

INTRODUZIONE

INTRODUCTION

Il presente Atlante delle disuguaglianze nella mortalità utilizza il nuovo sistema di osservazione longitudinale sviluppato dall'Istat, che segue nel tempo la popolazione residente in Italia alla data del 15° Censimento della Popolazione e delle abitazioni (Censimento 2011), registrando tutti gli eventi in uscita per decesso o per trasferimento all'estero nel periodo in studio. Sin dal 2016, questo sistema ha fornito interessanti risultati sulle disuguaglianze per titolo di studio nella speranza di vita e nella mortalità prematura, nonché sulle disuguaglianze nella mortalità per condizione occupazionale.³⁻⁹

L'Atlante si pone l'obiettivo di fornire un quadro esaustivo delle disuguaglianze di mortalità per livello di istruzione e area geografica in Italia fornendo, per la prima volta, cartografie e indicatori diversi da quelli già pubblicati.

Rilevanti differenze geografiche nella mortalità sono state osservate tra Paesi con diverso livello di sviluppo economico e all'interno dei Paesi stessi, sia negli Stati Uniti¹⁰ sia in Europa.^{11,12} Tali differenze sono state registrate indipendentemente dal livello di granularità geografica adottato. Per esempio, la mortalità è molto più elevata nei Paesi orientali di nuova adesione all'Unione europea, mentre in Europa occidentale è più bassa in Italia, Svizzera, Svezia, Norvegia e nel Sud del Regno Unito.

Indipendentemente dal livello di mortalità, le differenze per livello socioeconomico sono presenti in tutti i Paesi.¹³ Nelle differenze socioeconomiche, la direzione osservata è sempre di un peggior stato di salute nei livelli socioeconomici più bassi, sia su indicatori di salute oggettiva, quali morbosità, disabilità e mortalità, sia su indicatori di salute autoriferita.¹⁴

In Italia, nonostante il progressivo miglioramento delle condizioni di salute osservato negli ultimi decenni e livelli di disuguaglianza tra classi sociali meno pronunciati rispetto agli altri Paesi europei, esistono differenze sistematiche: le persone più svantaggiate stanno peggio, si ammalano di più e vivono di meno. Allo stesso modo, le regioni italiane più povere mostrano indicatori di salute e di assistenza sanitaria meno favorevoli.

The present Atlas of mortality inequalities uses the new longitudinal observation system developed by the Italian National Institute of Statistics (Istat), which follows the resident population in Italy over time from the date of the 15th Census of Population and Housing (Census 2011) and which registered all exit events for death or transfer abroad during the observation period (2012-2014). Since 2016, this system has provided interesting results on education inequality in life expectancy and premature mortality by level of education and occupation-based social class.³⁻⁹

The purpose of this Atlas is to provide, for the first time, a systematic description of the 2 main dimensions of health inequality in Italy: geographical differences and education level differences. Considerable geographical differences in mortality have been observed not only between Countries with differing levels of economic development, but also within Countries themselves, for example in the United States¹⁰ and in Europe.^{11,12} Such differences have been registered irrespective of the level of geographical granularity in which they were examined. In Europe, mortality is appreciably higher in Eastern European Countries that have recently joined the European Union, while in Western Europe, it is lower in Italy, Switzerland, Sweden, Norway, and Southern UK.

Differences in mortality by socioeconomic level are also universal,¹³ whether using objective indicators of health (disease, disability, mortality) or indicators of self-reported health, the observed trend is always worse health status at the lower socioeconomic levels.¹⁴

In Italy, despite the progressive improvement of health status observed over the last few decades and the levels of inequality among different social classes being less pronounced compared to other European Countries, systematic differences remain: the more disadvantaged are worse off, they get ill more often and their lives are shorter. Likewise, the more disadvantaged people residing in the poorer Italian regions show less favourable health and health-care indicators. It is well known that social determinants are the basis of differences in health and, therefore, are susceptible to actions that modify and mitigate their effects.

È ben noto che i determinanti sociali siano alla base delle differenze nella salute e, pertanto, sono suscettibili ad azioni che ne modifichino e attenuino gli effetti.

In Italia, le disuguaglianze su base geografica si intrecciano con quelle sociali su base individuale, sebbene le seconde non giustifichino completamente le prime; anzi, fino alla fine del secolo scorso, gli abitanti di molte aree del Sud, con minore sviluppo economico, avevano un'aspettativa di vita maggiore rispetto agli abitanti del Nord.¹⁵ Inoltre, esperienze locali e indagini campionarie hanno messo in evidenza l'esistenza di fattori indipendenti in grado di generare differenze geografiche al netto delle differenze socioeconomiche nella salute.¹⁶ Gli studi condotti in Italia fino a ora, che utilizzano fonti dei dati e disegni di studio differenti, sono tra loro coerenti e mostrano disuguaglianze sociali nella salute a sfavore dei più svantaggiati per tutte le dimensioni della posizione sociale: quelle che si riferiscono alle risorse culturali, come il titolo di studio; quelle che misurano la dimensione occupazionale; quelle che riguardano la dimensione economica, come il reddito e i beni posseduti.

In questo Atlante il livello socioeconomico è misurato attraverso il livello di istruzione, poiché, fra le varie dimensioni del livello socioeconomico, è quella di cui si dispone di un capillare dettaglio a livello individuale. Inoltre, è stato dimostrato che il titolo di studio è associato a tutti i possibili determinanti delle condizioni di salute, dai fattori di rischio legati agli stili di vita fino all'accesso alle misure di prevenzione e ai percorsi di cura più appropriati. Infine, il livello di istruzione, una volta acquisito, ha il vantaggio di risultare perlopiù invariato nel tempo.

Alla luce della centralità che il tema delle disuguaglianze ha assunto nel dibattito politico, i risultati dell'Atlante costituiscono una base per l'individuazione di politiche che contrastino gli effetti nel Paese della recessione di lunga durata e della conseguente crisi sociale degli ultimi anni.

L'equità nella salute trova fondamento nella Costituzione del nostro Paese e nella legge 833/1978 istitutiva del Servizio sanitario nazionale (SSN), che all'art. 1 afferma: «la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale». Tuttavia, la persistenza di sacche di disuguaglianza nella fruizione di tale diritto, con una capacità di risposta molto variabile tra le regioni, richiama la necessità di un maggior coordinamento e dello sviluppo di attività programmatiche più sistematiche ed efficaci. Non agire sulle disuguaglianze di salute potrebbe costare molto di più al sistema: basti pensare all'impatto sui carichi di sofferenza, con le relative ricadute sul fabbisogno assistenziale e sulla produttività.

Geographical inequalities are entwined with social inequalities at the individual level, although the latter do not entirely explain the former. Indeed, until the end of the 20th century, inhabitants in many areas of Southern Italy, which has always been less economically developed than the North, had a longer life expectancy than did Northern Italians.¹⁵ Further, studies conducted on single metropolitan settings or with data from sample surveys have highlighted that there are independent factors that can generate geographical differences in health regardless of socioeconomic differences.¹⁶ The numerous studies conducted in Italy, using different data sources and study designs, have shown social inequalities in health to the detriment of the more disadvantaged for all dimensions of social status: cultural resources, such as education level; employment; economic resources, such as income and property. In this Atlas, socioeconomic level is measured by education level as, among the various dimensions of socioeconomic status, it is the one for which data are most widely collected at the individual level. Further, it has been demonstrated that education level is associated with possible determinants of health status, from lifestyle-related risk factors to access to prevention measures and to the most appropriate healthcare. Finally, education level has the advantage of generally remaining unchanged over time.

Given the importance of the theme of inequality in the political debate, the results of the Atlas constitute a basis for the identification of policies that contrast the effects in the Country of the long-term recession and the consequent social crisis of recent years. The foundation of health equity in Italy lies in its Constitution and in Law No. 833/1978, which instituted the Italian National Health Service (SSN). Article 1 of Law 833 states that "the Republic protects health as a fundamental right of the individual and in the interest of the community through the national health service". However, the persistence of areas of inequality in fulfilling that right, with an extremely varied response at the regional level, draws attention to the need for greater coordination and for the development of action plans that are more systematic and effective. Not contrasting health inequalities could cost the system much more: consider the impact of health inequalities on the burden of suffering and the resultant effects on healthcare needs and productivity.