

## Disuguaglianze sociali nelle condizioni di salute, negli stili di vita e nell'uso dei servizi sanitari

Le due precedenti edizioni del Rapporto Osservasalute hanno già richiamato l'attenzione sul tema delle disuguaglianze sociali e geografiche nelle diverse dimensioni di salute, negli stili di vita e nel ricorso ai servizi sanitari. È, quindi, già stato scritto che nel nostro Paese persistono ampie disuguaglianze sociali di salute e che queste ultime sono il principale determinante dell'eterogeneità geografica in Italia (1, 2).

Per la presente edizione si prende atto del fatto che, rispetto all'anno scorso, non sono intervenuti cambiamenti nella disponibilità di covariate sociali nei sistemi informativi sanitari e ciò impedisce di analizzare sistematicamente le variazioni sociali insieme alle variazioni tra le regioni in ogni capitolo del presente Rapporto, come è, invece, accaduto nell'edizione del 2007.

Questo contributo intende, pertanto, fornire un'immagine dell'andamento temporale dell'intensità delle disuguaglianze sociali di salute a livello nazionale e delle singole ripartizioni geografiche, tramite l'analisi dei dati delle ultime due indagini Istat sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", più specificamente quella del 1999-2000 e quella del 2004-2005.

La disparità geografica nella salute e nella sua distribuzione sociale, soprattutto a carico del Mezzogiorno, rendono necessario il miglioramento delle capacità di monitoraggio regionale e locale delle disuguaglianze di salute, per presidiare direttamente l'impatto delle trasformazioni in senso federale del Servizio Sanitario Nazionale.

È, quindi, ovvio che sarebbe stato meglio potere declinare le analisi delle disuguaglianze sociali e del loro andamento temporale a livello regionale, ma le fonti informative utilizzate non possono garantire la potenza statistica sufficiente per raggiungere questo livello di dettaglio, introdotto, come si vedrà nei paragrafi successivi, solo a titolo esemplificativo, limitatamente ad alcuni confronti regionali. Le disuguaglianze sociali sono, infatti, di dimensioni tali per cui la dimensione del campione non può misurarne le variazioni temporali di questo ordine di grandezza nelle singole regioni.

Il confronto geografico e temporale è finalizzato a stimolare l'individuazione di target per orientare le strategie di programmazione sanitaria e di promozione della salute in modo da contrastare le differenze ritenute illegittime ed evitabili.

Ciò si pone in linea con quanto previsto dal Quadro Strategico Nazionale per gli anni 2007-2013 (3) e dal programma "Guadagnare Salute" (4), che riconoscono la priorità della riduzione delle disuguaglianze sociali di salute e a questo scopo prevedono la programmazione di politiche sensibili alla distribuzione geografica e sociale dei determinanti strutturali dello svantaggio sociale e di quelli più prossimi della salute, come gli stili di vita.

### Riferimenti bibliografici

(1) Rapporto Osservasalute 2006.

(2) Rapporto Osservasalute 2007.

(3) MISE. Ministero dello Sviluppo Economico. Quadro Strategico Nazionale 2007-2013. [www.dps.tesoro.it/qsn/qsn.asp](http://www.dps.tesoro.it/qsn/qsn.asp).

(4) Ministero della Salute. Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari. DPCM del 4 maggio 2007, Roma 2007a.

## Trend temporale dei rischi relativi di salute, stili di vita e uso dei servizi

**Significato.** I rischi relativi esprimono le disuguaglianze sociali nella salute, nei comportamenti ad essa correlati e nell'assistenza sanitaria, in merito al seguente sottoinsieme di *outcome*:

1. salute percepita;
2. disabilità;
3. abitudine al fumo;
4. obesità;
5. mammografia;

6. almeno un ricovero ospedaliero negli ultimi tre mesi;
7. almeno una visita medica generica nell'ultimo mese;
8. almeno una visita medica specialistica nell'ultimo mese;
9. almeno un accertamento diagnostico nell'ultimo mese;
10. consumo di farmaci.

### Rischio relativo per i principali indicatori di salute e di assistenza

Numeratore	Occorrenza tra le persone meno istruite*,**
Denominatore	Occorrenza tra le persone più istruite*,**

\*Prevalenze controllate per età; per il ricorso ai servizi sanitari le prevalenze sono controllate per età e per morbosità cronica.

\*\*Meno istruiti: con al più biennio superiore; più istruiti: con almeno il diploma di maturità.

**Validità e limiti.** Le indagini Istat sulla salute sono rappresentative di tutta la popolazione non istituzionalizzata e costituiscono l'unica fonte informativa che misura il ricorso a tutte le prestazioni sanitarie, comprese quelle private e quelle che sfuggono ai sistemi amministrativi regionali.

Inoltre, corredo questi dati con informazioni sulle molteplici dimensioni dello stato di salute, sui comportamenti ad esso correlati e sulle caratteristiche socio-economiche individuali e familiari.

Nonostante la dimensione campionaria sia talmente ampia da renderla unica fra le indagini su questi temi condotte negli altri Paesi Europei, non è possibile confrontare l'entità delle disuguaglianze sociali a livello regionale perché le stime dei rapporti di prevalenza a questo livello di dettaglio territoriale non sono abbastanza robuste e sensibili per rilevare le variazioni attese.

La conduzione periodica di questa indagine consente di monitorare l'andamento temporale delle disuguaglianze sociali, con però alcuni vincoli legati ad alcune variazioni nello strumento di rilevazione. Queste ultime rendono impossibile il confronto delle stime relative a due diversi anni poiché eventuali differenze dei rischi relativi potrebbero essere solo l'effetto della variazione nella formulazione delle domande del questionario e dei relativi riferimenti temporali, anziché del fenomeno in studio<sup>1</sup>.

Per le analisi sul ricorso ai servizi sanitari i rischi relativi sono controllati, oltre che per età, per morbosità cronica e, in tal modo, esprimono le disuguaglianze sociali al netto dell'effetto legato all'età e alle condizioni di salute, rilevate con l'indice di morbosità cro-

nica. Questo indice è stato costruito tenendo conto del peso che varie patologie croniche o invalidità hanno sul giudizio complessivo fornito dagli intervistati in merito al loro stato di salute (Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati").

Per l'analisi del trend temporale si considerano variazioni statisticamente significative quelle per le quali non c'è sovrapposizione tra gli intervalli di confidenza al 95% dei rischi relativi dei due anni posti a confronto.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Le disuguaglianze sociali di salute sono altamente ingiuste perché ledono uno dei diritti fondamentali della persona. La variabilità regionale nell'intensità di queste disuguaglianze deriva dall'effetto congiunto della distribuzione geografica dello svantaggio sociale e delle caratteristiche sfavorevoli del contesto che sono entrambi a svantaggio del Mezzogiorno (1). Dunque, l'esistenza di differenze geografiche nell'intensità delle disuguaglianze sociali di salute dimostra che è possibile un miglioramento nelle regioni più sfavorite, già solo per il fatto che altrove ciò è stato realizzato.

### Descrizione dei risultati

Sia nel 2000 che nel 2005 le persone meno istruite di ambo i sessi tendono a riferire un peggiore stato di salute e risultano avere un rischio più che raddoppiato di essere disabili. Al diminuire del livello di istruzione, inoltre, aumenta la quota di persone obese, soprattutto per le donne, per le quali si registrano eccessi di rischio più che raddoppiati.

Le principali differenze di genere riguardano la mag-

<sup>1</sup>Nelle tabelle riportate di seguito si segnalano con un asterisco i casi in cui non è possibile il confronto temporale.

giore propensione per l'abitudine al fumo da parte degli uomini meno istruiti, mentre per le donne non si osservano differenze in ragione della posizione sociale a livello nazionale. Tuttavia, se si guarda alle singole ripartizioni, si osserva che, per le donne, il Nord-Ovest e il Nord-Est si discostano dalla media italiana perché le disuguaglianze dell'abitudine al fumo sono della stessa direzione di quella osservata per gli uomini; nel Sud, invece, questo comportamento insalubre risultava direttamente associato con il livello di istruzione solo nel 2000. Nel 2005 il quadro cambia perché il Nord-Ovest e il Nord-Est - dove continua ad esserci un'associazione inversa tra il consumo di tabacco femminile e il livello di istruzione - non si differenziano in modo statisticamente significativo dalla media nazionale e, soprattutto, perché per le donne del Sud non si osservano più differenze in questo comportamento insalubre in ragione del livello di istruzione. Un altro mutamento nel 2005 rispetto al 2000 riguarda la diminuzione di intensità delle disuguaglianze sociali per l'obesità femminile nelle Isole.

Le variazioni temporali di maggiore rilievo si osservano per il ricorso alla mammografia con frequenza uguale o superiore a quella raccomandata dai programmi di screening (cioè due anni), per il quale le disuguaglianze sociali risultano più attenuate nel 2005 rispetto al 2000. Il miglioramento visibile a livello nazionale è confermato in tutte le singole ripartizioni geografiche, ad eccezione del Sud. Nonostante la

riduzione dell'intensità delle disuguaglianze sociali nel ricorso a questo screening nelle Isole, queste ultime rimangono, insieme al Sud, la ripartizione con il maggiore divario sociale a sfavore delle donne meno istruite (Tabelle 1 e 2). Campania, Puglia e Sicilia si differenziano in modo statisticamente significativo dalla media nazionale del 2005 per la maggiore intensità delle disuguaglianze sociali (dati non presentati). Nell'utilizzo dei servizi sanitari si registra un maggiore ricorso al ricovero ospedaliero e alle visite mediche generiche da parte delle persone meno istruite rispetto a coloro che possiedono un più elevato livello di istruzione e, per contro, un minore ricorso alle visite specialistiche e agli accertamenti diagnostici specialistici. Per le donne con basso titolo di studio si osserva, inoltre, un consumo di farmaci lievemente maggiore rispetto alle più istruite. Né a livello geografico, né in termini di confronto temporale si registrano differenze statisticamente significative nell'intensità delle disuguaglianze sociali nel ricorso ai servizi sanitari, a parte una riduzione dell'intensità delle disuguaglianze sociali nel ricorso agli accertamenti diagnostici per le donne del Nord-Est (Tabelle 3 e 4) e il venire meno delle disuguaglianze sociali nel ricorso al consultorio familiare nel Centro, dove nel 2000 le donne di bassa posizione sociale risultavano ricorrevano di meno rispetto a quelle socio-economicamente più favorite (risultati non presentati).

**Tabella 1** - *Rischi relativi (controllati per età) per le condizioni di salute e alcuni fattori di rischio per livello di istruzione e ripartizione geografica di residenza. Maschi - Anni 2000, 2005*

Ripartizioni geografiche	Salute riferita come non buona		Disabilità		Abitudine al fumo		Obesità	
	2000	2005	2000	2005	2000	2005	2000	2005
Nord-Est	1,36 (1,28-1,45)	1,35 (1,27-1,43)	2,27 (1,53-3,37)	1,64 (1,12-2,39)	1,42 (1,34-1,51)	1,46 (1,36-1,56)	1,61 (1,37-1,90)	1,56 (1,36-1,79)
Nord-Ovest	1,37 (1,28-1,45)	1,25 (1,17-1,34)	1,97 (1,33-2,92)	2,32 (1,50-3,60)	1,25 (1,17-1,33)	1,35 (1,25-1,45)	1,48 (1,28-1,72)	1,58 (1,38-1,82)
Centro	1,3 (1,22-1,38)	1,32 (1,24-1,40)	1,66 (1,13-2,41)	2,26 (1,53-3,35)	1,32 (1,24-1,41)	1,25 (1,17-1,34)	1,66 (1,41-1,95)	1,58 (1,36-1,83)
Sud	1,33 (1,26-1,39)	1,37 (1,30-1,46)	2,64 (1,95-3,58)	2,05 (1,52-2,76)	1,32 (1,26-1,38)	1,42 (1,34-1,50)	1,67 (1,49-1,87)	1,42 (1,28-1,58)
Isole	1,43 (1,32-1,55)	1,32 (1,21-1,44)	3,19 (1,94-5,24)	2,51 (1,53-4,14)	1,4 (1,29-1,52)	1,49 (1,36-1,64)	1,42 (1,18-1,71)	1,51 (1,26-1,82)
<b>Italia</b>	<b>1,35</b> <b>(1,31-1,39)</b>	<b>1,33</b> <b>(1,29-1,37)</b>	<b>2,33</b> <b>(1,97-2,76)</b>	<b>2,12</b> <b>(1,79-2,52)</b>	<b>1,33</b> <b>(1,29-1,37)</b>	<b>1,39</b> <b>(1,34-1,43)</b>	<b>1,59</b> <b>(1,49-1,70)</b>	<b>1,53</b> <b>(1,44-1,62)</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni del Servizio di Epidemiologia dell'ASLTO3 su dati Istat. Anno 2008.

**Tabella 2 - Rischi relativi (controllati per età) per le condizioni di salute e alcuni fattori di rischio per livello di istruzione e ripartizione geografica di residenza. Femmine - Anni 2000, 2005**

Ripartizioni geografiche	Salute riferita come non buona		Disabilità		Abitudine al fumo		Obesità		Mammografia	
	2000	2005	2000	2005	2000	2005	2000	2005	2000	2005
Nord-Est	1,25 (1,18-1,33)	1,25 (1,18-1,32)	2,2 (1,43-3,38)	2,67 (1,76-4,04)	1,27 (1,16-1,38)	1,17 (1,07-1,27)	2,69 (2,12-3,42)	2,17 (1,79-2,63)	0,72 (0,65-0,80)	0,88 (0,83-0,92)
Nord-Ovest	1,29 (1,22-1,37)	1,24 (1,17-1,32)	1,87 (1,24-2,82)	1,76 (1,17-2,66)	1,17 (1,08-1,27)	1,19 (1,09-1,30)	2,02 (1,64-2,48)	1,9 (1,59-2,27)	0,77 (0,70-0,85)	0,93 (0,89-0,97)
Centro	1,28 (1,21-1,35)	1,22 (1,15-1,28)	1,59 (1,12-2,26)	1,56 (1,10-2,21)	1,02 (0,94-1,10)	1,11 (1,02-1,21)	2,62 (2,08-3,31)	2,42 (2-2,93)	0,71 (0,64-0,79)	0,89 (0,84-0,94)
Sud	1,29 (1,24-1,35)	1,22 (1,16-1,28)	2,24 (1,71-2,93)	2,4 (1,77-3,24)	0,8 (0,74-0,87)	1,01 (0,93-1,10)	2,48 (2,15-2,87)	2,24 (1,95-2,57)	0,56 (0,49-0,65)	0,62 (0,56-0,67)
Isole	1,28 (1,20-1,37)	1,31 (1,22-1,41)	3,08 (1,92-4,95)	2,29 (1,48-3,55)	0,9 (0,81-1,01)	0,95 (0,84-1,08)	3,41 (2,52-4,62)	1,75 (1,40-2,18)	0,44 (0,36-0,53)	0,64 (0,55-0,75)
<b>Italia</b>	<b>1,28</b> <b>(1,25-1,31)</b>	<b>1,24</b> <b>(1,21-1,27)</b>	<b>2,1</b> <b>(1,79-2,47)</b>	<b>2,14</b> <b>(1,81-2,52)</b>	<b>1,01</b> <b>(0,97-1,05)</b>	<b>1,08</b> <b>(1,04-1,12)</b>	<b>2,51</b> <b>(2,29-2,75)</b>	<b>2,14</b> <b>(1,98-2,32)</b>	<b>0,69</b> <b>(0,65-0,72)</b>	<b>0,81</b> <b>(0,79-0,84)</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni del Servizio di Epidemiologia dell'ASLTO3 su dati Istat. Anno 2008.

**Tabella 3 - Rischi relativi (controllati per età e morbosità cronica) per il ricorso ai servizi sanitari per livello di istruzione e ripartizione geografica di residenza. Maschi - Anni 2000, 2005**

Ripartizioni geografiche	Almeno un ricovero		Almeno una visita generica		Almeno una visita specialistica		Almeno un accertamento diagnostico		Consumo di farmaci*	
	2000	2005	2000	2005	2000	2005	2000	2005	2000	2005
Nord-Est	1,42 (1,09-1,85)	1,26 (0,95-1,67)	1,11 (0,98-1,25)	1,11 (1,00-1,24)	0,75 (0,67-0,84)	0,85 (0,76-0,94)	0,92 (0,81-1,05)	0,86 (0,76-0,97)	0,95 (0,88-1,02)	1,01 (0,97-1,06)
Nord-Ovest	1,23 (0,94-1,63)	1,28 (0,98-1,67)	1,07 (0,96-1,20)	1,06 (0,96-1,17)	0,91 (0,82-1,00)	0,81 (0,73-0,91)	0,84 (0,74-0,94)	0,96 (0,86-1,08)	0,95 (0,88-1,03)	1,02 (0,97-1,07)
Centro	1,48 (1,11-1,98)	1,08 (0,81-1,44)	1,28 (1,13-1,46)	1,16 (1,04-1,29)	0,8 (0,72-0,9)	0,99 (0,88-1,12)	0,95 (0,84-1,08)	1,01 (0,89-1,14)	0,98 (0,90-1,08)	0,99 (0,94-1,04)
Sud	1,39 (1,14-1,69)	1,23 (0,97-1,56)	1,23 (1,11-1,37)	1,13 (1,03-1,24)	0,85 (0,77-0,94)	0,85 (0,77-0,95)	0,92 (0,82-1,02)	0,93 (0,84-1,04)	1,01 (0,94-1,10)	1 (0,95-1,06)
Isole	1,15 (0,84-1,57)	1,16 (0,82-1,63)	1,13 (0,96-1,33)	1,2 (1,03-1,39)	0,91 (0,78-1,06)	0,76 (0,66-0,88)	0,96 (0,80-1,15)	0,83 (0,69-1,00)	1,01 (0,90-1,14)	0,91 (0,84-0,98)
<b>Italia</b>	<b>1,35</b> <b>(1,20-1,51)</b>	<b>1,22</b> <b>(1,08-1,39)</b>	<b>1,17</b> <b>(1,11-1,23)</b>	<b>1,13</b> <b>(1,07-1,18)</b>	<b>0,84</b> <b>(0,80-0,89)</b>	<b>0,86</b> <b>(0,81-0,90)</b>	<b>0,91</b> <b>(0,86-0,96)</b>	<b>0,92</b> <b>(0,87-0,98)</b>	<b>0,98</b> <b>(0,94-1,01)</b>	<b>0,99</b> <b>(0,97-1,02)</b>

\*Casi in cui non è possibile il confronto temporale. Per il 2000 si considera il consumo di almeno un farmaco con una frequenza di consumo giornaliera o di qualche volta a settimana; per il 2005 si esamina l'assunzione quotidiana di farmaci.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni del Servizio di Epidemiologia dell'ASLTO3 su dati Istat. Anno 2008.

**Tabella 4 - Rischi relativi (controllati per età e morbosità cronica) per il ricorso ai servizi sanitari per livello di istruzione e ripartizione geografica di residenza. Femmine - Anni 2000, 2005**

Ripartizioni geografiche	Almeno un ricovero		Almeno una visita generica		Almeno una visita specialistica		Almeno un accertamento diagnostico		Consumo di farmaci*	
	2000	2005	2000	2005	2000	2005	2000	2005	2000	2005
Nord-Est	1,04 (0,82-1,31)	1,04 (0,81-1,34)	0,97 (0,87-1,09)	1,05 (0,96-1,16)	0,77 (0,7-0,84)	0,83 (0,76-0,91)	0,71 (0,64-0,79)	0,93 (0,83-1,03)	1,05 (0,98-1,13)	1,12 (1,06-1,19)
Nord-Ovest	1,03 (0,82-1,29)	1,11 (0,86-1,43)	0,97 (0,87-1,07)	1,04 (0,95-1,14)	0,78 (0,71-0,84)	0,84 (0,77-0,92)	0,89 (0,80-0,98)	0,92 (0,83-1,03)	1,01 (0,94-1,08)	1,13 (1,06-1,20)
Centro	0,99 (0,76-1,28)	1,21 (0,91-1,60)	1,02 (0,91-1,14)	1,08 (0,98-1,19)	0,9 (0,82-0,99)	0,91 (0,83-1,01)	0,86 (0,77-0,96)	0,91 (0,81-1,01)	1,06 (0,98-1,14)	1,1 (1,04-1,16)
Sud	1,27 (1,05-1,53)	1,38 (1,11-1,71)	1,22 (1,11-1,34)	1,27 (1,16-1,38)	0,83 (0,76-0,9)	0,89 (0,82-0,97)	0,86 (0,78-0,94)	0,89 (0,81-0,98)	1,14 (1,06-1,22)	1,12 (1,06-1,19)
Isole	0,89 (0,68-1,17)	1,14 (0,81-1,62)	1,09 (0,95-1,25)	1,08 (0,96-1,22)	0,85 (0,76-0,96)	0,88 (0,77-1,00)	0,8 (0,70-0,92)	0,96 (0,82-1,12)	1,03 (0,94-1,12)	1,06 (0,98-1,14)
<b>Italia</b>	<b>1,08</b> <b>(0,97-1,20)</b>	<b>1,19</b> <b>(1,06-1,34)</b>	<b>1,06</b> <b>(1,01-1,11)</b>	<b>1,11</b> <b>(1,07-1,16)</b>	<b>0,82</b> <b>(0,79-0,85)</b>	<b>0,87</b> <b>(0,83-0,90)</b>	<b>0,83</b> <b>(0,79-0,87)</b>	<b>0,91</b> <b>(0,87-0,96)</b>	<b>1,06</b> <b>(1,03-1,10)</b>	<b>1,11</b> <b>(1,08-1,14)</b>

\*Casi in cui non è possibile il confronto temporale. Per il 2000 si considera il consumo di almeno un farmaco con una frequenza di consumo giornaliera o di qualche volta a settimana; per il 2005 si esamina l'assunzione quotidiana di farmaci.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni del Servizio di Epidemiologia dell'ASLTO3 su dati Istat. Anno 2008.

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Le disuguaglianze sociali si confermano come il principale determinante non biologico della morbosità. Luci e ombre emergono dai risultati, soprattutto tra le donne: il successo degli screening e l'insuccesso del fumo. Infatti, da un lato la sensibile diminuzione dell'intensità delle disuguaglianze sociali nell'accesso alla mammografia in assenza di sintomi testimonia l'importanza che gli interventi di prevenzione attiva hanno nel ridurre le disuguaglianze di accesso a prestazioni efficaci e sicure; unico neo è il fatto che questo risultato tarda a manifestarsi nel Mezzogiorno dove è ben noto il ritardo nello sviluppo dei programmi di screening di popolazione. Dall'altro lato, sempre tra le donne, sta progredendo in modo inesorabile la transizione epidemica dell'abitudine al fumo verso le donne di bassa posizione sociale: il fatto è evidente nel Centro-Nord, ma anche nel Mezzogiorno ormai la tradizionale protezione delle fasce sociali più povere verso questa abitudine è scomparsa; è evidente che in questo caso i programmi di prevenzione non sono stati in grado di contrastare adeguatamente questa deriva che rischia di allargare enormemente nei prossimi decenni le disuguaglianze sociali nell'occorrenza delle malattie correlate al fumo tra le donne. Alla luce di questi due esempi, occorre riesaminare i meccanismi con cui queste disuguaglianze sociali influenzano la salute per identificare gli interventi di contrasto o di moderazione che possono essere attivati attraverso la programmazione di politiche e interventi sia nel contesto della strategia contro i determinanti distali delle disuguaglianze "Salute in Tutte le politiche" (2), sia nell'ambito delle misure di prevenzione sui fattori di rischio prossimali, che di fatto sono oggetto di atten-

zione dei programmi come "Guadagnare salute" (3). Attraverso questi programmi nel nostro Paese incomincia a prendere forma una strategia di contrasto delle disuguaglianze e i dati dell'indagine Istat sulla salute possono fornire un punto di riferimento di base per una valutazione di impatto.

Per quanto riguarda i livelli di assistenza, questa indagine mostra una sostanziale equità nell'utilizzo dei principali livelli di assistenza (LEA ricoveri, visite mediche, farmaci), per i quali le persone di posizione sociale più svantaggiata mostrano un più alto utilizzo delle prestazioni a parità di età e morbosità cronica; unica eccezione è l'assistenza specialistica dove le persone di bassa posizione sociale mostrano sostanziali svantaggi nell'accesso alle prestazioni. Queste differenze sono di entità paragonabile nelle varie ripartizioni geografiche, mostrando che le variazioni regionali nei modelli di organizzazione e funzionamento dell'assistenza non hanno modificato sostanzialmente questo profilo nazionale. Dunque, questi risultati offrono un'opportunità inedita per studiare i determinanti del fabbisogno di assistenza allo scopo di valutare l'equità nei LEA e orientare le strategie di allocazione delle risorse in modo proporzionale al peso dei determinanti demografici sociali ed epidemiologici del fabbisogno di assistenza.

### **Riferimenti bibliografici**

- (1) Costa G, Marinacci C, Caiazzo A, Spadea T. Individual and contextual determinants of inequalities in health: the Italian case. *Int J Health Serv* 2003; 33: 635-667.
- (2) Ministero della Salute. Salute in Tutte le Politiche. Dichiarazione congiunta EU-WHO del 18 Dicembre 2007. Roma 2007b.
- (3) Ministero della Salute. Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari. DPCM del 4 maggio 2007, Roma 2007a.