

# PRESENTAZIONE

## PRESENTATION

**A**lcuni finanziatori sono soliti operare una distinzione tra ricerca pura e applicata. Non ritengo che la distinzione sia particolarmente utile, specialmente in medicina e sanità pubblica. Questo Atlante ci mostra perché. Chi è in cerca di idee nuove da proporre sull'occorrenza di una malattia troverà qui risultati in abbondanza per stimolare la propria curiosità. Per fare solo un esempio, cosa può spiegare l'alto tasso di mortalità cardiovascolare lungo i fiumi Ticino e Po? Ci sono qui molti altri esempi per ispirare una ricerca guidata dalla curiosità. Ciò detto, è rassicurante che alcuni *pattern*, attesi in base alle osservazioni fatte in altri Paesi, siano confermati dai dati presentati: i gradienti sociali sono particolarmente forti per il diabete; il tumore dello stomaco è fortemente associato sia alla posizione socioeconomica sia all'area geografica di residenza; il tumore della mammella è meno frequente come causa di morte tra persone con basso livello di istruzione rispetto a chi ha un titolo di studio più elevato. Siamo in possesso di buone ipotesi per spiegare tali andamenti. Questi dati italiani offrono l'opportunità di testarle.

Ma l'Atlante ha un altro fondamentale ambito di applicazione: ci dice cosa sta accadendo alle disuguaglianze socioeconomiche e geografiche nella mortalità in Italia. Un'elaborazione di politica informata è impossibile senza dati come questi. Un obiettivo di politiche sociali "illuminare" dovrebbe essere portare la salute di ognuno al livello migliore possibile. L'Atlante pone come obiettivo per tutti i maschi il raggiungimento di un tasso di mortalità standardizzato per età basso quanto quello dei residenti a Bolzano con alto titolo di studio (pari a 92 per 10.000). I maschi con basso titolo di studio della Campania hanno una lunga strada da percorrere, essendo il loro tasso di mortalità pari a 169 per 10.000. Lo scopo della politica dovrebbe essere non solo il miglioramento della condizione di chi sta peggio, ma andare oltre e ridurre il gradiente sociale nella salute alzandone il livello. Analogamente, le donne con alto livello di istruzione di Bolzano hanno il più basso tasso di mortalità standardizzato per età, pari a 56 per 10.000, mentre

**S**ome funders like to make distinctions between pure and applied research. I do not find that distinction particularly useful, especially in medicine and public health. This Atlas illustrates why. For those looking for fresh ideas to pursue about the occurrence of disease, here there are patterns aplenty to stimulate curiosity. To take just one example, what can account for the high rate of cardiovascular mortality along the Ticino and Po Rivers? There are many other examples to inspire curiosity-driven research. That said, it is reassuring that some patterns, expected from observations in other Countries, are confirmed in these data: social gradients are particularly strong for diabetes; stomach cancer is strongly linked both with socioeconomic position and geography; breast cancer is somewhat less common as a cause of death in people of low education than of high. We have good hypotheses to explain these patterns. These Italian data offer the opportunity for hypothesis testing.

But the Atlas serves another vital, "applied", function: it tells us what is going on with socioeconomic and geographic inequalities in mortality in Italy. Informed policy making is impossible without data such as these. An aim of enlightened social policy should be to bring the health of everyone up to the level of the best off. Based on this Atlas, it implies that the aim should be for all men to have an age-standardised mortality rate as low as that among high-educated men in Bolzano (92/10,000). Men of low education in Campania have a long way to go – their mortality rate is 169. But the aim of policy should be more than improving the lot of the worst off: it should be to reduce the social gradient in health by levelling up. Among women, similarly, those with high education in Bolzano have the lowest age-standardised mortality rate (56/10,000), and those with low education in Campania have the highest rate at 99. It is interesting that whatever disadvantage accrues to uneducated men is Campania, or advantage to highly educated men in Bolzano, it appears to apply to women, too. But, as we commonly find when we investigate inequalities in health, differences are bigger among men than among women. Important for both the pure and applied researcher.

il più alto si registra tra le meno istruite della Campania, pari a 99 per 10.000. È interessante osservare che qualsiasi svantaggio degli uomini meno istruiti residenti in Campania, o vantaggio degli uomini più istruiti di Bolzano, sembra valere anche per le donne. Ma, come si osserva abitualmente quando si studiano le disuguaglianze di salute, le differenze sono maggiori tra gli uomini rispetto alle donne; considerazione importante sia per il ricercatore puro sia per quello applicato.

Invito il lettore interessato a osservare la prima scheda (pp. 44-45), che riguarda tutte le cause di mortalità. Si soffermi lo sguardo sulla colonna «standardized mortality rate». C'è una straordinaria regolarità: una tripletta. Un valore basso, uno medio e uno più alto. Quindi ricomincia. Quel che stiamo osservando è che, in ciascuna regione, c'è una relazione a gradini tra livello di istruzione e mortalità: più basso il livello di istruzione, maggiore è il rischio. Questa regolarità conferma quanto le disuguaglianze sociali nella salute siano consistenti. Ma così è la geografia: nell'ambito di ciascun livello di istruzione, la geografia fa la differenza. In effetti, quello è il messaggio delle mappe che mostrano i rapporti standardizzati di mortalità (SMR), aggiustati per età e livello di istruzione.

Questo atlante di mortalità è un importante, ma non unico, componente dell'impegno dell'Italia verso l'equità nella salute attraverso azioni sui determinanti sociali:

- non unico, poiché è fondamentale non solo misurare cosa sta accadendo, ma adottare misure per determinare un cambiamento; l'equità nella salute richiede un impegno da parte del governo e azioni sui meccanismi chiave delle disuguaglianze di salute;

- importante, in quanto il monitoraggio è essenziale per diagnosticare i problemi e valutare i progressi.

Un Atlante come questo è un modello da seguire per altri Paesi.

*I invite the interested reader to look at the first datasheet (pp. 44-45), regarding mortality for all causes of death. Run your eye down the column "standardised mortality rate". There is a remarkable regularity: triplets. A low figure, a medium figure, and a higher figure. Then it starts again. What medium we are seeing is that, in each region, there is a graded relation between level of education and mortality. The fewer the years of education, the higher the risk. This regularity confirms how fundamental are social inequalities for health. But so is geography. Within each education-level group, geography makes a difference. Indeed, that is the message of the maps which show Standardised Mortality Rates, adjusted for age and education level.*

*This Atlas of Mortality is an important, but not unique, component of Italy's commitment to achieving health equity through action on the social determinants of health:*

- *not unique, because it is vital not just to measure what is going on, but to take steps to change it; health equity requires commitment from across government and action on the key drivers of health inequalities;*

- *important, as I have said, because monitoring is essential to diagnosing the problem and assessing progress.*

*An Atlas such as this is a model for other Countries to follow.*

#### Michael Marmot

Institute of Health Equity,  
UCL Department of Epidemiology and Public Health,  
University College London

#### Michael Marmot

Institute of Health Equity,  
UCL Department of Epidemiology and Public Health,  
University College London