

**LE
DIFFERENZE SOCIALI
NELLA SALUTE**

Premessa

I differenziali di salute all'interno della popolazione regionale non sono solo di origine geografica, ma anche socio-economica.

Per misurare correttamente le disuguaglianze di salute occorre disporre di dati socio-economici di valore comparabile sia per il numeratore che per il denominatore. Talvolta i dati del numeratore e quelli del denominatore provengono dalla stessa fonte informativa, oppure da fonti diverse per cui è necessario "propagare" l'indicatore socio-economico presente in una fonte anche all'altra attraverso alcuni artifici statistici.

Nel caso dello studio sui ricoveri ospedalieri, l'utilizzo di covariate individuali, come l'istruzione (predittore di strato socio-economico), stato civile (predittore di risorse di supporto familiare) e contestuali (livello di deprivazione comunale), hanno aumentato la ricchezza e l'eloquenza dei dati di occorrenza dei primi ricoveri (mettendo in luce eventuali disuguaglianze di incidenza) e di ospedalizzazione, piuttosto che di durata della degenza o di tipo di ricovero, mettendo in evidenza possibili disuguaglianze sull'appropriatezza delle forme di assistenza.

Le analisi condotte a livello regionale dall'Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche Sociali (OREPS) hanno evidenziato che, così come in molte altre aree italiane, anche in Valle d'Aosta viene confermato come le disuguaglianze sociali nella salute presentino una pressoché costante regolarità a sfavore dei gruppi sociali più svantaggiati, indipendentemente dalla scala utilizzata per misurare la posizione sociale, e questo sia che si analizzino dati "oggettivi" (cause di morte o ricoveri) sia che si leggano dati "soggettivi" come la percezione del proprio stato di salute.

A tal riguardo, l'indagine ISTAT "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" anni 1999-2000 ha messo in evidenza come, in entrambi i sessi, la salute percepita sia inversamente proporzionale al livello medio di deprivazione del comune di residenza, e ciò come riflesso delle disuguaglianze nella salute. Vedremo gli esiti di questa indagine per la Valle d'Aosta nel paragrafo dedicato.

La prossima pubblicazione dell'Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche Sociali (OREPS), applicherà l'analisi delle disuguaglianze sociali nella salute anche allo studio dei dati di mortalità in Valle d'Aosta nel ventennio 1982 - 2001.

Le differenze sociali nei ricoveri

Tra gli *uomini*, i soggetti con titolo di studio più elevato hanno un rischio di ospedalizzazione per tutte le cause inferiore del 34% rispetto alla media regionale, mentre la classe di titolo di studio più bassa (elementari) mostra eccessi del 20%.

Questo effetto è presente anche quando si osservano gli altri indicatori: il rischio di primo ricovero evidenzia differenze dello stesso ordine di grandezza dell'ospedalizzazione, a testimonianza di una maggiore frequenza di insorgenza di patologie causa di ricovero tra i meno istruiti, e queste differenze si accentuano ancora di più quando si considerano indicatori più correlati alla gravità delle patologie, quali le giornate di ricovero (- 43% per i laureati contro + 23% per i ricoverati con licenza elementare o inferiore), o la letalità ospedaliera (- 16%, contro + 10%).

L'effetto protettivo della scolarità sul rischio di ricovero è confermato anche nelle *donne*, sia pure se con intensità più bassa.

Le differenze descritte per gli indicatori di ricovero *per tutte le cause* sono ben documentabili anche per tutte le singole cause di ricovero: per la quasi totalità delle patologie, è evidente un effetto protettivo a favore della classe con titolo di studio più elevato, e un effetto contrario nelle altre due.

Il rischio di ospedalizzazione per *malattie dell'apparato circolatorio* nei soggetti con titolo di studio più elevato, per esempio, è del 21% inferiore alla media regionale, contro un eccesso del 12% nel

gruppo meno istruito; questa differenza è pressoché identica sia nel caso del primo ricovero che delle giornate di ricovero.

Questo andamento è presente anche se con diversa intensità per entrambe le principali componenti delle malattie dell'apparato circolatorio: *le patologie ischemiche del cuore e le patologie cerebro-vascolari*; in entrambi i casi, gli indicatori utilizzati sembrano dimostrare un maggior rischio di insorgenza e di ospedalizzazione superiore rispetto alla media regionale di circa il 10% per i soggetti a bassa scolarità, mentre la lettura di alcuni indicatori di gravità è più incerta: nel caso delle patologie cerebro-vascolari, a fronte di una differenza rilevante nelle giornate di ricovero (- 50% contro + 17%), si rilevano differenze nella letalità non così evidenti.

Un discorso analogo, anche se meno apparente dai dati a disposizione, riguarda le malattie ischemiche del cuore; a fronte di un rischio di ricovero (e di primo ricovero) superiore nei soggetti meno istruiti, non si rilevano importanti differenze negli indicatori di gravità, in particolare per la letalità, anche in questo caso in ragione della bassa numerosità.

L'interpretazione degli indicatori di gravità è tuttavia complessa, soprattutto nel caso di patologie gravi ad insorgenza acuta; una minore letalità ospedaliera può indicare una minore gravità, ma anche un ritardo nell'accesso tempestivo alle cure, facendo sì che i soggetti più gravi decidano prima di raggiungere l'ospedale.

Anche nel caso dei *tumori maligni* gli indicatori mostrano per gli *uomini*, un minor rischio di ospedalizzazione (- 35%) e di primo ricovero (- 56%) rispetto alla media regionale tra i soggetti con elevato titolo di studio e un effetto opposto nei livelli di scolarità più bassi; questi ultimi hanno anche il 25% in più di rischio di giornate di ospedalizzazione.

Questo andamento riguarda pressoché *tutte le sedi tumorali* ed è particolarmente evidente nel caso del *tumore al polmone e dei tumori delle vie aereo digestive superiori* che, come noto, riflettono l'esposizione a fattori di rischio fortemente correlati alla bassa posizione sociale quali il fumo di sigaretta e l'alcool.

Alcune delle più importanti differenze per titolo di studio si osservano nei ricoveri per *disturbi psichici, per le patologie dell'apparato respiratorio, per le patologie dell'apparato digerente* (cirrosi ed epatopatia alcolica in particolare) e, con minore intensità, per le *cause accidentali*. Mentre nel primo caso è possibile che il basso titolo di studio sia un effetto della patologia mentale, per gli altri grandi gruppi di cause il ruolo dell'istruzione nella differente esposizione a fattori di rischio (fumo di sigaretta, alcool, condizioni di lavoro, etc.) è certamente rilevante.

Le stesse differenze documentate per gli uomini sono evidenziabili anche per le *donne*, seppure con una minore intensità del fenomeno.

L'eccezione più importante è rappresentata dai *tumori maligni* per i quali si registra un modesto eccesso di rischio nelle due classi estreme di istruzione, (4% e 5%) significativo però per le sole giornate di ricovero (4% e 6%). Per la *letalità* inoltre è evidente un eccesso di rischio a carico delle donne più istruite: le donne laureate hanno un eccesso di rischio di morte del 18% contro il 6% delle meno istruite. Questi effetti riflettono il comportamento nel rischio di insorgenza di *tumore alla mammella*, più frequente nelle donne con titolo di studio più elevato.

Tra le principali cause di ricovero, le *patologie dell'apparato circolatorio* sono quelle che mostrano le maggiori differenze per titolo di studio, con un'intensità superiore a quella degli uomini (oltre il 33% in meno di ospedalizzazione, giornate e primo ricovero nelle laureate rispetto la media regionale), e coinvolgono allo stesso modo sia la componente *cardiovascolare* che quella *cerebro-vascolare*.

Altre importanti cause di ricovero, quali le patologie degli *apparati respiratorio e digerente* confermano una maggiore protezione per le donne di titolo di studio elevato, sia pure con effetti decisamente più modesti di quelli rilevabili negli uomini.

Come già detto, la causa principale di ricovero nel sesso femminile riguarda la *gravidanza e le patologie ad essa correlate*; la probabilità (espressa mediante la misura del “rischio”) di parto (sia naturale che cesareo) è più elevato nelle donne con licenza media inferiore (10% per il parto naturale e 22% nel cesareo), mentre è inferiore alla media regionale nelle donne di titolo di studio elevato (8% nel parto naturale e 16% nel cesareo), e in quelle con basso titolo di studio (11% per il parto naturale e ben il 44% nel cesareo). Al contrario, il rischio di *interruzione volontaria di gravidanza* è molto più elevato nelle donne di bassa istruzione (+ 62%), rispetto alle donne più istruite (- 40%).

Risultati analoghi si ottengono utilizzando come indicatore di posizione sociale *l'indice di deprivazione comunale* del comune di residenza della persona ricoverata.

Al pari delle differenze riscontrate nel livello di istruzione si conferma un eccesso di ricoveri per entrambi i sessi superiore alla media regionale nei comuni più svantaggiati; un'associazione che si osserva per tutte le principali cause di ricovero.

In sintesi, così come in molte altre aree italiane, anche in Valle d'Aosta viene confermato come le disuguaglianze nella salute presentino una pressoché costante regolarità a sfavore dei gruppi sociali più svantaggiati, indipendentemente dalla scala utilizzata per misurare la posizione sociale.

Disuguaglianze sociali, salute e ricorso ai servizi

In questa sezione si riportano alcuni commenti contenuti nella Relazione sanitaria e sociale 2001 che ha analizzato i dati del campione della Valle d'Aosta nell'indagine ISTAT “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”, anni 1999-2000.

Come noto l'indagine ISTAT, realizzata mediante interviste, documenta i comportamenti relativi alla salute al fine di confrontarli con le caratteristiche demografiche e socio-economiche della popolazione e con l'utilizzo che viene fatto dei servizi sanitari, consentendo un insieme di informazioni altrimenti non reperibili da fonti amministrative già esistenti.

Le informazioni disponibili delineano uno scenario molto ampio che contempla aspetti come lo stato di salute, la presenza di disabilità, gli stili di vita, la prevenzione, il ricorso a farmaci o a terapie non convenzionali.

Per informazioni dettagliate si rimanda alla Relazione sanitaria e sociale 2001.

Alcuni spunti di dettaglio vengono offerti di seguito.

La *struttura socio-economica* della popolazione valdostana presenta una scolarità in linea con le altre regioni del nord, una partecipazione al mercato del lavoro più favorevole soprattutto per le donne (che si trovano in posizioni professionali più avvantaggiate) ed una soddisfazione per le risorse economiche disponibili più favorevole.

Viceversa, *la situazione demografica, dei legami e delle risorse familiari* è meno favorevole, con un'alta prevalenza di persone sole (singoli tra gli uomini adulti e vedove tra le donne anziane) ed una proporzione significativa di famiglie separate con minori dipendenti.

Il profilo di salute che ci si può attendere da questa società è quindi favorevole per quanto riguarda la struttura socio-economica e sfavorevole per quanto riguarda la struttura demografica.

La prevalenza della distribuzione dei principali *fattori comportamentali di rischio* per la salute continua ad essere molto elevata. In ordine di importanza, l'esperienza del fumo ha toccato 1 uomo su 2 e 1 donna su 3, la sedentarietà interessa 1 uomo su 5 e 1 donna su 4, l'obesità 1 adulto su 15 e 1 anziano su 10, il forte consumo di vino 1 persona su 15.

Con l'eccezione del sottopeso, che interessa soprattutto le persone di sesso femminile, istruite e di alta posizione sociale, tutti gli altri comportamenti pericolosi per la salute hanno una correlazione stretta e significativa con la povertà di risorse economiche (fumo, non controllo del peso), con la bassa

istruzione (fumo maschile, sedentarietà obesità non controllo del peso), con le professioni manuali e del lavoro autonomo (fumo, sedentarietà obesità).

Il *profilo di morbosità* che emerge da questi dati è molto articolato perché interessa diverse dimensioni della salute: quella soggettiva, quella più obiettiva e cronica, quella obiettiva e sintomatologica che si esprime con i farmaci, quella funzionale della disabilità permanente e quella temporanea della limitazione di attività fino a quella delle attitudini salutiste che si manifestano con i comportamenti preventivi.

Ancora una volta si misurano importanti differenze sociali nella salute.

Le dimensioni più colpite dalla bassa istruzione, da storie professionali di lavoro manuale o autonomo e, in qualche caso, dalla residenza fuori Aosta, dalla condizione di “singolo”, e dall’insoddisfazione economica, sono: la salute percepita (soprattutto quella fisica), l’inabilità temporanea, le malattie croniche, il dolore e lo stress (espresso nel consumo di antinevralgici e tranquillanti) e la propensione alla prevenzione.

La dimensione della *disabilità* è meno influenzata da queste disuguaglianze, anche se su queste pesa probabilmente la limitazione del campione dell’indagine ISTAT alla sola popolazione non istituzionalizzata. Viceversa, la dimensione della *salute psichica* è più sfavorevolmente influenzata da un’alta istruzione, da un lavoro non manuale e dalla residenza ad Aosta.

Per quanto attiene all’*uso dei servizi*, se si considera l’uso della medicina territoriale di base e specialistica si ottengono immagini che sono in linea con la morbosità dove ci sono più problemi di salute (donne, anziani, lavoratori manuali e autonomi, condizione di non coniugato) c’è più ricorso ai servizi. Lo stesso quadro descritto dallo studio sui ricoveri ospedalieri.

Le classi medie, più istruite, sono quelle che manifestano migliore condizione fisica, ma maggiore disagio psichico e maggiore sensibilità all’uso di forme più personalizzate e meno invasive di medicina e di cure (non convenzionali).

Conclusioni

Poiché il tema delle disuguaglianze nella salute attraversa tutte aree ad essa collegate: dagli stili di vita, alla salute soggettiva (percepita) ed obiettiva, al ricorso ai servizi, si tratta di un tema che coinvolge tutti i livelli di organizzazione e di erogazione della prevenzione e dell’assistenza affinché si interrogino su dove e come possano intervenire sui processi di loro competenza, sia per attenuare gli effetti sfavorevoli dello svantaggio sociale, sia per evitare di aggravarli con le proprie barriere amministrative e tecniche dell’accesso a soluzioni più efficaci e sicure.

Il quadro descritto in questa pubblicazione e in quelle che l’hanno preceduta, costituisce la linea di base su cui possono essere misurati i risultati delle azioni successive al Piano socio-sanitario regionale 2002-2004 e, al tempo stesso, anche il presupposto per l’individuazione degli obiettivi di salute e di assistenza del prossimo Piano socio-sanitario regionale per il triennio 2006-2009.

