

Anno VIII - 1/2009

Salute e Società

Le disuguaglianze
sociali di salute
Problemi di definizione
e di misura

a cura di

Giuseppe Costa
Cesare Cislighi
Nicola Caranci



magna
regionale

FrancoAngeli

INTRODUZIONE

di Giuseppe Costa, Cesare Cislighi e Nicola Caranci

L'Italia ha raggiunto, negli ultimi anni, valori di speranza di vita e indicatori di salute che la collocano nella prime posizioni a livello internazionale, avendo beneficiato di tutti i progressi delle condizioni di vita e di assistenza conseguenti allo sviluppo socioeconomico di questi decenni, sommati a standard di salute favorevoli tipici di un paese mediterraneo. Eppure tali indicatori di salute nascondono la persistenza di disomogeneità interne prodotte da disparità nella distribuzione delle risorse materiali, di istruzione e di status, nelle condizioni di vita e di lavoro, oltre che nell'accesso all'assistenza sanitaria, con conseguenti disparità di esposizione ai principali fattori di rischio per la salute. In molti casi queste disuguaglianze presentano ulteriori variazioni significative per genere e per età. Molto è noto sulle cause di tali disuguaglianze, al contempo molti meccanismi di generazione meritano di essere ulteriormente approfonditi e, soprattutto, molto rimane da scoprire sull'efficacia delle azioni di contrasto.

Il maggior valore d'uso delle attuali evidenze empiriche sulle disuguaglianze sociali nella salute, entro paesi e tra paesi, è rappresentato dal lavoro e dal recente rapporto della Commissione sui Determinanti Sociali della Salute (Commission on Social Determinants of Health, 2008), istituita nel 2005 dall'Onms. Le raccomandazioni per il contrasto delle disuguaglianze contenute in tale rapporto, che riguardano il miglioramento delle condizioni di vita, il contrasto delle disparità nella distribuzione di potere, denaro e risorse, la misura e la comprensione delle disuguaglianze e la valutazione di interventi, attendono ora di essere tradotte e trasferite in principi e azioni a livello nazionale. Il contenuto di tali raccomandazioni mette dunque in evidenza la necessità di definire e colmare lacune conoscitive che, nel contesto italiano, derivano innanzitutto dalle possibilità di estendere e mantenere capacità di monitoraggio delle disuguaglianze nei percorsi dell'assistenza sanitaria e in tutti i settori non sanitari che si confrontano con politiche in grado di incidere sugli svantaggi individuali, delle famiglie, dei contesti di vita. Molti dei contributi presentati in questo volume tentano di rispondere a quest'ultima sollecitazione, mettendo soprattutto in evidenza le criticità metodologiche che caratterizzano il pro-

cesso di produzione degli elementi di conoscenza, con particolare attenzione al contesto italiano. Si illustrano innanzitutto i principali modelli teorici delle scienze sociali ed economiche che definiscono e forniscono strumenti concettuali per la misura e la spiegazione delle disuguaglianze sociali nella salute cui si affida l'epidemiologia. Seguono contributi dedicati specificatamente agli strumenti operativi e ai metodi di misura delle condizioni socioeconomiche utilizzati in epidemiologia, con l'obiettivo di fare il punto sulle fonti correnti dei dati e sugli indicatori, con un approfondimento sugli indicatori socioeconomici a livello aggregato; di questi si propongono alcuni tentativi di validazione ed alcuni esempi di utilizzo ed interpretazione a livello locale. Basati prevalentemente su informazioni di provenienza censuaria, alcune riflessioni scaturite dall'utilizzo, dalla validazione e dall'interpretazione di tali indicatori si prestano ad un inevitabile confronto con le future prospettive della principale fonte corrente di acquisizione delle informazioni socio-economiche di base. Una successiva sezione di contributi ha il compito di proporre alla discussione esempi sui principali punti critici che limitano la validità dello studio delle disuguaglianze sociali di salute con gli strumenti precedentemente definiti, con particolare riferimento al livello di misura (individuale e aggregato), all'accuratezza dei confronti temporali e spaziali, ai fattori di confondimento delle disuguaglianze di salute e al controllo delle disuguaglianze negli studi eziologici e valutativi. Il presente volume prosegue dunque nell'illustrare le capacità sviluppate nel nostro Paese di misurare le disuguaglianze socio-economiche di salute e nella sanità, con particolare attenzione alle fonti informative e ai problemi nella misura delle differenze etniche che riguardano ormai un segmento significativo della popolazione più svantaggiata che dimora nel nostro Paese.

Un secondo ambito che presenta significative lacune conoscitive riguarda l'importanza relativa dei determinanti sociali nell'ambito delle traiettorie di vita delle persone; molto rimane infatti da approfondire sulle fasi di vita più critiche per la qualità della salute nell'adulto, sugli effetti sanitari prodotti da specifiche successioni di eventi e dalla loro cumulazione. L'ultimo contributo del presente volume mette a fuoco le nuove frontiere dei modelli *life course* di studio delle disuguaglianze, il cui contesto metodologico è senz'altro quello degli studi longitudinali. In Italia gli studi che meglio si prestano a simili applicazioni sono su base locale, condotti in contesti metropolitani, ed hanno come modello lo Studio Longitudinale Torinese (SLT); esso consiste nello studio prospettico della mortalità e di esiti di salute (ricoveri, prestazioni specialistiche, prescrizioni di farmaci, registri di patologia, interventi sociali...), da mettere in relazione con le caratteristiche sociali e demografiche delle persone così come sono rilevate ai censimenti di popolazione (nel caso torinese, retrospettivamente a partire dal censimento 1971) e ai movimenti anagrafici. Il modello, replicato in Toscana (per Livorno e Firenze) e in Emilia-Romagna (per Reggio

Emilia), risulta dunque in grado di esplorare analiticamente i cambiamenti intervenuti in molte dimensioni sociali e di salute nelle carriere di vita delle persone, delle famiglie e dei contesti (Costa, Cardano, Demaria, 1998; Merler *et al.*, 1999; Candela, Cavuto e Luberto, 2005). Anche in questo caso, la valutazione della trasferibilità locale delle prospettive di ricerca e delle indicazioni metodologiche raccolte nel contributo qui presentato dovranno confrontarsi con le future prospettive della principale fonte di derivazione delle informazioni socioeconomiche su cui si basano gli studi longitudinali appena richiamati. Tra le principali innovazioni proposte, infatti, per il prossimo censimento della popolazione e delle abitazioni, in discussione con le regioni, si annovera la diversificazione di metodi e organizzazione tra comuni di diversa classe di ampiezza demografica, l'uso di *short form* e *long form* campionarie per semplificare la rilevazione e ridurre il carico statistico sul complesso dei rispondenti. Nello specifico, la strategia prevede una rilevazione totale per le sole informazioni anagrafiche (*short form*), campionaria per le rimanenti informazioni per i residenti nei comuni più grandi, con dominio pari al comune oppure, per i comuni di maggiori dimensioni, pari ad aree di censimento composte dall'aggregazione di più sezioni censuarie confinanti. Questa scelta, che obbedisce ad esigenze economiche, organizzative per i grandi comuni, nonché alla necessità di disporre di dati più tempestivi, porrà in discussione la profilatura socio-economica delle sezioni di censimento, che sarà possibile per i grandi comuni solo come stima a livello di area sub comunale o del tutto assente, quando la numerosità dei dati non consentirà stime sufficientemente affidabili (Gruppo CISIS, 2008). Ne deriva pertanto una limitazione delle capacità di costruzione ed utilizzo degli indicatori socio-economici a livello aggregato proprio in corrispondenza di quelle aree, come quelle metropolitane, dove è maggiore e più critica la presenza di disuguaglianze sociali nella salute e nella sanità, dove maggiore è il fabbisogno informativo e le potenziali ricadute nella programmazione di interventi. Tale scelta avrà inoltre ripercussioni sul disegno degli studi longitudinali locali, che disporranno di informazioni socio-economiche solo per un campione di individui. Simulazioni condotte con le basi informative dello SLT hanno permesso di rilevare una sufficiente capacità di individuare differenze di mortalità generale a cinque anni per istruzione, nella popolazione di sesso maschile, soltanto disponendo di almeno un 20% della popolazione residente. Più limitata sarà naturalmente la possibilità di misurare disuguaglianze di mortalità per specifiche cause e sottogruppi di popolazione.

Le fonti, gli strumenti e la soluzione delle criticità metodologiche qui presentate definiscono infine i necessari presupposti per rispondere ad un terzo insieme di lacune conoscitive, che rappresenta oggi la maggiore sfida per l'epidemiologia delle disuguaglianze e che riguarda la produzione di prove di efficacia degli interventi di contrasto o di moderazione dell'effe-

to delle differenze sociali nella salute. La ricerca e la letteratura scientifica in questo ambito sono molto povere di studi di buon disegno e qualità, ma la natura degli interventi e delle politiche da valutare è tale da non permettere talvolta l'applicazione di disegni di studio sperimentali, quelli da cui ci si aspettano le prove più valide di efficacia, ed è pertanto obbligata a confrontarsi con le possibilità che derivano dagli esperimenti naturali o dai confronti tra esperienze di diverse città, regioni, paesi. La validità e la robustezza dei metodi e degli strumenti di misura può permettere di trarre informazioni significative anche da tali esperienze e di poterle trasformare in evidenza empirica a supporto di specifiche azioni di contrasto.

Il presente volume fornisce in sintesi un esteso insieme di contributi. Una parte cospicua di questi deriva dalle relazioni presentate e discusse durante il congresso dell'Associazione Italiana di Epidemiologia, tenutosi a Roma presso l'Istituto Superiore di Sanità il 15 e 16 maggio 2008, dal titolo *Metodi e Strumenti per la Misura delle Disuguaglianze*. La realizzazione di questa raccolta è stata resa possibile grazie ai fondi del PRIN 2005 *Salute e disuguaglianze sociali in Italia. Progetto di costruzione di una rete integrata di osservatori regionali*, che ha visto coinvolti vari atenei italiani, oltre ad Agenzie Sanitarie Regionali e ai principali esperti sul tema del Ssn. Il progetto ha dato luogo ad un seminario conclusivo, tenutosi a Bologna il 16 settembre 2008, da cui sono tratti due dei saggi qui pubblicati (Maciocco, Giarelli). Il compendio costituisce un passaggio utile all'integrazione delle competenze dell'epidemiologia e della sociologia nello studio delle disuguaglianze nella salute.

Si ringraziano gli autori, in grado di rispondere significativamente alle necessità di migliorare le capacità di misura delle disuguaglianze di salute e di comprenderne le cause nel contesto italiano, coerentemente con la terza raccomandazione generale contenuta nel rapporto della Commissione Oms sui Determinanti Sociali della Salute.

Bibliografia di riferimento

- Candela S., Cavuto S., Luberto F., a cura di (2005). *Condizioni socioeconomiche e mortalità nella popolazione di Reggio Emilia*. Reggio Emilia: Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna
- Commission on Social Determinants of Health (2008). *Closing the Gap in One Generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Testo disponibile al sito: www.who.int/social_determinants/final_report/en (ultimo accesso 17/10/2008)
- Costa G., Cardano M., Demaria M. (1998). *Torino. Storie di salute in una grande città. Torino. Osservatorio Socio-economico Torinese*. Ufficio Statistico Città di Torino
- Merler E., Benvenuti A., Baldi P., Nardulli M.C., Olmastroni L., Biggeri A., Marchi M., Dreassi E. (1999). *Condizione socio-economica e disuguaglianze*

nello Studio Longitudinale Toscano (SLTo): persistenza ed evoluzione nel tempo (mortalità generale, tumore del polmone, cirrosi epatica), ed aspetti emergenti (AIDS e overdose). *Epidemiologia e Prevenzione*, 23: 207-14

Gruppo CISIS-Demografia (2008). *I questionari del censimento della popolazione 2011 proposti da ISTAT*. Testo disponibile al sito: www.regione.emilia-romagna.it/wcm/statistica/progetti/progetti/censpop/quadro/doc/Naldoni_Jahier_prime_osservazioni_ipotesi_questionari_24_ott_08.doc (ultimo accesso 10/12/2008)

Nicola Caranci, statistico, dipendente dell'Agenzia Sanitaria e Sociale dell'Emilia-Romagna; ha collaborato con la SCU di Epidemiologia della Asl To3 del Piemonte.

Cesare Cislighi, professore associato di Economia Sanitaria presso l'Università di Milano e dirigente presso l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.

Giuseppe Costa, professore ordinario di Igiene alla Facoltà di Medicina e Chirurgia San Luigi Gonzaga dell'Università di Torino, Direttore della SCU di Epidemiologia dell'Asl To3 del Piemonte.

Corresponding author: giuseppe.costa@epi.piemonte.it