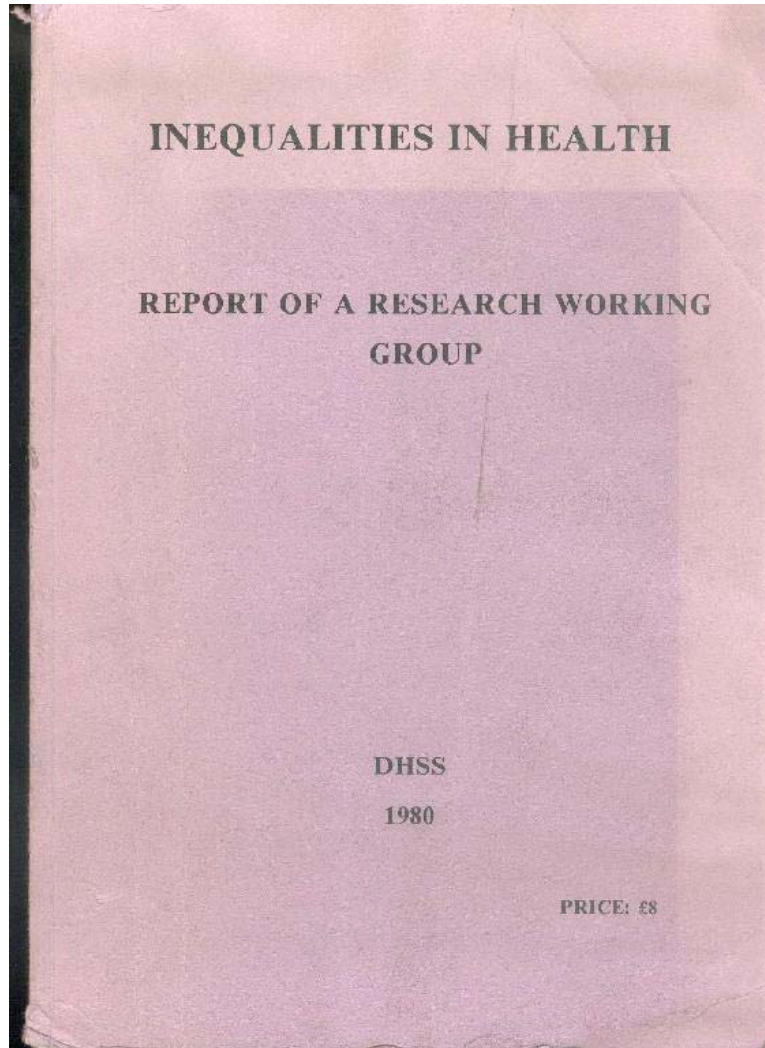


SANITA', IL DIRITTO DEBOLE
1° Workshop
LE DISUGUAGLIANZE IN CIFRE
Cesena, 2 maggio 2005

**Le Disuguaglianze Sociali
e la Salute**

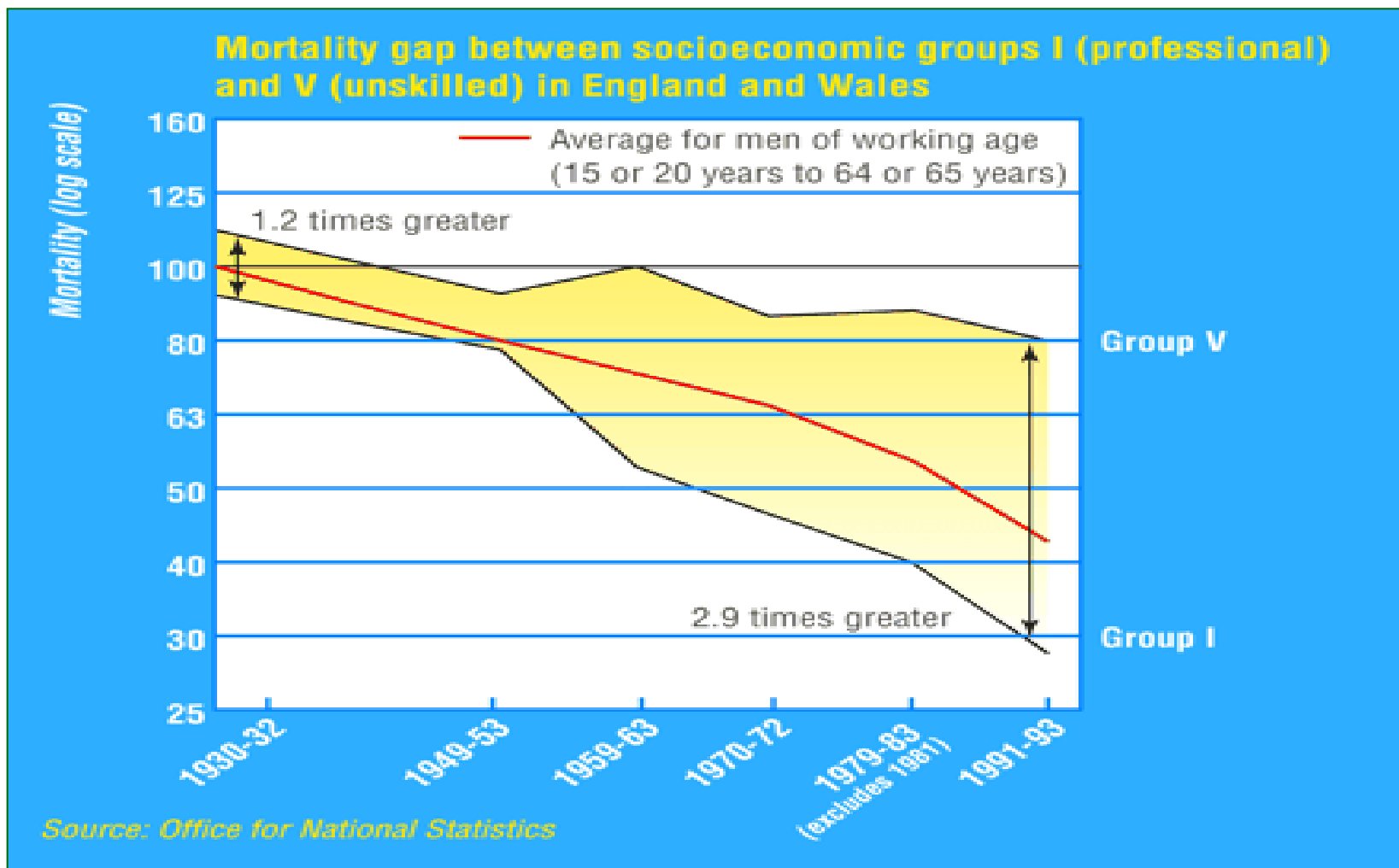
Angelo Stefanini

Assessorato alla Sanità, Regione Emilia-Romagna
Università di Bologna



<http://www.sochealth.co.uk/history/black.htm>

Divario in mortalità tra gruppi socio-economici. Inghilterra e Galles, 1930 - 1993.

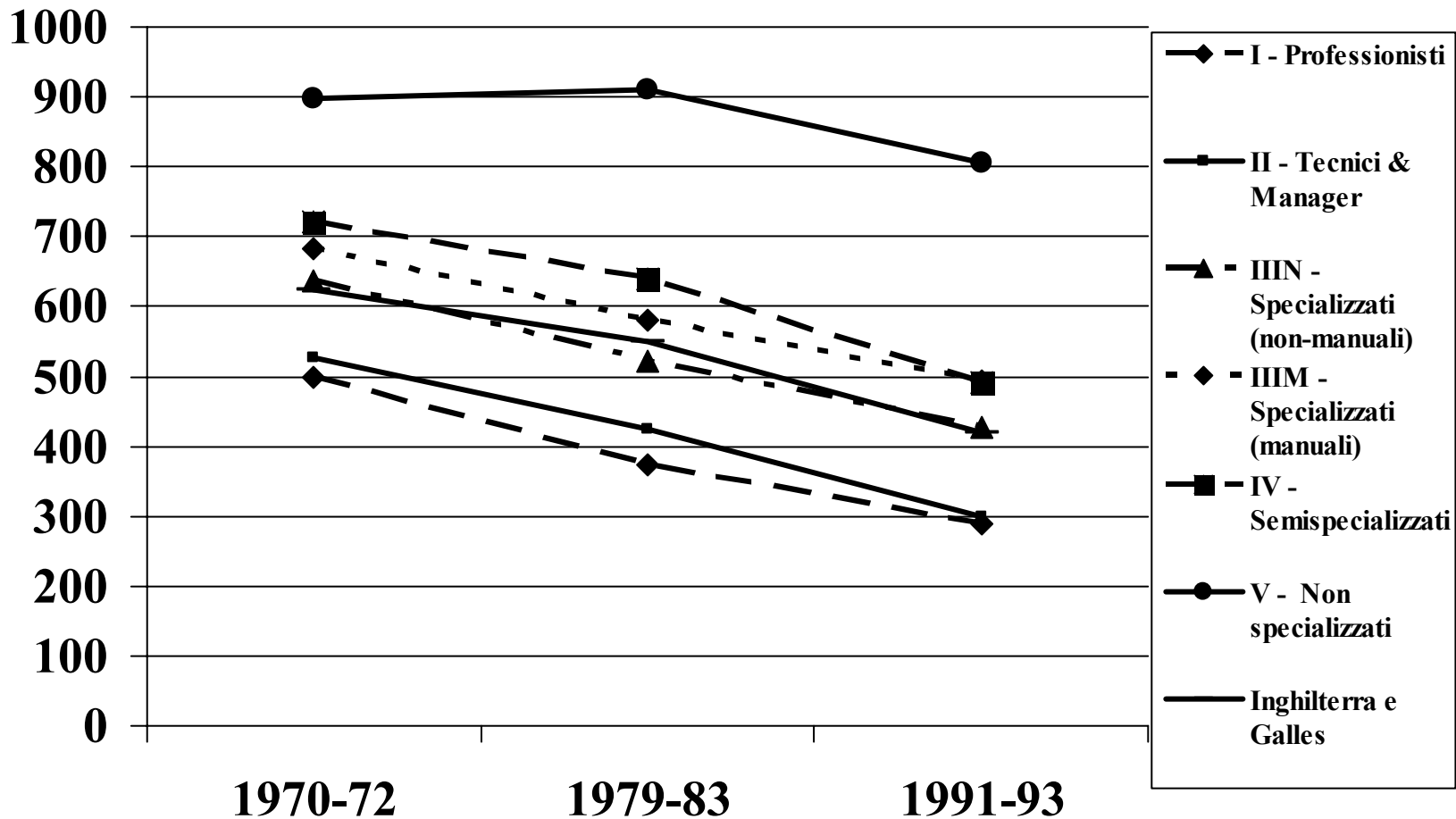


*“...perché le medie son vigliacche,
mischiano il più dei ricchi col meno dei
poveri, come facesse pari”*

Don Lorenzo Milani, “Esperienze pastorali” (1957)

Tassi standardizzati di mortalità (x 100.000), per classi sociali, tutte le cause, uomini di 20-64 anni, Inghilterra e Galles

Fonte: Acheson, 1998.



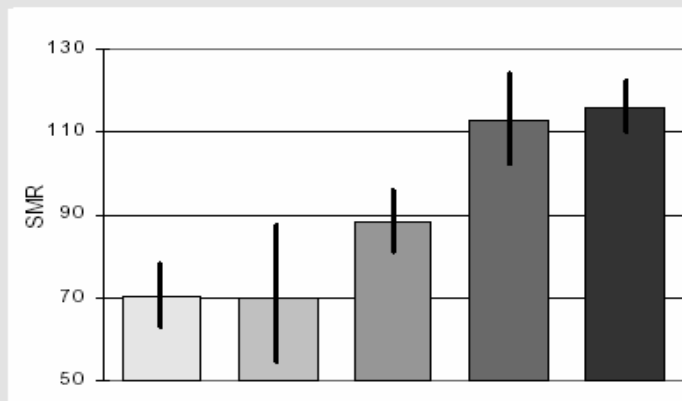
“Quale che sia l'indicatore di posizione sociale impiegato - l'istruzione, la classe sociale, le caratteristiche dell'abitazione - il rischio di mortalità cresce in ragione inversa delle risorse sociali di cui gli individui dispongono.”

G. Costa, M. Cardano, M. Demaria, *Torino, storie di salute in una grande città*. Città di Torino, Ufficio di statistica, Osservatorio socioeconomico torinese, 1998.

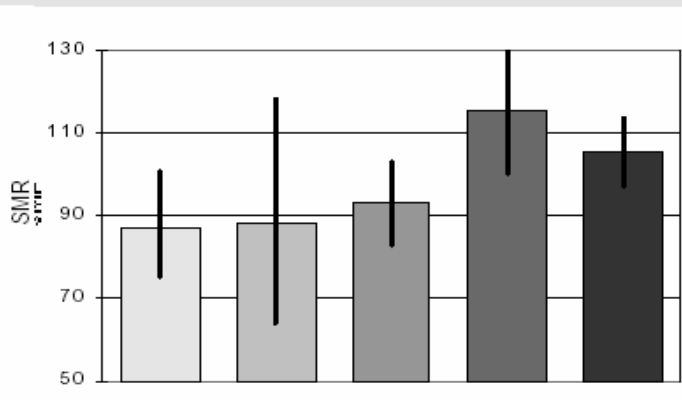
Mortalità per classe sociale della famiglia

Fonte: G. Costa, M. Cardano, M. Demaria (1998)

Uomini, 30-59 anni



Donne, 30-59 anni



classe borghese



piccola borghesia con dipendenti



classe media impiegatizia



piccola borghesia senza dipendenti

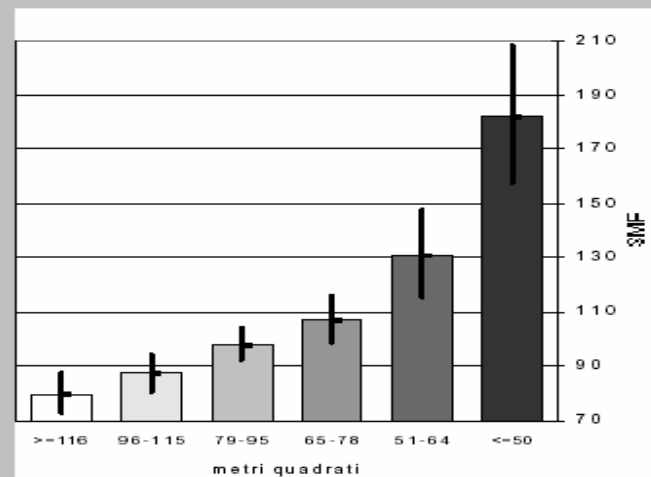


classe operaia

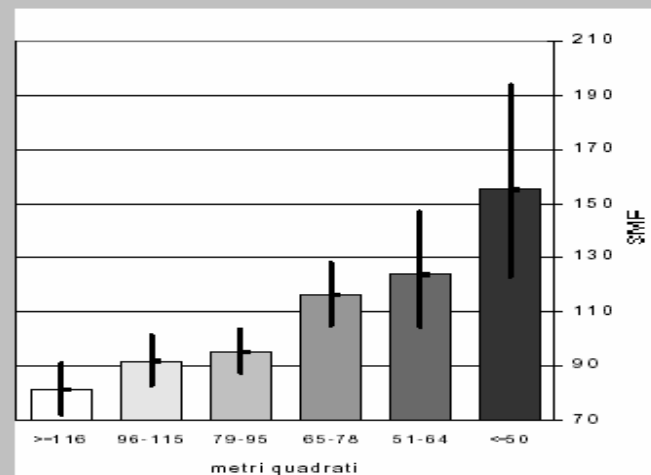
Mortalità per superficie dell'abitazione

Fonte: G. Costa, M. Cardano, M. Demaria (1998)

Uomini, 30-59 anni



Donne, 30-59 anni



**Condizioni socio-economiche e mortalità a Reggio Emilia -
Una ricerca locale nell'ambito di un progetto ministeriale
S.Candela, S.Cavuto, F.Luberto Reggio Emilia, 15 marzo 2005**

Classe sociale	RR	
Dirigente	1	CM=Classe Media
Imprenditore	1,16	PB= Piccola Borghesia
Libero prof.	1,43	
CM impiegatizia	1,46*	
PB con dipend.	1,47*	
PB senza dip.	1,93*	
Classe operaia	2,21*	

Rischio Relativo (RR) di mortalità per tutte le cause, in relazione alla classe sociale sec. Schizzerotto

(M in età 30-59) (*statisticamente significativo)

Torino Firenze Livorno Reggio E.

Laurea	n.	211	90	23	64
	RR	1.00	1.00	1.00	1.00
Media Sup.	n.	526	244	71	185
	RR	1.18	1.60*	1.10	1.27
Media Inf.	n.	1088	298	148	285
	RR	1.62*	1.72*	1.80*	1.60*
Element.	n.	1313	451	191	548
	RR	2.06*	2.16*	1.96*	2.17*
Senza Tit.	n.	216	34	27	44
	RR	2.71*	2.57*	3.26*	3.60*(1)

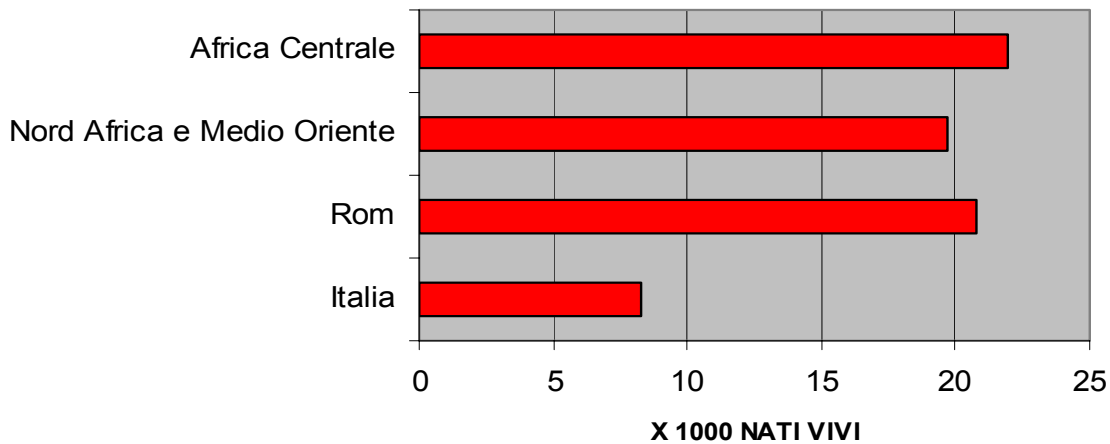
Mortalità generale in relazione al TITOLO DI STUDIO nel periodo 1991-'95 negli studi di coorte di Torino, Firenze, Livorno e Reggio Emilia (maschi 30-59 anni) (Reggio E.: periodo 1992-2001)

(*) statisticamente significativo

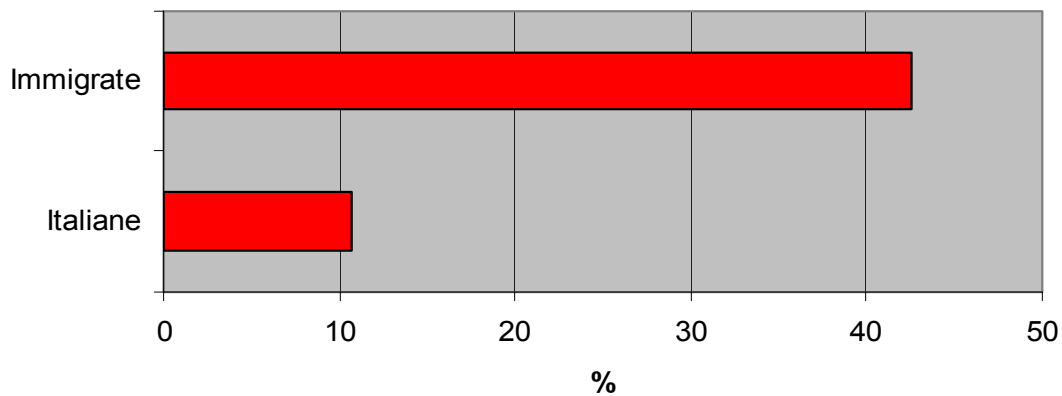
(1) non esclusi i "probabilmente invalidi"

Condizioni socio-economiche e mortalità a Reggio Emilia - *Una ricerca locale nell'ambito di un progetto ministeriale Silvia Candela, Silvio Cavuto, Ferdinando Luberto*
Reggio Emilia, 15 marzo 2005

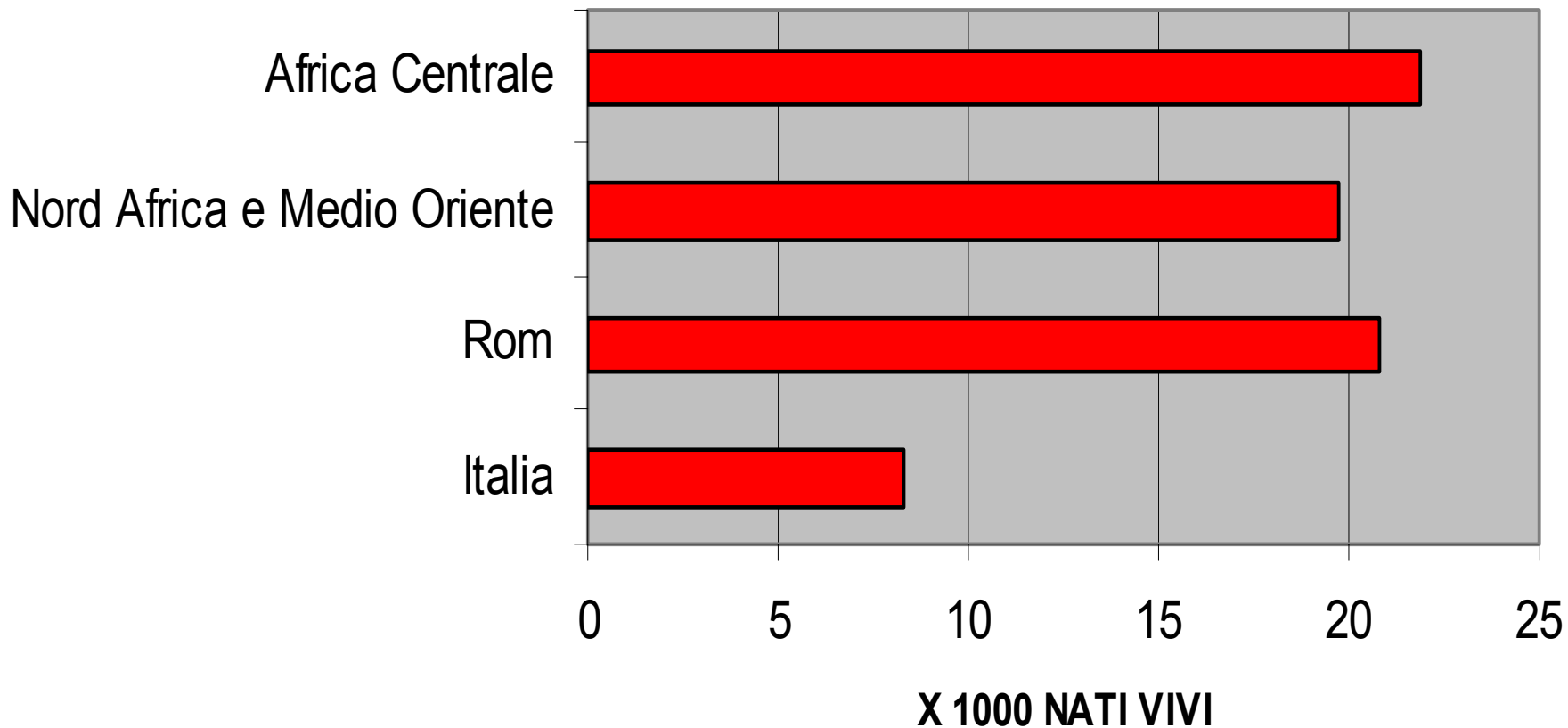
MORTALITA' INFANTILE



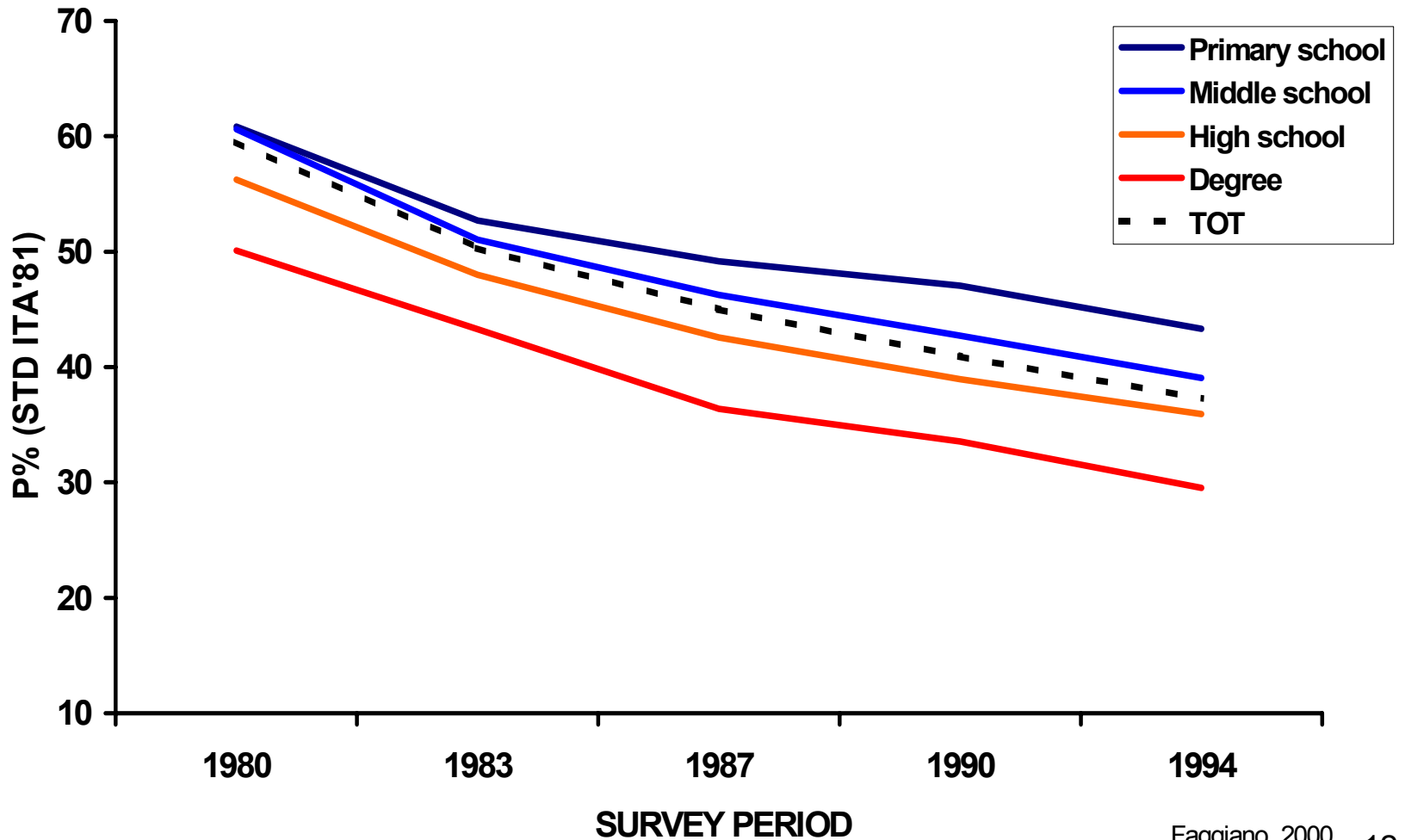
NESSUN CONTROLLO NEL 1° TRIMESTRE DI GRAVIDANZA



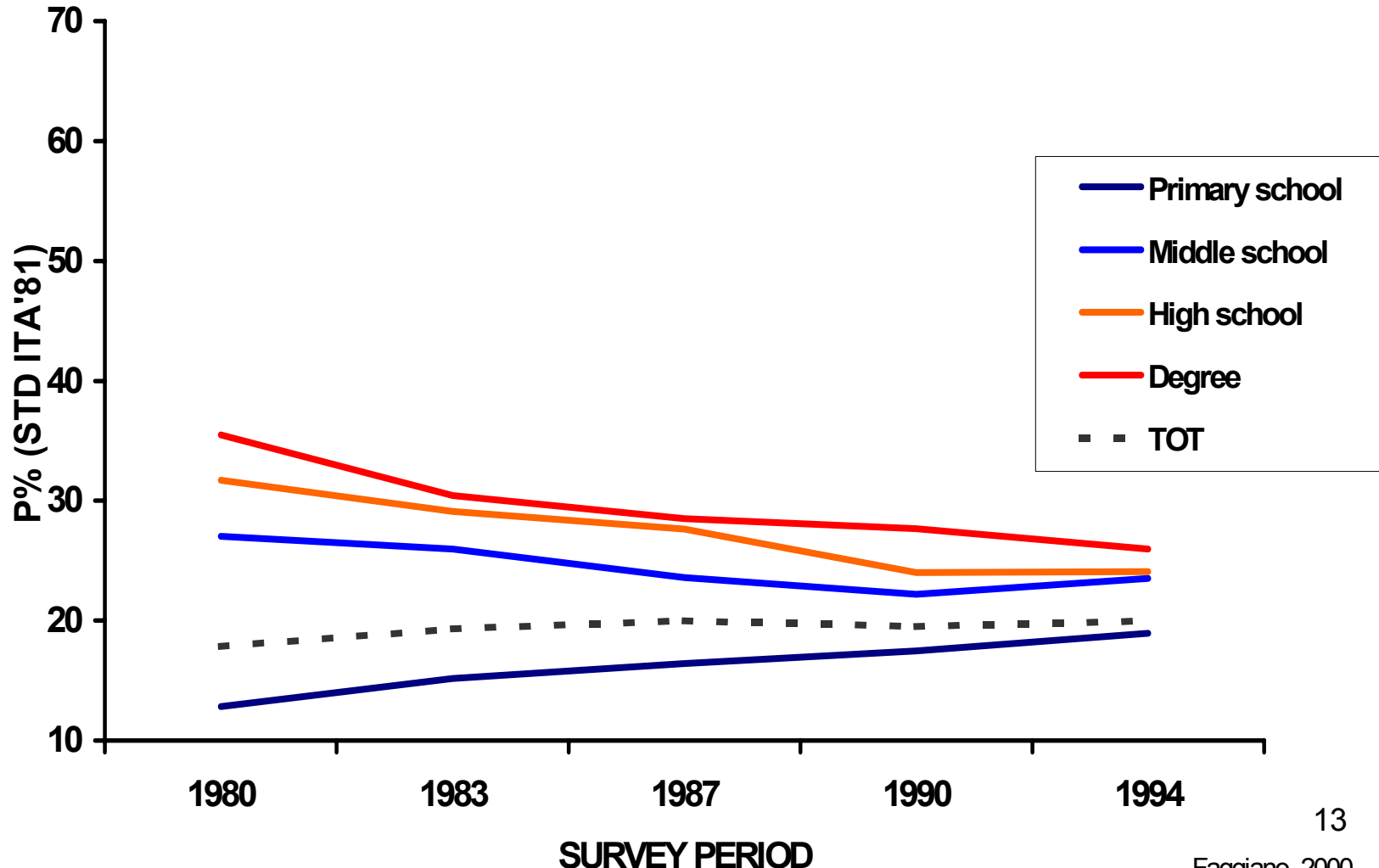
Differenti tassi di mortalità infantile in differenti gruppi etnici



Smoking prevalence in Italy 1980-94 -Men 25-74



Smoking prevalence in Italy 1980-94 - Women 25-74



La traiettoria “*life-course*”

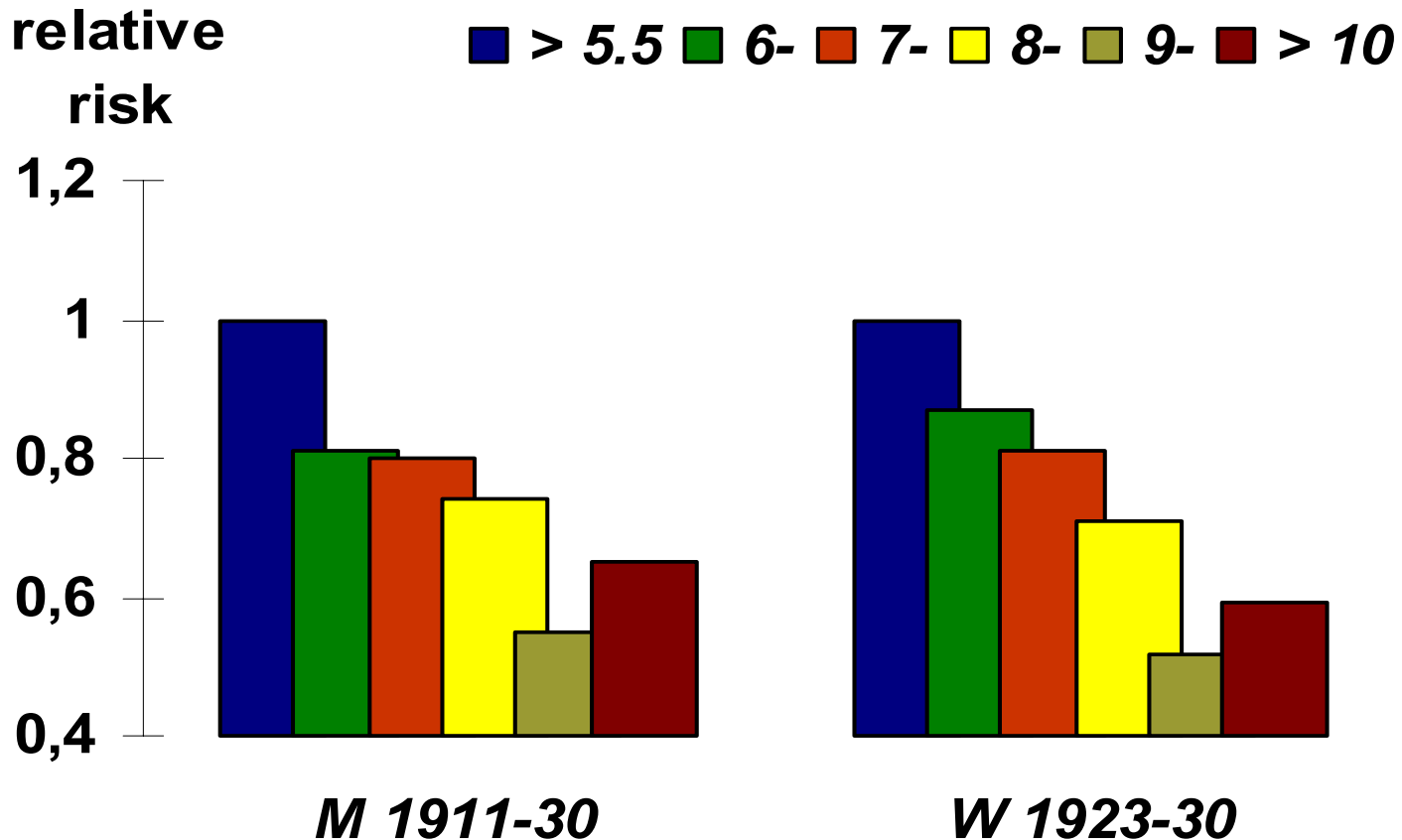
Le condizioni socio-economiche agiscono sullo stato di salute degli individui anche a distanza di tempo, esistendo un’associazione tra condizioni socioeconomiche nell’infanzia e mortalità nell’età adulta.

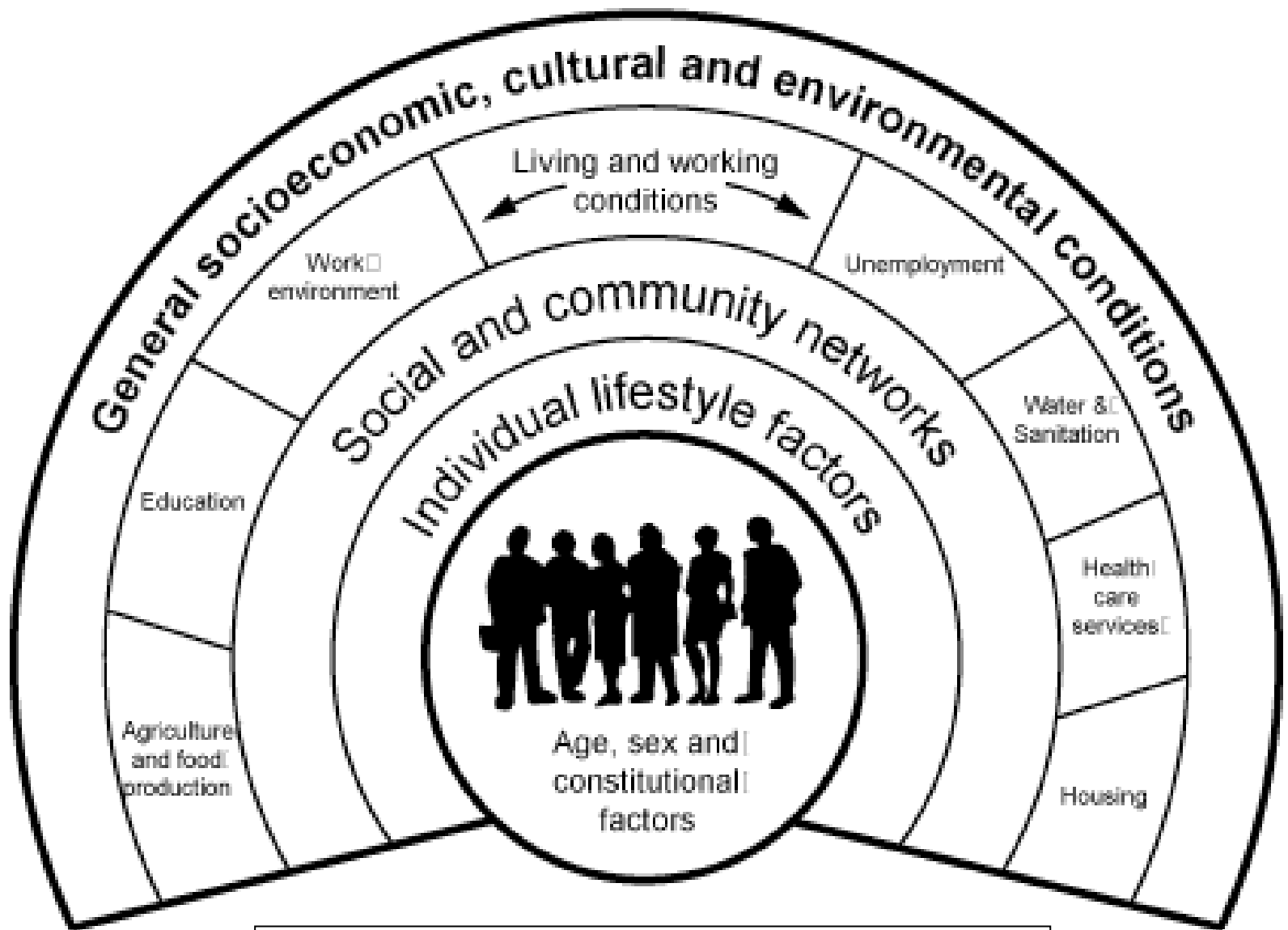
Concetto di ***Embodiment*** (“incorporamento”): le persone letteralmente “incorporano”, biologicamente, il mondo materiale e sociale in cui vivono, dall’utero al momento della morte.

Krieger N. (2004)

Mortalità cardiovascolare e peso alla nascita

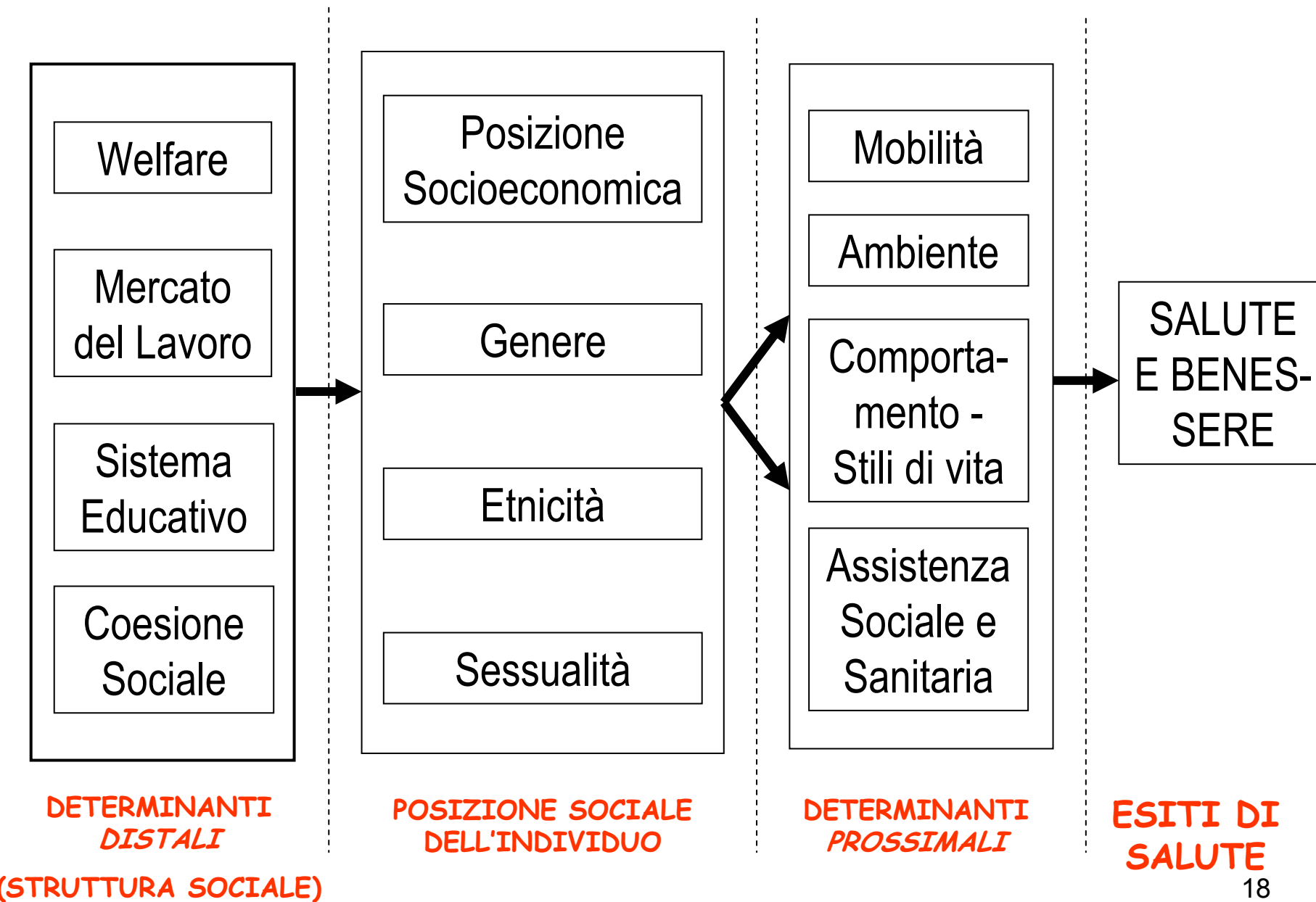
Hertfordshire (BMJ 1993;307:1519)





I Determinanti della Salute

Determinanti della **Salute**
vs
Determinanti delle **Disuguaglianze**
nella Salute



“Le disuguaglianze sociali nella salute sono il risultato di una catena di cause che trova la sua origine nella struttura di base della società”

Rapporto Acheson, 1998

Organizzazione Mondiale della Sanità – Regione Europea - *Health 21*, 1999

“...E’ pertanto imperativo che le politiche pubbliche affrontino le cause prime dell'ingiustizia socioeconomica, e che le politiche fiscali, educative e sociali garantiscano una riduzione delle ingiustizie nei confronti della salute.

Tutti i settori della società dovrebbero assumersi la propria responsabilità nel ridurre le ingiustizie sociali e quelle legate alla differenza di sesso, e di alleviare le relative conseguenze sulla salute.”

“Commissione Nazionale di Sanità Pubblica”

Svezia, 1997

A) Rafforzare il capitale sociale

- *Un forte senso di solidarietà e un sentimento di comunità nella società*
- *Un ambiente sociale a sostegno dell'individuo*

B) Crescere in un ambiente adeguato

- *Condizioni di equità e di sicurezza per tutti i bambini*

C) Migliorare le condizioni di lavoro

- *Alti livelli di occupazione*
- *Un ambiente di lavoro sano*

D) Creare un ambiente fisico soddisfacente

- *Aree verdi accessibili per lo svago*
- *Ambienti “indoor” e “outdoor” salubri*
- *Ambienti e produzioni sicure*

“Commissione Nazionale di Sanità Pubblica” Svezia, 1997

E) **Promuovere stili di vita sani**

- *Più esercizio fisico*
- *Abitudini alimentari sane*
- *Sessualità sicura e basata sulla fiducia*
- *Riduzione del consumo di tabacco*
- *Riduzione dell'abuso di alcol*
- *Una società libera dalla droga*

F) **Sviluppare adeguate infrastrutture per la salute**

- *Servizi sanitari più orientati verso la salute*
- *Un impegno coordinato verso la sanità pubblica*
- *Investimenti a lungo termine nella ricerca, nello sviluppo e nella formazione*
- *Una efficace informazione sanitaria*



Due diversi orientamenti della Sanità Pubblica

ORIENTAMENTO	“Politico”	“Tecnico”
TEORIA DI FONDO	Socio-strutturale	“Stili di vita”
PRIORITÀ	Disuguaglianze, povertà, problemi ambientali globali	Rischi individuali di malattia
AZIONI PRINCIPALI	Integrare gli interventi sanitari con quelli di altre discipline e differenti settori della vita sociale e politica Più attento all’efficacia	Interventi preventivi rivolti ai gruppi a rischio Più attento all’efficienza
OPPORTUNITÀ	Potenziati benefici globali a lungo termine	Benefici immediati
RISCHI	Rischio di fallimento data la vasta portata degli obiettivi	Incapacità di affrontare le minacce alla salute globale



World Health Organization



**Commission on
Social Determinants of Health**

http://www.who.int/social_determinants/en/