo stesso modo; la salute mentale è un livello di assistenza da ricalibrare alla luce di questa emergenza.

Un motivo di orgoglio per la sanità uguale

Il Servizio Sanitario Nazionale offre le cure che servono a tutti allo stesso modo e chi ne ha bisogno ne fruisce in misura proporzionale al suo bisogno, per cui le cure sono sì disuguali ma perché sono a vantaggio dei più poveri e di chi ne ha più bisogno; il sistema di esenzioni per reddito e malattia con qualche limite garantisce i più bisognosi anche dalla trappola di povertà che potrebbe nascere dai costi sanitari; **solo le prestazioni non coperte dalla sanità pubblica** come le cure dentali e quelle di più difficile accesso per lunghe **liste di attesa** sono all'origine di disparità sociali di trattamento e a questo livello sarebbe necessario agire.

Quali sono le principali ricadute per la programmazione delle politiche di salute?

Una notizia preoccupante per la sanità disuguale

Il Mezzogiorno del paese continua a peggiorare anche nella sanità disuguale; il malato del Sud che sempre più spesso cerca di curarsi al Nord non solo denuncia che la qualità dell'offerta dei Servizi Sanitari Regionali meridionali non è adeguata, ma rivela anche un altro meccanismo di generazione della salute disuguale; sono i malati più istruiti e ricchi di risorse e di relazioni che riescono a cercare le cure fuori della regione e ottengono così risultati di salute più soddisfacenti, mentre le storie di salute di chi rimane sono meno favorevoli.

Come fare dell'Italia il paese che tutela meglio la salute uguale per tutti?

Raggiungere la salute uguale per tutti non è alla portata di un paese perché non tutte le cause delle disuguaglianze di salute sono aggraviabili dalle politiche e dalla società. Tuttavia una parte di queste disuguaglianze di salute è spiegata da meccanismi noti (condizioni di lavoro più rischiose, più rischi ambientali, più stress cronico, più comportamenti insalubri, meno capacità di usare i servizi di cura e più vulnerabilità alla malattia e alle sue conseguenze sociali tra i più poveri). Ognuno di questi meccanismi è **aggraviabile con soluzioni efficaci**. In Italia la **capacità di risposta** a questi fenomeni **nella sanità** è ancora **molto variabile tra le regioni** e richiederebbe un maggior coordinamento. La percezione delle ricadute sulla salute e sui costi sanitari delle disuguaglianze sociali è ancora modesta **nei centri di responsabilità non sanitari**, cioè tra i ministeri e assessorati non sanitari, tra le imprese e le forze sociali e nell'opinione pubblica. Ma numerose consultazioni con le principali categorie di attori delle politiche

hanno mostrato che quando ben informati gli interlocutori sono interessati a riorientare i loro interventi e hanno buone pratiche da condividere. **Non agire sulle disuguaglianze di salute potrebbe costare molto di più**; infatti le disuguaglianze di salute hanno un impatto significativo sui carichi di sofferenza, con le relative ricadute anche sulla produttività e sul fabbisogno assistenziale. Gli obiettivi di sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite che il nostro paese ha sottoscritto usano l'equità come un "filo rosso" che attraversa tutte le dimensioni della sostenibilità, compresa quella della salute e dei suoi determinanti.

Quanto sopra suggerisce un **impegno nazionale che si proponga di rendere l'Italia il paese con la salute più uguale in Europa, riducendo le disuguaglianze sociali di salute che sono evitabili e ingiuste**¹⁶. Anche per questo scopo, l'Italia si appresta a coordinare la nuova **Joint Action dell'Unione Europea sulle disuguaglianze di salute**.

Riferimenti bibliografici

1. <http://demo.istat.it/unitav2012/note.html>
2. Costa G., Stroschia M., Zengarini N., Demaria M. (a cura di), 40 anni di salute a Torino, spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche, Inferenze, Milano, 2017.
Disponibile sul sito: <http://www.epiprev.it/40-anni-di-salute-torino-spunti-leggere-i-bisogni-e-i-risultati-delle-politiche>
3. Elaborazione Servizio di Epidemiologia ASL TO3 del Piemonte su dati Istat, Disuguaglianze nella mortalità per causa secondo il livello di istruzione di prossima pubblicazione sul sito ISTAT nell'area "Tavola dei dati".
4. Rasulo D, Spadea T, Demaria M et al. Conta di più da chi nasci o dove arrivi? Determinanti di salute nel corso di vita. Costa G, Stroschia M, Zengarini N, Demaria M (a cura di), 40 anni di salute a Torino, spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche, Inferenze, Milano, 2017.
5. Costa G, Marra M, Zengarini N, et al. Crisi e salute: dove è approdata la salute dei torinesi dopo la crisi?. Costa G, Stroschia M, Zengarini N, Demaria M (a cura di). 40 anni di salute a Torino, spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche, Inferenze, Milano, 2017.
6. Odone A, Landriscina T, Costa G, Salute mentale e crisi economica: analisi sulla popolazione in Italia. Costa G, Crialesi R, Migliardi A, Gargiulo L, Sebastiani G, Ruggieri P, Menniti Ippolito F, (Ed.). Salute in Italia e livelli di tutela: approfondimenti dalle indagini ISTAT sulla salute. Roma: Istituto Superiore di Sanità, 2016. (Rapporti ISTISAN 16/26).
7. Elaborazione Servizio di Epidemiologia ASL TO3 del Piemonte su dati Istat, Disuguaglianze nella mortalità per causa secondo il livello di istruzione di prossima pubblicazione sul sito ISTAT nell'area "Tavola dei dati".
8. Elaborazione Servizio di Epidemiologia ASL TO3 del Piemonte su dati Istat, Indagine EHIS 2015.
9. Ardito C, d'Errico A, Leombruni R, Pacelli L. Health and well-being at work. A report based on the fifth European Working Conditions Survey. Dublin, Eurofound, 2013. Accessibile presso: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2013/02/en/1/EF1302EN.pdf>.
10. Martuzzi M, Mitis F, Forastiere F. Inequalities, inequities, environmental justice in waste management and health. Eur J Public Health. febbraio 2010;20(1):21-6.
11. Elaborazione Servizio di Epidemiologia ASL TO3 del Piemonte su dati Istat, Indagini multiscopo aspetti della vita quotidiana, anni 2005-2007; 2009-2012.
12. N. Mäki, P. Martikainen, T.A. Eikemo, G. Menvielle, O. Lundberg, O. Östergren, D. Jasilionis, J.P. Mackenbach, & the EURO-GBD-SE consortium. Educational differences in disability-free life expectancy: a comparative study of long-standing activity limitation in eight European countries. Soc Sci Med. 2013 Oct;94:1-8.
13. Elaborazione Servizio di Epidemiologia ASL TO3, Regione Piemonte su dati Indagini Multiscopo Istat sulla Salute 2000-2005-2013.
14. Cislaghi C, Sferrazza A, (a cura di). Gli effetti della crisi economica e del super ticket sull'assistenza specialistica. Quaderni di Monitor 33, 2013.
15. Cislaghi C, Petrelli A, Rosano A. La rinuncia alle cure in Italia nei dati EUSILC tra il 2005 e il 2015. Documento del gruppo di lavoro AgeNas-ISS-INMP, Roma 2017.
16. Costa G et al. (a cura di). Equità nella salute in Italia, Franco Angeli, Milano, 2014.