

# I determinanti eco-socio-economici della salute

Una prima analisi concernente il Cantone Ticino nel 1997

G. Domenighetti, J. Quaglia, L. Inderwildi Bonivento, Dipartimento delle Opere Sociali, Sezione sanitaria

## 1) Determinanti socio-economici e politica di sanità pubblica

L'obiettivo di una politica di sanità pubblica dovrebbe essere quello di promuovere il benessere sanitario individuale e collettivo:

- garantendo a tutta la popolazione un accesso equo alle informazioni, alle prestazioni ed ai servizi (di prevenzione, di diagnosi, di cura e di riabilitazione) adeguati ai bisogni sanitari, il tutto a costi sopportabili per l'individuo e per la società tenuto conto delle risorse disponibili.
- mettendo in atto un'azione inter-settoriale di sostegno ad un ambiente eco-socio-economico favorevole alla salute.

Se i contenuti della prima parte di questo obiettivo, a parte la "novità" rappresentata dall'esplicito accenno all'equità d'accesso alle "informazioni", sono, almeno dal punto di vista generale, unanimemente condivisi, la seconda parte, che fa esplicito riferimento alla messa in atto di un' "azione inter-settoriale", è probabilmente in larga misura incompresa o percepita come un mero obiettivo declamatorio di poca o nulla valenza pratica. Questa percezione è senz'altro più radicata e diffusa presso la cosiddetta società civile per la quale la salute, la sua promozione ed il suo mantenimento non possono passare che attraverso sempre maggiori tecnologie e consumi di prestazioni erogate da operatori e servizi sanitari.

### Presentazione

Questo breve rapporto è un primo contributo verso una nuova visione ed azione di politica sanitaria che si discosti da quella dominante che vuole che la salute, la sua promozione ed il suo mantenimento debbano solo e necessariamente passare attraverso sempre maggiori consumi di prestazioni medico-sanitarie.

Questo primo documento mostra, con dati concernenti il Cantone Ticino, risultati già noti a livello della ricerca internazionale e cioè che la salute dipende in larga misura dalla condizione socio-economica individuale e collettiva.

Anche in paesi come la Svizzera che da sempre, garantiscono un accesso equo per tutta la popolazione ai servizi medico-sanitari, le ineguaglianze di benessere sanitario e di longevità tra gli appartenenti ai gruppi più agiati rispetto a quelli meno favoriti non sono, come ci si poteva attendere, scomparse o diminuite bensì, al contrario, esse si sono accentuate.

Fattori legati al modello di sviluppo economico, alle condizioni di lavoro, alla qualità dell'abitazione, ai trasporti, all'educazione e all'ambiente inteso come eco-sistema sono potenti determinanti del benessere sanitario.

Il Consiglio di Stato, nelle linee direttive per il quadriennio, ha incluso tra gli obiettivi prioritari di politica sanitaria, la misura dell'impatto sanitario delle decisioni legislative ed esecutive che saranno prese nei settori "sensibili" dianzi citati.

Questo obiettivo sarà raggiunto allorché:

- i nuovi progetti di legge, le modifiche di legge e le decisioni esecutive importanti relative ai vari settori che potrebbero influenzare la salute pubblica saranno accompagnati da "rapporti di impatto" che sottolineino le conseguenze potenziali delle decisioni da adottare sul benessere sanitario dei cittadini e ciò sulla base dei risultati già conosciuti desunti dalla ricerca internazionale;
- saranno messe in pratica iniziative coordinate che informino la popolazione sulle opportunità e sui limiti del modello di sviluppo economico attuale. Tali iniziative dovrebbero coinvolgere tutti i settori pubblici, soprattutto quello dell'istruzione, della gestione ambientale, dei servizi sociali e sanitari;
- si promuoverà la cultura sanitaria (empowerment) della popolazione anche attraverso la diffusione della consapevolezza che i veri determinanti della salute vanno ricercati anche al di fuori dei servizi sanitari.

Questa azione, nata in Ticino, è stata accolta anche a livello federale ed inclusa, quale tema prioritario, tra gli obiettivi per una nuova politica sanitaria nazionale dando così la possibilità alla Svizzera di aderire pienamente al concetto di "investimento a favore della salute" proposto dall'OMS.

Ora, indispensabile, è la sensibilizzazione ed il sostegno pubblico, fattore quest'ultimo essenziale al successo o all'insuccesso di ogni iniziativa politica.

Patrizia Pesenti  
Direttore del Dipartimento delle Opere Sociali

### a) Perché un'azione intersettoriale per la salute?

La necessità di porre l'intervento intersettoriale tra gli obiettivi prioritari della politica sanitaria discende dall'evidenza che il benessere sanitario di una popolazione dipende anche, se non soprattutto, da determinanti che di regola sono ritenuti estranei o poco influenti sulla "produzione" di quantità e di qualità di vita di una popolazione. Essi sono: la cultura, intesa in senso lato, la condizione socioeconomica (fattori che a loro volta influenzeranno i comportamenti e gli stili di vita) e l'ambiente inteso come ecosistema. A questi determinanti il benessere sociosanitario vanno poi aggiunti il patrimonio genetico individuale ed infine la disponibilità e l'accesso ad un sistema sanitario "universale" (figura 1).

Il contributo relativo dato da ciascuno di questi determinanti alla longevità (raggiungimento dell'età di 75 anni) è stato da più autori stimato. Ad esempio l'importanza del contributo dato dal settore prettamente sanitario al conseguimento di questo obiettivo (generalmente mitizzato) è stato valutato come pari al 10-15%, quello del patrimonio genetico tra il 20 e il 30%, il contributo dell'ecosistema del 20%, mentre l'influenza dei fattori socio-economici, di gran lunga la più importante, è stata stimata tra il 40 e il 50%.

Quando si valutano e si comparano i risultati dei sistemi sanitari in termini di longevità delle popolazioni di riferimento si vede che, tra i paesi industrializzati avanzati che garantiscono un accesso equo ai servizi, non esiste praticamente nessuna correlazione tra la spesa (e quindi le disponibilità di servizi e operatori) e la speranza di vita. Questo fatto non deve in effetti sorprendere perché, come visto, altri fattori sono più atti a produrre "longevità" e quindi a spiegare tali differenze.

Ad esempio, la "cultura" mediterranea, legata essenzialmente a fattori alimentari e climatici, concede una "rendita" di partenza in termini di speranza di vita ai popoli del sud dell'Europa di circa 3/4 anni rispetto a quelli del nord e ciò indipendentemente dall'efficienza e dall'efficacia dei servizi sanitari.

Il gradiente socioeconomico risul-

Figura 1



ta poi essere probabilmente il più importante fattore esplicativo della quantità di vita (e probabilmente della qualità) e ciò indipendentemente dall'"humus" culturale in senso lato in cui un individuo od una popolazione sono "immersi".

Come avvenne in occasione del naufragio del Titanic, ove la sopravvivenza era positivamente correlata con la classe d'imbarco, così nella so-

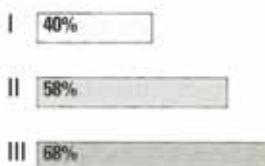
cietà civile coloro che si trovano in una condizione di maggior benessere socioeconomico beneficavano di una maggiore longevità e quindi avranno tassi di mortalità più bassi (figura 2).

L'abbondanza di studi pubblicati in questi ultimi anni mostrano senza nessuna ambiguità che l'ineguaglianza socioeconomica porta ineluttabilmente all'ineguaglianza sanitaria [1, 2, 3, 4, 5]. Da qui l'evidenza che tutta

Figura 2

**Titanic:  
mortalità dei  
passeggeri  
secondo la classe  
di imbarco**

Classe



**Svizzera:  
mortalità per classe socio-  
professionale (SMR)**

Classe



Fonte: Minder C. [12]

una serie di decisioni politiche e legislative prese in settori non sanitari si ripercuotono poi, direttamente o indirettamente, sulla salute individuale e collettiva degli individui e delle popolazioni esposte a tali provvedimenti. Ne consegue che ogni decisione politica d'importanza che tocca i settori dell'economia, del lavoro, dell'educazione, dei trasporti, dell'ambiente e della protezione sociale dovrebbe prendere in considerazione, prima di essere adottata, anche le ripercussioni di tipo sanitario che essa potrebbe comportare. Per questi motivi una politica sanitaria deve includere la cosiddetta "azione intersectoriale" di sostegno ad un ambiente eco-socio-economico favorevole alla salute. Privilegiando unilateralmente gli interessi economici (globalizzazione, ottimalizzazione del reddito del capitale, flessibilizzazione del lavoro, smantellamento degli "ammortizzatori" sociali, ecc.) l'attuale tendenza politica neo-liberale comporta di fatto una modifica del mercato e delle condizioni di lavoro, crescenti ineguaglianze sociali e precarizzazione che si ripercuotono ineluttabilmente sul benessere sanitario e lo stato di salute [6, 7, 8, 9, 10, 11]. Non si tratta ovviamente qui di proporre una sorta di "rivoluzione" tramite "il sanitario", bensì di non perdere di vista quello che per la stragrande maggioranza della popolazione è il "bene primario", cioè il benessere sanitario senza il quale non sembra possibile "progettare l'avvenire". Quindi una stretta collaborazione tra i diversi settori (ministeri, assessorati, ecc.) è un imperativo per ogni politica che miri ad una vera promozione della salute. Oggigiorno nei paesi industrializzati che dispongono di un sistema sanitario "universale" le decisioni del Ministro delle finanze hanno probabilmente un impatto maggiore sulla salute delle popolazioni che quelle del Ministro della sanità. Il problema è che nessuno dei due Ministri è disposto ad ammetterlo e che la popolazione non ci crede.

I provvedimenti concreti che possono esplicitare la volontà politica di uno Stato di agire a favore della salute saranno:

- dapprima, la **conduzione** e la **diffu-**

**sione pubblica** dei risultati di studi e ricerche che mettano in evidenza che anche in "casa propria" il gradiente socioeconomico, rispettivamente l'ecosistema, influenzano la salute fisica e psichica, soggettiva e oggettiva, dei cittadini, e, secondo provvedimento,

- procedere alla misura sistematica dell'**impatto sanitario** (Health Impact Assessment - HIA) delle politiche pubbliche concernenti settori "sensibili". Essa sarà concretamente attuata accompagnando "ex-ante" le decisioni con un rapporto sullo "stato dell'arte" desunto dalla letteratura sugli impatti potenziali sulla salute dei provvedimenti da adottare e, "ex-post" approntando "indicatori" che assicurino il monitoraggio.

#### **b) La valutazione dell'impatto sanitario delle politiche pubbliche**

Come detto è oggi riconosciuto che la salute di una popolazione, misurata in quantità e qualità di vita, dipende più da fattori legati all'ambiente fisico ed a quello socioeconomico che dal mero consumo "ad oltranza" di beni e servizi sanitari. Ciò è particolarmente vero per quei paesi che dispongono di una vasta offerta sanitaria e che garantiscono equità di accesso ai servizi.

Da qui la necessità di meglio capire e valutare l'impatto delle politiche pubbliche sulla salute della popolazione.

La difficoltà principale di questa valutazione risiede nel fatto che la salute è una variabile multi dimensionale e che pertanto lo stato di salute è determinato da una moltitudine di cause - che coinvolgono quasi tutti i settori dell'attività politica - alle quali non è semplice risalire. Per rispondere a questa sfida, diversi paesi, soprattutto anglosassoni, stanno attualmente lavorando ad una serie di strumenti che dovrebbero permettere la valutazione dell'impatto sulla salute [13].

L'HIA sarebbe dunque una combinazione di metodi che permetterebbero di valutare le conseguenze per la salute della popolazione di una politica, di un progetto o di un programma il cui obiettivo primario non era ne-

cessariamente la salute stessa.

Idealmente, per garantire anche in futuro un buon livello di salute e di benessere alla popolazione, sarebbe auspicabile che l'evoluzione generale della società fosse orientata verso uno sviluppo più sostenibile, più rispettoso dell'uomo e dell'ambiente.

Perciò la Valutazione d'impatto sulla salute (HIA) dovrebbe essere integrata nella già prevista procedura di valutazione dell'impatto sull'ambiente che prende in considerazione l'uso in senso lato delle limitate risorse del pianeta.

Inoltre, la partecipazione della popolazione alle scelte che la riguardano, in particolare sul tipo di sviluppo economico e sociale, sarebbe ovviamente più che auspicabile, a patto che la stessa popolazione sia correttamente informata sulle conseguenze delle scelte che starebbe per fare.

Oggi l'applicazione di questi principi incontra serie difficoltà dovute essenzialmente all'approccio ideologico. La premessa è la definizione di una base comune di norme e di valori riguardanti gli obiettivi della politica pubblica, così come chiari obiettivi di politica sanitaria [14]. Essi sono dunque prerequisiti indispensabili la cui mancanza è spesso all'origine del fallimento di questo tipo di valutazione.

Dato per acquisito che si riesca a dotarsi di obiettivi chiari e condivisi nel quadro delle politiche pubbliche, rimane l'aspetto tecnico-operativo della valutazione d'impatto che richiede diverse fasi e diversi livelli di misura.

Si tratta infatti di misurare :

- l'impatto diretto (obiettivo ricercato) della politica settoriale esaminata;
- l'impatto economico (analisi costi-benefici);
- l'impatto sociale sulla popolazione;
- l'impatto politico a breve e media scadenza.

Ne consegue la necessità di disporre di strumenti e metodi ad hoc che permettano di:

- identificare l'impatto oggettivo e potenziale per la salute e il benessere;
- identificare meccanismi che permettano di impedire/minimizzare gli impatti negativi per la salute e di moltiplicare gli impatti positivi per

la salute, in sintonia con gli obiettivi della politica sanitaria;

- fornire un'informazione adeguata per permettere decisioni accurate e trasparenti.

Attualmente è ancora utopico pensare di trovare "fatto e finito" un quadro analitico standard ed una guida pratica con tutti gli strumenti per la realizzazione di valutazioni d'impatto sulla salute. Si dovrà quindi riuscire a mettere assieme, in modo strutturato, la valutazione delle politiche pubbliche, la collaborazione intersettoriale, il coinvolgimento del pubblico e l'evidenza disponibile, in vista di rendere il più esplicito possibile il processo di decisione [15, 16]. A Bruxelles, un ufficio, frutto della collaborazione tra OMS e la London School of Economic, sta approfondendo metodologie e strumenti in vista dell'integrazione sistematica della valutazione dell'impatto sanitario nelle politiche pubbliche.

**Quale soluzione pragmatica minima** si dovrebbero da subito accompagnare i progetti di decisione con rapporti che esplicitino, sulla base della letteratura scientifica disponibile, il **potenziale impatto** sulla salute del o dei provvedimenti che si intendono adottare.

### c) Determinanti eco-socio-economici ed educazione sanitaria

Un'ulteriore doverosa puntualizzazione concerne l'utilità e l'efficacia dei "classici" programmi comunitari di promozione della salute o di educazione sanitaria che mirano a ridurre i cosiddetti fattori di rischio od a promuovere comportamenti che abbiano un effetto "protettivo" sull'insorgere delle malattie cronico-degenerative più diffuse.

Non v'è oggi più dubbio che i maggiori determinanti della salute sono, e sono sempre stati, di tipo socio-economico ed ambientale e che il modello biomedico dominante sull'eziologia delle malattie abbia finora impedito di porre, negli anni recenti, le vere priorità a livello di salute pubblica. Ora, i classici programmi di educazione sanitaria che mirano ad incoraggiare modifiche di comportamento e di stili di vita dimenticano tutti che

fattori al di fuori dal controllo individuale (legati quindi al contesto socio-economico, a quello ambientale e legale) sono quelli che in realtà influenzano sui comportamenti e gli stili di vita e susseguentemente sulle condizioni psicofisiche degli individui.

Il non considerare i determinanti socio-economici e ambientali nell'attuare i programmi di educazione sanitaria può comportare, al meglio, di proporre interventi totalmente inefficaci e, al peggio, di colpevolizzare gli individui ritenendoli i soli responsabili di eventi che sfuggono al loro controllo [17, 18].

La politica sanitaria dovrebbe oggi, nei paesi industrializzati che assicurano l'universalismo d'accesso ai servizi, mirare quindi, prioritariamente, tramite l'azione intersettoriale, ad incoraggiare i cambiamenti a livello macroeconomico e culturale indirizzati a ridurre le ineguaglianze di reddito a livello sociale, a sostenere un alto livello di occupazione, a migliorare le condizioni di lavoro ed a creare le condizioni per una migliore stabilità e coesione sociale favorendo politiche pubbliche fondate sullo sviluppo sostenibile.

Lo "svantaggio" sociale deve quindi essere considerato esplicitamente ogni qualvolta si progettano programmi di educazione sanitaria altrimenti non si farà altro che ulteriormente discriminare i più sfavoriti rispetto a coloro socialmente più agiati.

### d) Conclusioni

Una politica per la salute dovrebbe agire su due assi prioritari, il primo a livello **culturale**, l'altro a livello **strutturale** (figura 3). Finora, ad eccezione dell'azione intersettoriale rimasta praticamente negletta, è stato privilegiato solo l'aspetto strutturale e segnatamente gli aspetti d'organizzazione, di finanziamento e di gestione dei servizi.

Ora si tratta di attuare la **cooperazione intersettoriale** fondata sui determinanti della salute e sulla misura dell'**impatto sanitario** nonché promuovere contemporaneamente un intervento mirante a **modificare la "cultura" che la società civile e l'individuo hanno verso le attese "mitiche" di efficacia reale e potenziale dei servizi sanitari**, attese che dovrebbero essere ricondotte alla realtà dell'"evidenza". L'interazione tra i due assi prioritari d'intervento (strutturale e culturale) è evidente e sicuramente necessaria davanti alle "scelte tragiche" che ci attendono dovute all'impossibilità di immettere nell'"universalismo" assicurativo tutti i servizi e tutte le tecnologie che saranno proposti dal mercato e che beneficerebbero presso l'opinione pubblica del sostegno enfatico ed acritico promosso dai media, dai professionisti della salute e dall'industria.

Lo scollamento tra le attese di benessere indotte dalle esplosive poten-



zialità e realtà della medicina del XXI secolo e le risorse disponibili, per definizione limitate, costringeranno ad operare delle scelte e a definire delle priorità al fine di mantenere in vita l'universalità dell'accesso almeno a quelle prestazioni che saranno giudicate efficaci, adeguate e necessarie per risolvere o gestire problemi sanitari ritenuti prevalenti a livello sociale.

Parallelamente si dovrà rendere "visibile" all'opinione pubblica l'influenza dei determinanti eco-socio-economici sulla promozione dell'autogestione sanitaria individuale e collettiva e sullo stato generale di salute (quantità e qualità di vita), al fine di promuovere, presso la società civile, il sostegno a decisioni politiche e tecniche che promuovano e sostengano un ambiente nonché modelli di sviluppo e prassi organizzative favorevoli alla promozione del benessere sanitario.

Globalmente la Svizzera gode di un buono stato generale di salute e, per quanto concerne i principali comportamenti che possono influenzare il benessere sanitario, ognuno dispone dell'informazione necessaria per poter procedere a scelte individuali positive. Il problema è quello della "non" traduzione "in atti" delle conoscenze che dipende da condizioni esterne al "controllo individuale" (in particolare dall'ambiente socioeconomico nel quale l'individuo è immerso).

Si tratterà quindi di promuovere i cambiamenti macro, meso e micro economici (riduzione delle disuguaglianze, sostegno dell'occupazione, migliorare le condizioni di lavoro e il sostegno sociale, migliorare gli "ammortizzatori" sociali, ecc.) con la messa in atto di un'azione culturale partecipativa che miri all'"empowerment" della società civile sul tema dell'influenza dei determinanti socio-economici della salute, al fine di acquisire un consenso sociale ampio e consapevole sui cambiamenti utili a uno sviluppo sostenibile e favorevole al benessere sanitario, come pure verso il sostegno all'introduzione, a livello istituzionale, della valutazione sistematica, ex-ante ed ex-post, dell'impatto sociosanitario "delle politiche pubbliche" e delle decisioni "importanti" da prendere in settori considerati "sensibili".

## 2) Una prima analisi empirica sul Ticino

### a) Metodologia

Questa analisi si fonda sui dati raccolti in occasione dell'Indagine Svizzera sulla Salute del 1997 (ISS) [19], effettuata ogni 5 anni dal 1992 dall'Ufficio Federale di Statistica. Nel 1997, per la prima volta, il campione ticinese è stato ampliato in modo da permettere analisi specifiche su "sottogruppi" di popolazione garantendo una buona attendibilità dei risultati. In Ticino, l'indagine ha coinvolto 1107 persone.

L'Indagine Svizzera sulla Salute costituisce oggi uno strumento fondamentale per ottenere le informazioni necessarie all'impostazione della politica sanitaria e alla gestione del sistema sanitario.

L'ISS ha tre obiettivi:

- monitorare l'attuale situazione e l'evoluzione dei diversi aspetti concernenti la salute e la qualità di vita della popolazione per poter pianificare e intervenire a livello di sistema sanitario;
- identificare i principali fattori che influenzano la salute allo scopo di definire misure e strategie di promozione della salute e di prevenzione;
- acquisire conoscenze sulla correlazione tra la salute e i fattori che la determinano e tra la salute e il ricorso alle prestazioni dei servizi sanitari.

L'Indagine sulla Salute in Svizzera è stata effettuata su un campione stratificato a due livelli scelto aleatoriamente tra la popolazione residente in Svizzera (cittadini svizzeri e stranieri domiciliati) di 15 anni e più, che vive in un'economia domestica e che dispone d'allacciamento telefonico. L'indagine prevedeva un'intervista telefonica di circa 40 minuti e, a complemento delle domande telefoniche, un questionario scritto è stato inviato alle persone precedentemente intervistate.

L'analisi qui presentata utilizza la variabile "**classe sociale**" e include unicamente la popolazione adulta (di età uguale o superiore ai 25 anni) al fine di disporre di soggetti con formazione generalmente ultimata e reddi-

to più stabile.

Il metodo di Fischer e Zbinden [20] è stato utilizzato per definire ed estrarre le classi sociali oggetto di questa analisi. La variabile sintetica "Classe sociale" è stata creata per lo studio dei dati dell'Inchiesta Svizzera sulla Salute 1997 e si fonda su tre parametri: le categorie socioprofessionali, il livello più elevato di formazione e il reddito totale dell'economia domestica. Per le analisi sul Ticino abbiamo quindi utilizzato questa variabile sintetica nella **forma a tre categorie** (ne esiste anche una a **cinque categorie**), al fine di permettere, grazie all'aggregazione, una analisi sufficientemente "robusta" delle differenze e della variabilità.

La costruzione empirica di questa variabile sintetica comporta le tappe seguenti:

1. **Differenziazione di sottogruppi all'interno delle categorie socioprofessionali:** il principale criterio di riferimento è il reddito. Questa procedura ha come scopo di ottenere dei sottogruppi composti da soggetti omogenei o vicini, distinti dagli altri sottogruppi. Questo approccio modifica il tradizionale raggruppamento fondato esclusivamente sul livello educativo, metodo prevalentemente utilizzato in Svizzera. Secondo quest'ultima metodologia la differenziazione tra impiegati e operai oppure tra impiegati e quadri risulterebbe problematica.
2. **Aggregazione dei diversi sottogruppi in classi sociali definite:** sulla base della concomitanza tra i tre parametri e tenendo conto della prossimità (caratteristiche sociali comuni o simili) e della distanza (tratti divergenti, anche opposti) questi sottogruppi sono aggregati o differenziati. Queste caratteristiche di prossimità e distanza, sia sociali sia culturali, sono elementi costituenti delle teorie della stratificazione e delle nuove definizioni delle categorie socioprofessionali sia sul mercato sia nella società in generale. Questo modo di procedere dà una nuova ripartizione delle classi sociali tra categorie socioprofessionali, formazione e reddito.

Tabella 1

Strato sociale	Categorie socioprofessionali	Formazione la più alta	Reddito tot. medio mensile
<b>Classe sociale superiore</b>			
Dirigenti	dirigenti	tutti i livelli	> 8.000
Quadri superiori	professioni intermedie	terziaria	6.700 → 7.300
	impiegati	terziaria	
	caporeparto	terziaria	
Indipendenti livello elevato	indipendenti con impiegati	tutti i livelli	6.500 → 8.000
	indipendenti senza impiegati	terziaria	
<b>Classe sociale media</b>			
Quadri medi	professioni intermedie	senza o secondaria	5.600 → 6.100
Impiegati qualificati	impiegati	senza o secondaria	5.600 → 6.100
Operai molto qualificati	caporeparto	secondaria	5.300 → 6.300
	operai qualificati	secondaria, terziaria	
	operai specializzati	terziaria	
Piccoli indipendenti, agricoltori	piccoli indipend. senza impiegati	senza, primaria, secondaria	4.000 → 5.800
	agricoltori	tutti i livelli	
<b>Classe sociale inferiore</b>			
Impiegati non qualificati	professioni intermedie	primaria	4.400
	impiegati	primaria	
Operai qualificati, semi-qualificati	operai qualificati	senza, primaria	4.300 → 4.900
	operai specializzati	secondaria	
	altri stipendiati	secondaria, terziaria	
Operai non qualificati	caporeparto	primaria	< 4.300
	operai specializzati	senza, primaria	
	altri stipendiati	senza, primaria	

3. Le "non-risposte" alla domanda sul reddito (più di un quarto in questo caso) sono state rielaborate: per dare un valore a questi "missing", si è considerato che il soggetto è caratterizzato dalla categoria socio-professionale, dal suo livello di formazione e dall'economia domestica nella quale vive. Basandosi sugli strati sociali costituiti al punto 2, si può stimare il reddito del soggetto a partire dal reddito medio dello strato sociale al quale appartiene. Inoltre, questo reddito medio stimato è il reddito medio della sua situazione nell'economia domestica.

4. Interrelazioni con i parametri costitutivi della variabile sintetica (r di Pearson):

- Classi sociali / livello di formazione:  $.754 p < .0000$
- Classi sociali / reddito totale dell'economia domestica:  $.351 p < .0000$
- Classi sociali / categorie socioprofessionali:  $.773 p < .0000$
- Livello di formazione / reddito tota-

le dell'economia domestica:  $.308 p < .0000$

La definizione della variabile "Classe sociale" utilizzata di seguito è quella presentata nella tabella 1.

#### b) Classi sociali

Sulla base delle definizioni e della metodologia dianzi citati: il campione ticinese rappresentativo della popolazione di età superiore o uguale ai 25 anni risulta essere composto dalle seguenti classi sociali (figura 4).

Come era prevedibile, le donne sono poco rappresentate nella classe sociale superiore (29,6%), mentre sono nettamente più rappresentate in quella media (61,9%) e inferiore (64,7%). La classe sociale superiore è maggiormente rappresentata nella fascia d'età dai 35 ai 44 anni (30,2%); mentre la classe sociale media è soprattutto presente nella fascia d'età dai 25 ai 34 anni (26,5%). Infine, la classe sociale inferiore si trova piuttosto nelle fasce d'età dai 55 ai 74 anni (39,8%). La tabella 2 illustra il dettaglio.

Le analisi riportate in questo capitolo e quello seguente (c) Salute e classe sociale] tengono conto della variabilità per sesso e età dianzi citate nel senso che le differenze rimangono significative tra le classi anche dopo aver tenuto conto di questi fattori "confondenti". Lo studio nazionale effettuato sul campione svizzero dall'Ufficio Federale di Statistica rileva a tal proposito che "le differenze fra le diverse classi sociali nell'ambito della salute si riscontrano in tutte le fasce d'età, in modo meno tangibile fra le persone dai 65 anni in poi e più marcato fra le fasce d'età medie. Ne risulta per esempio che le persone dai 50 ai 64 anni appartenenti alla classe sociale più bassa lamentano altrettanto spesso problemi di salute degli oltre 65enni appartenenti alla classe sociale più alta. In un certo senso, si può parlare di un invecchiamento precoce della classe sociale più bassa. Una constatazione in sintonia con il fatto che fra la classe sociale meno abbiente si riscontra un tasso di mortalità superiore" [21].

Sia l'ambiente abitativo che quello lavorativo possono influenzare lo stato sanitario. Fattori quali l'esposizione a sostanze nocive, l'inquinamento acustico o condizioni che comportano elevati disagi psicosociali (quali attività monotone, insicurezza economica e insoddisfazione nei confronti del proprio lavoro) provocano stress e hanno pertanto un influsso negativo sullo stato di salute. Un fattore di disagio particolare è costituito dall'insicu-

Figura 4 Classi sociali in Ticino

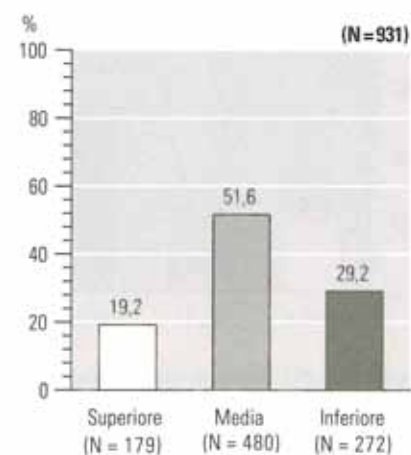


Tabella 2 Classi sociali secondo l'età

	25 - 34		35 - 44		45 - 54		55 - 64		65 - 74		75 e più		Totale	
	Ass.	%	Ass.	%	Ass.	%	Ass.	%	Ass.	%	Ass.	%	Ass.	%
Classe sociale superiore	38	21,2	54	30,2	41	22,9	21	11,7	17	9,5	8	4,5	179	100,0
Classe sociale media	127	26,5	107	22,3	88	18,3	59	12,3	58	12,1	41	8,5	480	100,0
Classe sociale inferiore	46	16,9	32	11,8	49	18,0	54	19,9	54	19,9	37	13,6	272	100,0
<b>Totale</b>	<b>211</b>	<b>22,7</b>	<b>193</b>	<b>20,7</b>	<b>178</b>	<b>19,1</b>	<b>134</b>	<b>14,4</b>	<b>129</b>	<b>13,9</b>	<b>37</b>	<b>13,6</b>	<b>931</b>	<b>100,0</b>

rezza sul lavoro che deriva dalla paura di perdere il posto di lavoro e dalla disoccupazione con le sue ben note conseguenze sulla salute. Se analizziamo quindi all'interno delle tre classi sociali la prevalenza di alcuni fattori che possono influire sulla qualità di vita e quindi sulla salute individuale e collettiva, non sorprende il risultato che mostra un gradiente di disagio correlato con l'appartenenza alla classe sociale.

Durante gli anni novanta, una notevole quota di lavoratori era disoccupata. In Ticino, fra il 1995 e il 1997 (anno quest'ultimo in cui ha avuto luogo il rilevamento statistico oggetto di questa analisi), il tasso di disoccupazione oscillava tra il 4,2 e il 6,7%. Una conseguenza di questa situazione "precaria" è la paura di perdere il posto di lavoro diffusa in buona parte della popolazione. Ma il paragone fra le classi sociali mostra anche in questo caso una situazione di disagio maggiore della classe sociale più bassa, do-

ve più di 1 persona attiva su 2 (51,7%) ha paura di perdere il posto di lavoro, contro 1 persona su 5 (20,5%) per la classe sociale superiore (figura 5).

Come già osservato in altri studi [11], anche nell'inchiesta ISS 1997, tutti gli indicatori sanitari analizzati mostrano una differenza fra le persone che hanno paura di perdere il lavoro e le persone che non hanno questa paura. Infatti le persone che temono per la loro situazione professionale mostrano l'incidenza più alta di malesseri psichici medi o gravi, disturbi fisici gravi e disturbi del sonno.

Nella classe sociale inferiore, circa 1 persona su 4 (27,1%) dice di eseguire dei lavori monotoni o ripetitivi, mentre nella classe sociale superiore, solo 1 persona su 20 (4,8%) percepisce in tal modo il proprio lavoro. La classe sociale media si avvicina a quella inferiore con una percentuale di 19,0% (figura 6).

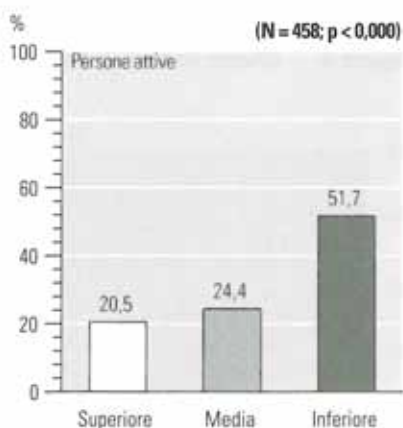
Le condizioni ambientali influiscono sulla salute e in particolare quelle

abitative svolgono un ruolo importante [22]. Uno dei giudizi sull'abitazione è la dimensione in rapporto ai membri della famiglia: La mancanza di spazio può nuocere al benessere delle persone.

Nella figura 7, si nota che più di 1 persona su 4 (26,0%) facendo parte della classe sociale inferiore lamenta un'abitazione troppo piccola per la sua economia domestica; mentre nella classe sociale più agiata, solo 1 persona su 10 (10,2%) lamenta questo disturbo. Riguardo all'inquinamento acustico le persone della classe sociale più bassa sono ancora una volta svantaggiate essendo più spesso disturbate, nella loro abitazione, dal rumore esterno (22,1%), che le persone della classe sociale superiore (5,9%) (figura 8).

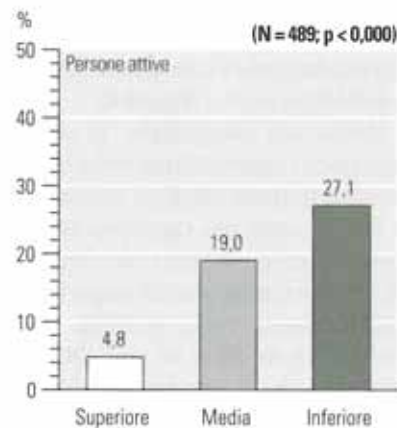
La classe sociale gioca un ruolo decisivo nel campo delle risorse personali di salute. La stima di sé, l'ottimismo e il sentimento di dominare la propria vita e il proprio ambiente so-

Figura 5 Paura di perdere l'attuale posto di lavoro



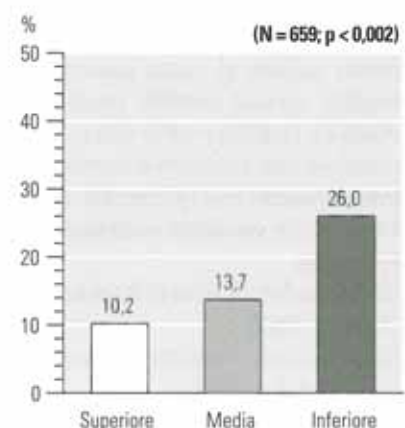
Proportione (%) di persone che dicono di avere molto oppure abbastanza paura di perdere il posto di lavoro

Figura 6 Lavori monotoni e ripetitivi

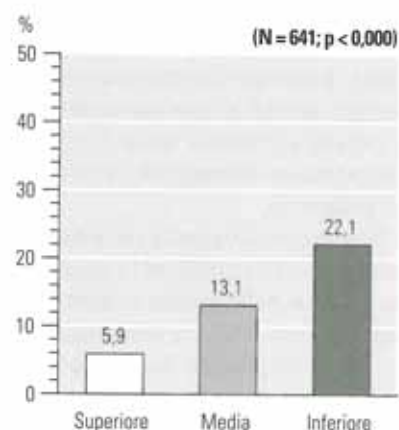


Proportione (%) di persone che dicono di eseguire lavori monotoni ripetitivi

Figura 7 Spazio abitativo

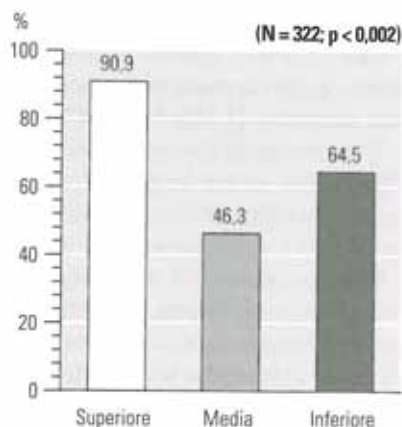


Proportione (%) di persone che ritengono che "la mia abitazione è troppo piccola per la mia economia domestica"

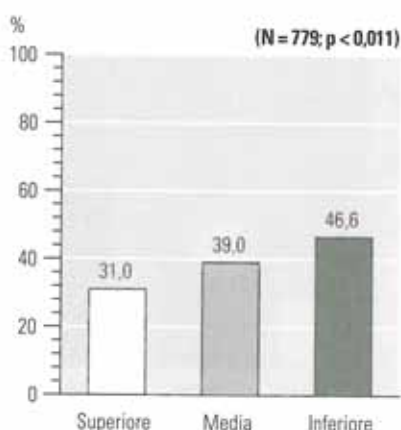
**Figura 8** Disturbi da rumore esterno (all'abitazione)

Proportione (%) di persone che ritengono che "nella mia abitazione si è spesso disturbati dal rumore esterno"

no, per esempio, dei tratti di personalità favorevole alla salute [23]. L'indice sulla "visione positiva della vita"<sup>1</sup> è importante per illustrare la capacità che ha la gente di vedere il lato positivo della vita e di vedere con fiducia il futuro. E' riconosciuto che questa capacità agisce sullo stato di benessere. Come ci si poteva immaginare, la concezione della vita è molto più positiva nella classe sociale superiore (90,9%) rispetto alle classi sociali media (46,3%) e inferiore (64,5%) (figura 9). La minor prevalenza di una visione positiva della vita tra gli appartenenti alla classe media non sorprende se considerata alla luce dei cambiamen-

**Figura 9** Visione positiva della vita (indice)

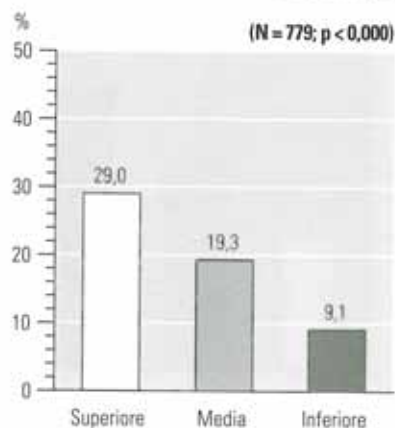
Proportione (%) di persone che dicono di avere una visione positiva della vita

**Figura 10** Franchigia annua minima (fr. 150) per l'assicurazione malattia

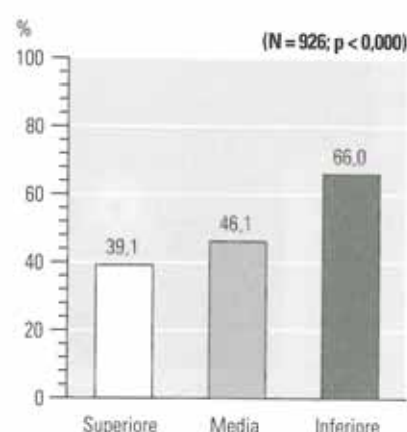
Proportione (%) di persone che hanno scelto la franchigia minima di 150 fr.

ti di tipo economico in atto che rendono parte degli appartenenti a questa classe particolarmente impegnati a "mantenere la posizione" acquisita ed a confrontarsi con gli altri. Essi hanno inoltre meno accesso agli "ammortizzatori sociali" in rapporto agli appartenenti alla classe sociale inferiore.

Anche le modalità d'assicurazione malattia (importo della franchigia annuale, classe d'assicurazione) differiscono in rapporto alle classi sociali, la scelta della modalità assicurativa è infatti rivelatrice del livello socio economico. Bisogna innanzitutto notare che una parte importante della popolazione residente in Ti-

**Figura 11** Franchigia annua di 600 e più franchi per l'assicurazione malattia

Proportione (%) di persone che hanno scelto una franchigia di 600 fr. e più

**Figura 12** Solo l'assicurazione malattia di base

Proportione (%) di persone che hanno scelto l'assicurazione di base, (reparto comune)

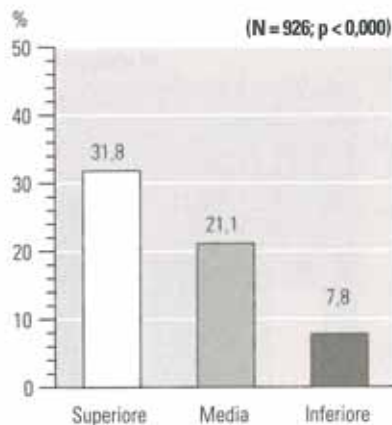
cino (13,5%) non conosce l'ammontare della sua franchigia. Tra i soggetti che la conoscono, il 46,6% delle persone appartenenti alla classe sociale inferiore ha scelto il minimo stabilito dalla legge (150 franchi) (figura 10). In situazioni precarie, in caso di malattia, risulta infatti più difficile assumere le spese di una franchigia alta.

E' innegabile che la classe sociale esercita un influsso sulla decisione in merito alla franchigia. Le figure 10 e 11 mostrano il legame tra classe sociale e franchigia: le franchigie più alte (600 franchi e più) sono fortemente associate alla classe sociale più agiata, la loro percentuale (29,0%) è più di 3 volte superiore a quella della classe sociale inferiore (9,1%). La decisione in merito alla franchigia, non è unicamente riconducibile a una questione finanziaria. E' probabile che intervengano altri fattori di ordine più qualitativo, come la certezza o l'incertezza di poter disporre dello stesso reddito a breve o medio termine, il peso imprevedibile delle spese mediche, il tipo di gestione del budget dell'economia domestica o la semplice logica economica.

La classe sociale influenza ovvia-

<sup>1</sup> Indice creato dal questionario scritto raggruppando diverse domande come il giudizio sul proprio futuro, sul fatto di amare la vita, sulla soddisfazione dei propri progetti d'esistenza, sull'accettazione di non potere cambiare la propria vita, sulla capacità a scorgere il lato positivo delle cose, sul fatto di essere contento di vivere, sul significato a dare alla propria vita, sul buon andamento della propria vita.



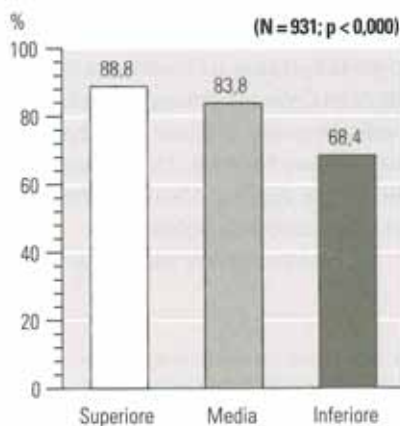
**Figura 13 Assicurazione malattia privata**

Proportione (%) di persone che hanno scelto l'assicurazione complementare privata

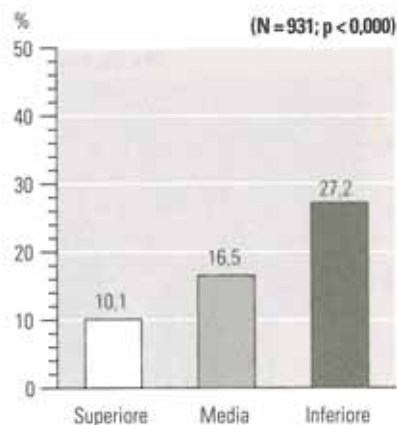
mente anche la disponibilità ad acquistare **assicurazioni malattia complementari** per l'ospedalizzazione in classe privata o semiprivata come pure quella di porre la **franchigia** a livelli più elevati del minimo legalmente definiti.

Le **figure 12 e 13** dimostrano come la sola assicurazione di base sia stata acquistata dal 66,0% degli appartenenti alla classe sociale inferiore contro il 39,1% di quella superiore. Una relazione inversa si verifica invece, come atteso, per l'assicurazione che da diritti all'ospedalizzazione in camera privata (7,8% verso 31,8%).

Tuttavia, indipendentemente dalla classe sociale, i ticinesi si distinguono dalla popolazione svizzera per aver

**Figura 14 Stato soggettivo di salute**

Proportione (%) di persone che dicono di stare bene o molto bene di salute

**Figura 15 Problemi psichici e fisici da più di 1 anno**

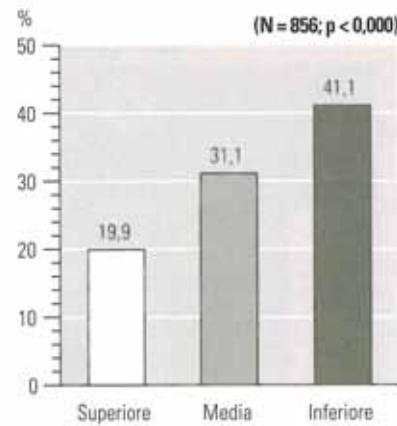
Proportione (%) di persone che dicono di avere un problema psichico o fisico che limita nelle loro attività quotidiane (da più di un anno)

stipulato più frequentemente, una polizza assicurativa complementare sia semiprivata sia privata a scapito dell'assicurazione di base [19].

### c) Salute e classe sociale

Lo stato di salute di una popolazione può essere valutato in base al livello di benessere o, più precisamente, al modo in cui le persone stesse giudicano la propria salute basandosi sulla percezione che ne hanno. Un indicatore globale riconosciuto a livello internazionale è il cosiddetto **stato di salute soggettivo**. Questo indicatore è stato utilizzato nell'inchiesta del 1997.

La domanda: "**come sta di salute in questo momento?**" è molto impor-

**Figura 16 Sintomi fisici importanti senza febbre**

Proportione (%) di persone che dicono di avere avuto dei sintomi fisici importanti nelle ultime 4 settimane

tante; vari studi longitudinali [24, 25, 26] hanno dimostrato che ponendo questa domanda (percezione soggettiva della salute) si ottengono dati con un potere predittivo sulla longevità delle persone interrogate in un avvenire prossimo.

Il confronto di questa variabile con le classi sociali conferma la posizione sfavorevole della classe inferiore (**figura 14**): solo il 68,4% dei soggetti di questa classe giudica "buono" o "molto buono" il proprio stato di salute, mentre la percentuale per la classe sociale superiore raggiunge l'88,8%.

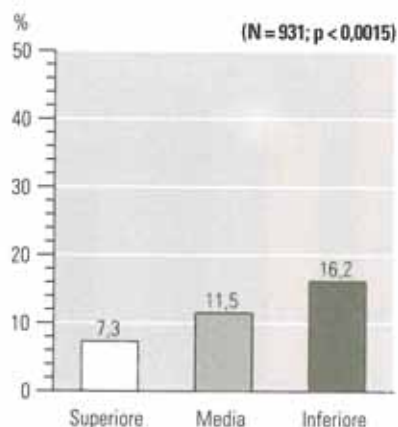
Per quanto concerne i **problemi psichici e fisici che durano da più di 1 anno** e che hanno effetti limitativi sulle attività quotidiane, la percentuale raddoppia "abbondantemente" passando dalla classe sociale superiore (10,1%) alla classe sociale inferiore (27,2%) (**figura 15**).

I **sintomi fisici**<sup>2</sup> mettono anch'essi in evidenza l'impatto delle classi sociali. Questi disturbi, se non sono legati a un'affezione cronica, possono avere delle cause psichiche, ossia essere la conseguenza di un elevato stress psicosociale. Non sono stati considerati disturbi accompagnati dalla febbre, ossia quelli associati ad un'affezione acuta. La classe sociale inferiore lamenta due volte di più (41,1%) questi sintomi rispetto alla classe sociale superiore (19,9%). Nella classe sociale media la prevalenza è del 31,1% (**figura 16**).

Lo stesso fenomeno traspare osservando l'**insonnia e la difficoltà a addormentarsi**: il 16,5% dei soggetti della classe sociale inferiore segnala di soffrire molto spesso di questi disturbi, contro la metà nella classe sociale superiore (7,3%) (**figura 17**).

E' incontestabile che anche fattori influenzabili come lo stile di vita, le condizioni ambientali o buoni contatti sociali siano determinanti per la salute fisica e psichica di ciascun individuo. Un'alimentazione scorretta così come l'assenza di moto sono le cause principali di malattia, soprattutto nelle

<sup>2</sup> Indice creato a partire da diversi disturbi quali mal di schiena, stanchezza, mal di pancia, diarrea/stitichezza, insonnia, mal di testa, irregolarità cardiache, dolori al petto.

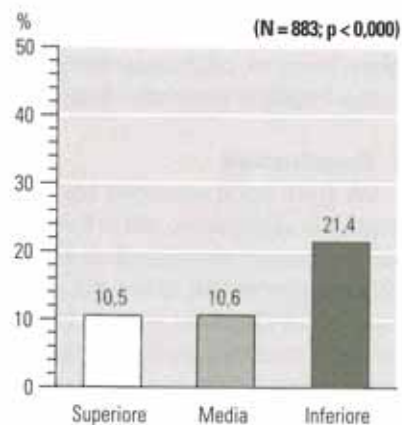
**Figura 17** Insonnia, difficoltà a addormentarsi

Proportione (%) di persone che dicono di avere avuto molte difficoltà a addormentarsi o insonnia nelle ultime 4 settimane

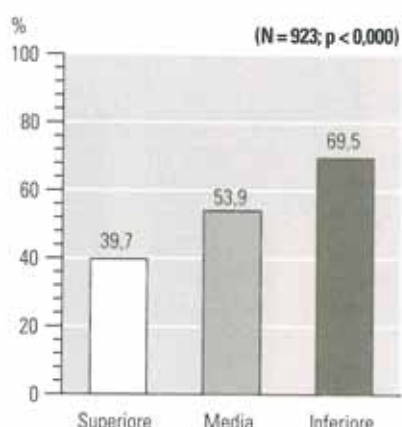
nazioni industrializzate occidentali.

Osserviamo dapprima che vi sono differenze significative riguardo all'importanza che la gente accorda al **destino e al caso** nel fatto di essere in buona salute. La **figura 18** mostra che questo sentimento è molto più accentuato presso la classe sociale inferiore (21,4%) che presso quella superiore (10,5%). Le persone appartenenti a quest'ultima classe credono più degli altri alla possibilità di influenzare la propria salute attraverso un adeguamento del loro stile di vita.

Infatti nella classe sociale inferiore, le persone sono meno attive durante il tempo libero: il 69,5% non pratica un'attività fisica durante il tempo

**Figura 18** Possibilità di influenzare lo stato di salute

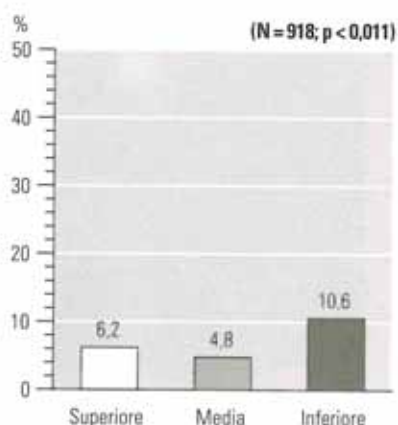
Proportione (%) di persone che danno importanza al destino e al caso nel fatto di essere in buona salute

**Figura 19** Nessuna attività fisica durante il tempo libero

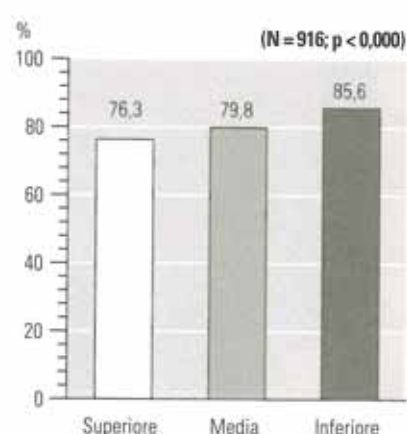
Proportione (%) di persone che dicono non praticare un'attività fisica durante il tempo libero

libero, contro solo il 39,7% nella classe sociale superiore (**figura 19**).

Il peso corporeo dà indicazioni sul comportamento nei confronti della salute. Il sovrappeso<sup>3</sup> può essere ascritto ad abitudini alimentari poco sane e ad un livello d'attività insufficiente. Inoltre, più il "Body Mass Index" è elevato, più il rischio è grande di essere colpito da diabete, da una malattia cardiovascolare o da certe forme di tumori o ancora di soffrire di dolori articolari [27]. Ancora in questo caso, è la classe sociale inferiore ad essere più minacciata nella sua salute visto che fra le persone di questa classe la percentuale di obesità risulta più alta (10,6%) che fra quelle della classe

**Figura 20** Obesità (body mass index  $\geq 30$ )

Proportione (%) di persone con BMI  $\geq 30$  (obesi)

**Figura 21** Consultazione medica

Proportione (%) di persone che dicono di essere state almeno una volta da un medico durante gli ultimi 12 mesi

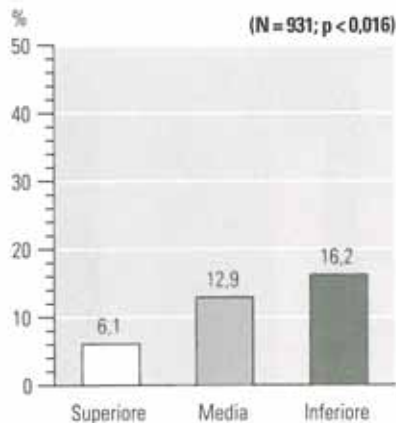
sociale più elevata (6,2%) (**figura 20**).

L'85,6% degli appartenenti alla classe sociale inferiore, durante i 12 mesi precedenti l'inchiesta, hanno effettuato almeno una **visita medica** contro il 76,3% per coloro che appartengono a quella superiore (76,3%) (**figura 21**).

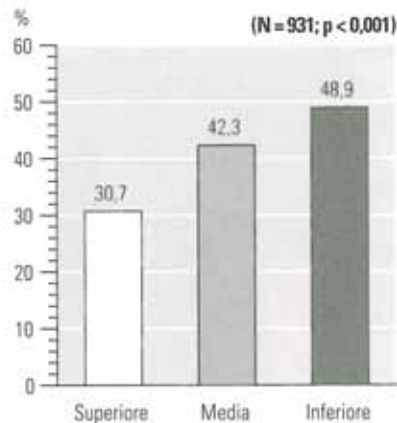
Data la maggiore incidenza di malattie riscontrata presso i membri della classe sociale inferiore, dalla quale si potrebbe desumere un maggior ricorso alle cure mediche, questo riscontro sembra poco marcato. Mancano tuttavia dati sul numero di visite effettuate.

Il 16,2% delle persone appartenenti alla classe sociale inferiore riferiscono di essere state **ospedalizzate** nel corso dell'anno precedente, mentre la classe sociale superiore si distingue dalle due altre classi con una percentuale del 6,1% (**figura 22**). La durata della degenza ospedaliera è inoltre più breve per le persone appartenenti alla classe sociale superiore. Confrontando le **figure 22 e 23** notiamo che la classe inferiore sembra non aver fatto ricorso alle cure ospedaliere di tipo ambulatoriale. Questo elemento potrebbe lasciare intendere che le persone della classe meno favorita sono state ospedalizzate per una casistica "più pesante" oppure che l'ospedalizzazione ha avuto luogo solo quando lo stadio della malattia

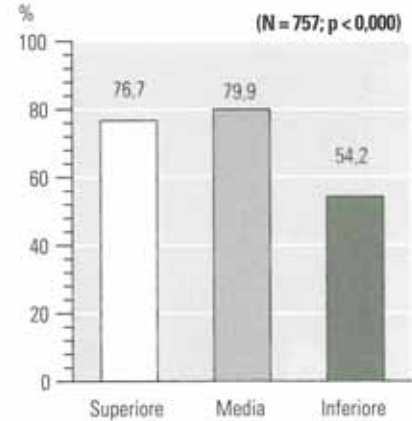
<sup>3</sup> Il sovrappeso corrisponde a un indice di massa corporea (Body Mass Index)  $\geq 30$

**Figura 22 Ospedalizzazione**

Proportione (%) di persone che dicono di essere state ospedalizzate durante gli ultimi 12 mesi

**Figura 24 Consumo farmaceutico**

Proportione (%) di persone che dicono di avere consumato medicinali negli ultimi 7 giorni

**Figura 26 Consultazione dentistica**

Proportione (%) di persone che dicono di essere andate almeno 1 volta da un dentista per motivi di salute oppure per una visita di controllo negli ultimi 12 mesi

era già avanzato.

Nel suo insieme, il **consumo di medicine** mostra ancora una volta l'influenza del gradiente sociale. Un'analisi più specifica mostra che questa tendenza è soprattutto presente nelle donne. Nella classe sociale superiore, meno di 1 persona su 3 (30,7%) ha consumato medicine nella settimana precedente l'inchiesta; la percentuale aumenta per la classe sociale media (42,3%) per raggiungere quasi 1 persona su 2 per la classe sociale più disagiata (48,9%) (figura 24).

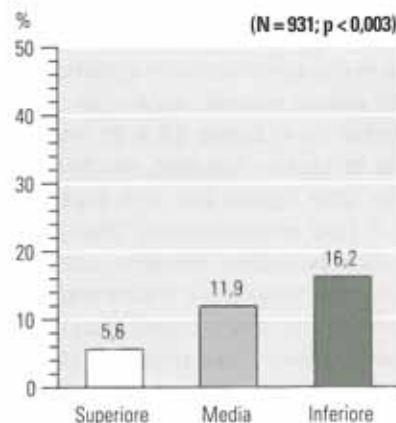
Nel consumo di farmaci, un rischio è rappresentato dal problema

dell'abuso. La maggior parte dei farmaci di potenziale abuso, sono quelli che esercitano un'azione psicoattiva. Rientrano in questa categoria, i sonniferi (ipnotici), i sedativi (tranquillanti), gli antidolorifici (analgesici) e gli stimolanti. Se si considera l'assunzione di almeno un **sonnifero o un tranquillante** nella settimana precedente l'indagine, la differenza fra i ceti sociali risulta estremamente marcata. Nella classe sociale più bassa, il consumo di queste sostanze è 4 volte superiore (16,9%) al consumo della classe più agiata (3,9%) (figura 25) e segue il profilo dell'insonnia di cui alla figura 17.

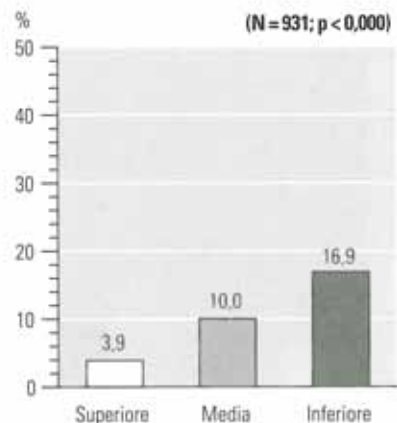
Emblematica è la prevalenza per classe sociale delle **consultazioni dentistiche** che in Svizzera, sono a carico del paziente. Per questo motivo, l'accesso si differenzia in modo importante a seconda delle classi sociali. Le persone che fanno parte della classe sociale meno abbiente, benché sia riconosciuto che la loro salute orale sia peggiore, non si recano dal dentista: nell'anno precedente l'indagine, il 54,2% di loro ha fatto ricorso alle cure di un dentista, contro il 76,7% per la classe sociale più abbiente (figura 26). L'assunzione integrale dei costi delle cure dentistiche da parte dei pazienti determina una chiara sottoassistenza odontoiatrica presso ceti sociali più bassi. Fra questi pazienti si registrano meno denti propri, i denti mancanti sono più spesso sostituiti da protesi asportabili o non sono sostituiti del tutto, mentre nella classe sociale più agiata, si ricorre più frequentemente a costosi impianti sostitutivi fissi [28].

#### d) Conclusioni

Gli studi sulla relazione tra classi sociali e la salute sono rari in Svizzera. I soli conosciuti sono quelli di Minder [12] Lehmann e coll. [21] e più recentemente, di Gubéran e Usel [8] che spiegano questa penuria di ricerche sul tema per il fatto che in Svizzera le ineguaglianze nel campo della salute sono piuttosto analizzate tramite le differenze tra Cantoni, regioni linguistiche, città e campagna, pianura e montagna. Tuttavia durante gli ultimi

**Figura 23 Durata della degenza ospedaliera (2 giorni e più)**

Proportione (%) di persone che dicono di essere state ospedalizzate per 2 giorni e più durante gli ultimi 12 mesi

**Figura 25 Consumo di sonniferi o tranquillanti**

Proportione (%) di persone che dicono di avere consumato un sonnifero o tranquillante negli ultimi 7 giorni

20 anni, le differenze di mortalità fra le classi sono aumentate. In effetti, benché per l'insieme della popolazione la mortalità sia notevolmente diminuita (o la speranza di vita notevolmente aumentata), i progressi sono stati nettamente più importanti per le classi agiate che per le classi meno abbienti.

Benché la Svizzera (e quindi anche il Ticino) garantisca ad ogni cittadino un accesso equo a prestazioni e servizi sanitari indipendentemente dal reddito, il divario di benessere sanitario tra le diverse classi sociali è importante e probabilmente, come indicato da studi internazionali, invece di diminuire tende ad accentuarsi. Questo è essenzialmente dovuto all'influenza che fattori esogeni al mero consumo di prestazioni e servizi hanno sulla salute degli individui e delle popolazioni. Studi sulla mortalità per classe socioprofessionale hanno evidenziato che circa sette anni di speranza di vita separano gli appartenenti alle classi più favorite da quelle più svantaggiate dal punto di vista socio-economico.

I risultati di questa analisi riassuntiva confermano che la salute non è ripartita equamente tra le diverse classi sociali. Le persone appartenenti alla classe sociale più disagiata si trovano in condizioni di vita che non favoriscono il benessere sanitario. Per questo motivo, le principali malattie della civilizzazione causate da tabacco, alcol, carenza di movimento, sovrappeso, alimentazione carente ed infortuni si riscontrano con maggior frequenza nei ceti sociali più sfavoriti. Le cifre disponibili in merito alle disparità sociali confermano ulteriormente che le persone appartenenti alla classe sociale più disagiata fanno più spesso fatica ad assumersi le proprie responsabilità nei confronti della salute. Nell'ambito della promozione della salute, ci si deve chiedere se i classici strumenti di educazione alla salute, che presuppongono un elevato livello di istruzione, siano adeguati per raggiungere questi gruppi di popolazione.

I rapporti fra ineguaglianza sociale e salute costituiscono un tema di ancor maggiore attualità nella misura in cui le differenze di reddito fra ricchi e poveri si stanno accentuando anche in Svizzera.

Promuovere la cooperazione intersettoriale significa riconoscere che i determinanti di tipo economico, ambientale e sociale sono da prendere in conto nell'ambito di una politica di sanità pubblica.

**Il primo passo è quello di informare l'opinione pubblica della relazione causa-effetto esistente tra benessere socio-economico e benessere sanitario, il secondo passo sarà quello d'introdurre a livello dell'operatività politica la misura sistematica ex-ante ed ex-post dell'impatto sanitario delle decisioni politiche** prese segnatamente per via legislativa ed esecutiva che concernono quei settori (economia, lavoro, trasporto, abitazione, educazione, ambiente) maggiormente suscettibili di influenzare in modo positivo o negativo la salute dei cittadini.

### 3) Referenze bibliografiche

- [1] Levin LS, Mahon L, Ziglio E. Editors. Economic change, social welfare and health in Europe. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 1994. WHO Regional Publications, European Series, No. 54.
- [2] Markenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AE, et al. Socio-economic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *Lancet* 1997; 349: 1655-9.
- [3] Kunst AE, Groenhouf F, Mackenbach JP and the EU Working Group on Socio-economic Inequalities in Health. Occupational class and cause specific mortality in middle aged men in 11 European countries; comparison of population based studies. *BMJ* 1998; 316: 1636-42.
- [4] Mc Kie RM, Hole DJ. Incidence and thickness of primary tumours and survival of patients with cutaneous malignant melanoma in relation to socio-economic status. *BMJ* 1996; 312: 1125-8.
- [5] Marmot MG. Improvement of social environment to improve health. *Lancet* 1988; 351: 57-60.
- [6] Marmot MG, Bosma H, Hemingway H, et al. Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. *Lancet* 1997; 350: 235-9.
- [7] Davey Smith G, Harding S. Is control at work the key to socio-economic gradient in mortality? *Lancet* 1997; 350: 1369-70.
- [8] Gubéran E, Usel M. Mortalité prématurée et invalidité selon la profession et la classe sociale à Genève suivi de Ecart de mortalité entre classes sociales dans les pays développés. Office cantonal de l'Inspection et des relations du travail, 2000.
- [9] Ferrie JE, Shipley MJ, Marmot MG, et al. An uncertain future: the health effects of threats to employment security in white-collar men and women. *Am J Public Health* 1998; 88: 1030-6.
- [10] Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J. Effect of organizational downsizing on health of employees. *Lancet* 1997; 350: 1124-8.
- [11] Domenighetti G, D'Avanzo B, Bisig B (1999). Health effects of job insecurity among employees in Swiss general population. Cahiers de recherches économiques du DEEP N° 9907. Lausanne: Université de Lausanne, Ecole HEC, département d'économétrie et d'économie politique (in press sull'International Journal of Health Services).
- [12] Minder EC. Socio-economic factors and mortality in Switzerland. *Soz Präventivmed* 1993; 38: 313-28.
- [13] Frankish CJ et al. Health Impact Assessment as a Tool for Population Health Promotion and Public Policy. A Report Submitted to the Health Promotion Development Division of Health Canada, May 1996.
- [14] Ratner PA et al. Setting the Stage for Health Impact Assessment. *J Public Health Policy* 1997; 18: 67-79.
- [15] A Guide to Health Impact Assessment, Ministry of Health, New Zealand, 1995
- [16] Final Text of the Fifth Conference of European Health Ministers "Social Challenge to Health: Equity and Patients Rights in the

- context of health reforms. Warsaw 7-8 November 1996. Strasbourg, Council of Europe, 5 December 1996.
- [17] Sram I, Ashton J. Millennium report to Sir Edwin Chadwick. *BMJ* 1988; 317: 592-6.
- [18] Blane D, Bartley M, Davey Smith G. Disease aetiology and materialist explanations of socioeconomic mortality differentials. *EJPH* 1997; 7: 385-91.
- [19] Ufficio federale di statistica. Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse – 1997, Enquête suisse sur la santé – Neuchâtel 2000.
- [20] Fischer W & Zbinden E. Construction de la variable "couches sociales": "comb". 1999.
- [21] Lehmann P, Mamboury C, Minder CE. Health and social inequities in Switzerland. *Soc Sci med* 1990; 31:369-386.
- [22] Townsend P, Davidson N. *The Black Report*. Londra: Penguin 1988.
- [23] Schwarzer R. *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen. Hogrefe 1992.
- [24] Kaplan GA, Goldberg DE, Evertson SA et al. Perceived health status and morbidity and mortality: evidence from the Kuopio ischemic heart disease risk factor study. *Int J Epidemiol* 1996; 25 (2): 259-65.
- [25] Menec VH, Chipperfield JG, Perry RP. Self-perceptions of health: a prospective analysis of mortality, control and health. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1999; 54 (2): P85-93.
- [26] Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven communities studies. *J. Health soc Behav* 1997; 38 (1): 21-37.
- [27] WHO. *Obesity. Preventing and managing the global epidemic*. WHO, Geneva 1999.
- [28] Junker C. *Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung - 1992 - 1993* tabellenband - Bern, ISPM 1996; (Tabelle 43.4). ■