

COMPITI E SUDDIVISIONE FONDI TRA LE UNITÀ DI RICERCA  
prot. 2005147708

<b>Coordinatore Scientifico</b>	Costantino CIPOLLA
<b>Ateneo</b>	Università degli Studi di BOLOGNA
<b>Titolo della Ricerca</b>	SALUTE E DISEGUAGLIANZE SOCIALI IN ITALIA PROGETTO DI COSTRUZIONE DI UNA RETE INTEGRATA DI OSSERVATORI REGIONALI
<b>Finanziamento assegnato</b>	Euro 149.000
<b>Durata</b>	24 Mesi

## Obiettivo della Ricerca

*Obiettivo fondamentale del presente programma di ricerca è quello di avviare in via sperimentale la costruzione di una rete integrata di Osservatori regionali al fine di esplorare empiricamente con una nuova metodologia integrata quali-quantitativa la correlazione fra disuguaglianze sociali e salute della popolazione in Italia. Tale metodologia integrata, frutto dell'incontro interdisciplinare fra sociologia ed epidemiologia, dovrebbe consentire di identificare i meccanismi di azione all'origine della produzione sociale delle disuguaglianze di salute, fornendo così indicazioni precise sulle aree verso cui orientare suggerimenti e raccomandazioni per le politiche sociali e sanitarie che intendano efficacemente contrastare l'ampliarsi delle disuguaglianze sanitarie (e non) attualmente in atto nel nostro paese come a livello globale.*

*In Italia, diversamente che dal resto d'Europa, non esiste purtroppo una consolidata prassi di rapporti di scambio scientifico e d'integrazione disciplinare tra la comunità scientifica degli epidemiologi e quella dei sociologi e degli scienziati sociali in generale: assai rari sono i progetti di ricerca multi- o interdisciplinare, così come le iniziative scientifiche e formative congiunte (Costa et al. 2004). Ciò non ha indubbiamente giovato né all'approfondimento delle questioni teoriche complesse sottese al problema delle disuguaglianze sociali in relazione alla salute, né allo sviluppo di strumenti metodologici adeguati per indagarle.*

*Sia le ricerche epidemiologiche che quelle sociologiche hanno infatti abbondantemente dimostrato l'esistenza di un'associazione significativa tra classi e altre variabili sociali (occupazione, livello d'istruzione, di reddito, tipo di abitazione, ecc.) da una parte e livelli di salute e malattia dall'altra. Se l'esistenza di disparità sociali in salute è ben documentata e ampiamente riconosciuta, la stessa cosa non si può però dire a riguardo delle cause di tali disuguaglianze. Diverse sono le teorie formulate per spiegare la differente distribuzione dei tassi di mortalità e morbilità. Se l'esistenza di nessi causali tra stratificazione sociale e stato di salute è un fatto documentato, tale correlazione deve essere analizzata ulteriormente in modo da stabilire la forza e la direzione della causalità. D'altra parte, se si intende formulare politiche sanitarie per ridurre le iniquità nella salute, è necessario avanzare alcune interpretazioni circa la loro origine e circa la capacità dei servizi sanitari di poter intervenire (Green J. e Thorogood N., 1998).*

*Il Black Report (Townsend et al., 1982) aveva identificato quattro categorie esplicative delle disuguaglianze sanitarie: teoria artefattuale (artefact theory), teoria della selezione sociale, teoria materialistica o strutturale e teoria culturale.*

*La artefact theory affermava che l'apparente relazione tra classe sociale e salute non è reale, ma è il risultato di un processo sociale di produzione e interpretazione di dati statistici (Taylor e Field, 1997). Di conseguenza, affermavano i sostenitori di tale teoria, le disuguaglianze sanitarie non richiedono una spiegazione perché sono il prodotto dei vari tentativi di misurare un fenomeno che è molto più complesso (Taylor e Field, 1997). Il Black Report ovviamente respingeva tale interpretazione, rispondendo che le differenze nei tassi di mortalità e morbilità osservate tra le classi sono reali e non possono essere sconosciute.*

*I sostenitori della Social selection riconoscevano l'esistenza delle differenze sociali nella salute ma sostenevano che è proprio lo stato di salute a determinare le classi sociali, generando un processo di mobilità sociale per cui gli individui sani hanno maggiori probabilità di ascendere verso posizioni sociali più elevate, mentre quelli meno sani vengono trascinati in basso nella scala sociale. (Green e Thorogood, 1998). Molte ricerche hanno smentito tale interpretazione sulla relazione tra salute e mobilità sociale e hanno sottolineato che i processi di selezione hanno un ridotto ruolo nel determinare le disuguaglianze sanitarie (Clarke, 2001).*

*Per la teoria materialista le disparità nelle caratteristiche materiali delle classi sociali - come reddito, tipo di abitazione, ambiente di lavoro, etc. - sono i determinanti principali delle iniquità. Per gli autori del Black Report le spiegazioni strutturali erano quelle che maggiormente contribuivano a spiegare le differenze sociali nella salute (Taylor e Field, 1997).*

*Un altro tipo di spiegazione offerto dagli autori del Black Report si concentra sui fattori culturali e sullo stile di vita come possibili determinanti dello stato di salute. In pratica, le teorie culturali, allo stesso modo di quelle materiali, assumono che lo stato di salute sia condizionato dalla classe sociale di appartenenza. Tuttavia, discordano nell'analisi del tipo di influenza esercitato dalla classe sociale. Per gli strutturalisti, i rischi per la salute sono inerenti al tipo di organizzazione sociale e non permettono agli individui di proteggersi da tali minacce. I sostenitori dell'approccio culturale, invece, sostengono che le differenze di classe influenzano i comportamenti sanitari e gli stili di vita che possono essere nocivi o protettivi della salute (Blane, 1997). Il limite della teoria culturale è quello di sottovalutare le privazioni materiali che sottostanno al comportamento degli individui e delle famiglie. Tali comportamenti rappresentano forme di risposta o reazioni agli svantaggi materiali accumulati nel corso degli anni. Focalizzando solamente i comportamenti volontari, scrive Clarke (2001:124), le teorie culturali non tengono conto dei condizionamenti esterni che invece esercitano un'influenza quotidiana sulle persone. Questo non vuol dire che le spiegazioni materialistiche ignorano le scelte comportamentali degli individui, ma analizzano tali comportamenti come determinati, per la maggior parte, dalle esperienze sociali e dal background degli individui. In questo senso le due teorie non si escludono reciprocamente, ma possono convivere ed integrarsi per poter meglio analizzare le iniquità nella salute (Whitehead, 1987; Macintyre, 1986). Secondo Sundquist e Johansson (1997:1762), la relazione tra posizioni socio-economiche e la mortalità è il risultato dell'interazione di circostanze strutturali e culturali.*

*Salute e malattia sono spesso il punto di approdo di molteplici disuguaglianze verificatesi nel corso della vita. Molte ricerche hanno evidenziato che le condizioni di salute sono spesso correlate a precarie caratteristiche lavorative, a mediocri situazioni materiali di*

vita e ad uno scarso uso dei servizi sanitari (Facchini e Ruspini, 2001:9). Poche sono a tutt'oggi le ricerche in Italia che hanno tematizzato le disuguaglianze sociali nella salute adottando l'approccio del percorso della vita degli individui e dei gruppi sociali. Gli studi condotti all'estero, soprattutto in Gran Bretagna e nei Paesi Scandinavi (Blane et al. 1998; Kuh e Ben Shlomo, 1997) mostrano l'utilità di questa nuova prospettiva per esaminare le differenze sociali in salute e per poter comprendere il maggior carico di malattie croniche delle società industriali. L'identificazione dei principali fattori delle disuguaglianze nella salute e dei relativi meccanismi d'azione, con particolare riguardo per lo studio delle disuguaglianze nelle diverse fasi del corso della vita, costituirà dunque l'obiettivo prioritario del presente progetto, che intende sopperire alla ancora insufficiente attenzione data a tutt'oggi alla ricerca sulle spiegazioni delle disuguaglianze nel nostro paese. Una necessità già segnalata sia dal rapporto scaturito dal primo convegno nazionale sul tema dell'equità nella salute (Costa e Faggiano, 1994), sia dalla relazione sullo Stato Sanitario del Paese del 1999 (Ministero della sanità, 2000).

## **Innovazione rispetto allo stato dell'arte nel campo**

Nonostante il generale incremento dei livelli di vita durante il secolo XX e l'introduzione di sistemi sanitari nazionali, una grande quantità di studi ha registrato la persistenza di disuguaglianze sanitarie in tutti i paesi occidentali industrializzati. Tutte le ricerche dimostrano che gli esiti sanitari, come la speranza di vita, l'incidenza delle malattie o lo stato di salute autoriferita, non sono distribuiti casualmente tra la popolazione. Esistono significative differenze tra diverse classi sociali, livelli di istruzione e tipi di occupazione, tra gruppi etnici, tra donne e uomini e persino tra diverse aree geografiche, indipendentemente dagli altri fattori menzionati. Per quanto riguarda il continente europeo, l'autorevole studiosa delle disuguaglianze sanitarie, Margaret Whitehead, nel 1992 aveva già denunciato che in ogni parte della Regione Europea ed in ogni tipo di sistema politico e sociale sono osservabili disuguaglianze sanitarie tra i diversi gruppi sociali della popolazione e tra le differenti aree geografiche dello stesso paese (Whitehead, 1992). Recentemente, anche l'Organizzazione Mondiale della Salute - Regione Europa, ha riconosciuto che anche tra i paesi europei economicamente avanzati esistono "inaccettabili disuguaglianze nello stato di salute tra differenti gruppi sociali della società" (OMS, 2002). La maggioranza degli studi ha evidenziato, come sottolinea il rapporto dell'OMS, il ruolo centrale svolto dai principali determinanti economici, sociali, ambientali e istituzionali nella produzione e sviluppo di tali differenziali di salute. Tale situazione di disparità è stata registrata persino in quei paesi considerati "più egualitari" (Lahelma e Rakkonen, 1997), quali la Gran Bretagna, l'Olanda e la Svezia, i cui governi hanno una lunga tradizione nell'analisi e nella riduzione delle disuguaglianze sanitarie. Al riguardo, la Gran Bretagna negli ultimi 25 anni ha realizzato ben tre importanti studi sistematici sul tema delle disuguaglianze sanitarie - *The Black Report on Social Inequalities in Health* di Townsend e Davidson (1982); *The Health Divide* di Whitehead (1987); *Independent Inquiry into Inequalities in Health* di Acheson (1998) - che hanno suscitato un intenso ed ampio dibattito a livello internazionale. Queste ricerche hanno senz'altro contribuito all'elaborazione di strategie governative per la promozione dell'equità, alla identificazione di aree carenti di informazioni socio-sanitarie e alla definizione di linee di ricerca prioritarie.

Più recentemente, anche in altri paesi occidentali è sorto l'interesse per identificare le differenze sociali nella salute. In Olanda il tasso di malattie croniche autoriferite dalle persone di 16 anni in su era 50% più alto tra quelli che avevano abbandonato l'educazione formale dopo la scuola primaria, rispetto a quelli che invece avevano conseguito una formazione universitaria (Mackenback, 1993). In Spagna nel 1987, la prevalenza delle malattie croniche tra donne della fascia di età compresa tra i 20 e 44 anni era circa 50% più alto tra i gruppi sociali con basso reddito, rispetto ai gruppi con alto reddito (Guillén, 1990). In Polonia nel periodo 1988-89 il tasso di mortalità tra gli uomini nella fascia di età compresa tra 50-64 anni era 22 per 1000 tra coloro che avevano abbandonato l'educazione formale dopo la scuola primaria, rispetto a 10 per 1000 tra quelli che avevano acquisito una formazione universitaria (Blane, 1997).

In Italia le disuguaglianze sociali nella salute non sono mai state un tema prioritario nell'agenda delle politiche sociali, sanitarie e di ricerca, per lo meno fino alla metà degli anni '90. Nelle regioni meridionali che sono più povere di risorse e di servizi si moriva e si muore di meno. Tuttavia quando si è cominciato a misurare con una certa sistematicità le differenze su base individuale o su base geografica, immediatamente sono emerse le disuguaglianze. È stato il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 (Ministero della Sanità, 2001) che per la prima volta ha posto la riduzione delle disuguaglianze tra gli obiettivi prioritari del Servizio Sanitario Nazionale, dopo che la Relazione sullo Stato Sanitario del Paese del 1999 (Ministero della Sanità, 2000) aveva denunciato l'esistenza di "disuguaglianze sanitarie nei confronti della salute e nell'accesso ai servizi".

Infatti, come documenta lo studio di Cadum e collaboratori (Cadum et al., 1999), negli anni '90 la mortalità a livello comunale è correlata direttamente con un indice di deprivazione in entrambi i generi, con maggiore forza tra gli adulti e con minore evidenza tra gli anziani. Dagli studi longitudinali condotti nelle città di Torino, Firenze e Livorno (Costa et al., 1994; Cardano et al., 1999), emergono evidenti disuguaglianze di mortalità ed è possibile osservare come la mortalità cresce linearmente con il crescere dello svantaggio sociale qualunque sia l'indicatore utilizzato, sia a livello individuale (titolo di studio, classe sociale, tipo di abitazione), sia su base geografica (indici di deprivazione, indicatori di reddito). Le cause di morte che risultano più associate alle differenze sociali sono quelle correlate alle dipendenze e al disagio sociale (droga, alcool, fumo), quelle legate a storie di vita particolarmente svantaggiate (malattie respiratorie e tumori dello stomaco), quelle che hanno a che fare con la prevenzione nei luoghi di lavoro o sulla strada (incidenti), quelle correlate con la qualità dell'assistenza sanitaria (morti evitabili) e, con minore intensità, quelle ischemiche del cuore (Cardano et al., 1999). Sono anche documentati gli svantaggi sociali sia nell'accesso alla prevenzione primaria e alla diagnosi precoce, sia nell'accesso a cure tempestive e appropriate (Cadum et al., 1999). Per quanto riguarda la prevenzione primaria di carattere sanitario bisogna ricordare le disuguaglianze nella prevenzione delle carie dentarie (Faggiano et al., 1999) e nel campo della prevenzione secondaria occorre registrare il minore ricorso allo screening dei tumori femminili delle donne meno istruite (Vannoni et al., 1999). Inoltre, meritano di essere evidenziate alcune forme di discriminazione osservabili dall'esame dei dati sul ricorso ad una ospedalizzazione inappropriata che risultano a vantaggio delle persone in posizioni sociali elevate in studi su base geografica realizzati nella città di Roma (Materia et al., 1999). Altri studi hanno anche documentato il ruolo svolto dalle condizioni sociali, nella generazione di disuguaglianze tra le persone anziane (Facchini, 2001).

Si possono identificare, in particolare, due aree di analisi delle disuguaglianze sanitarie: i) la situazione sanitaria o stato di salute della popolazione e ii) i servizi sanitari (Gwatkin, 2000; Nunes et al., 2001; Schneider et al. 2002). Tale profilo comprende sia i determinanti della salute, ossia i fattori di protezione e i fattori nocivi al mantenimento della salute e sia gli indicatori di mortalità e morbilità, ovvero l'incidenza delle malattie e delle morti premature, relazionati a quei fattori. La seconda area riguarda l'analisi delle disuguaglianze nell'ambito dei servizi sanitari, ed esamina le differenze nella distribuzione e organizzazione delle risposte

sociali ai problemi della salute e, quindi, considera gli aspetti relativi all'allocazione e al finanziamento del sistema sanitario, l'accesso e utilizzazione dello stesso da parte dei diversi gruppi sociali, nonché l'accettabilità e l'appropriatezza dei servizi erogati. Anche se si tratta di due aspetti strettamente relazionati, è importante non confondere - come raccomandano anche alcuni autori (Whitehead, 1992; Giarelli, 1998) - i due livelli dell'analisi, come sovente accade durante le discussioni accademiche o politiche sui problemi relazionati all'equità in sanità.

## **Criteri di verificabilità**

### **FASE I: RAPPORTO SULLO STATO DELL'ARTE DELLA RICERCA SULLE DISUGLIANZE SANITARIE A LIVELLO NAZIONALE E INTERNAZIONALE E MESSA A PUNTO DI UN PROGETTO DI RETE INTEGRATA DI OSSERVATORI REGIONALI (I anno)**

Criteri di verificabilità suggeriti per questa I fase:

- 1) *Qualità, completezza e approfondimento del Rapporto sullo stato dell'arte degli studi, delle ricerche, dei dati prodotti dai sistemi informativi attivati a livello nazionale e internazionale sul tema del rapporto tra disuguaglianze sociali e salute realizzato mediante una meta-analisi dei materiali raccolti sulla base di una precisa griglia di variabili di carattere sia metodologico che contenutistico definiti collegialmente al fine di valutare punti di forza e di debolezza delle metodologie utilizzate e delle spiegazioni teoriche fornite, realizzata da ciascuna Unità Operativa locale in particolare per l'ambito tematico di propria specifica competenza, ovvero:*
  - presenza di specifiche disuguaglianze sociali per quanto riguarda i bisogni di salute relativi a determinate condizioni patologiche ed ai percorsi assistenziali conseguentemente attivati (U.O. di Bologna e di Trento);
  - dibattito relativo al rapporto tra capitale sociale e salute ai tre livelli relazionale, comunitario e istituzionale (U.O. di Ancona);
  - distribuzione per classe sociale degli stili di vita noti come determinanti di salute (U.O. di Firenze);
  - evoluzione del fenomeno della mobilità sanitaria nelle diverse regioni italiane e rapporto tra disuguaglianze sociali e accesso ai servizi (U.O. di Salerno).
- 2) *Qualità, completezza e sostenibilità dei Progetti di costruzione di una rete integrata di Osservatori Regionali in collaborazione con i diversi Assessorati Regionali alla Sanità e/o le Agenzie Sanitarie Regionali (Emilia-Romagna, Marche, Toscana, Campania, Calabria) e l'Azienda Sanitaria Provinciale (Trentino) partecipanti al Progetto congiuntamente con le 5 Unità operative locali universitarie (Bologna, Ancona, Trento, Firenze e Salerno). In particolare, ciascun Progetto di Unità Operativa locale di costituzione di un Osservatorio regionale in rete integrata potrà essere valutato in relazione allo specifico ambito tematico di specifico interesse locale (come indicato al punto 1).*

### **FASE II: ATTIVAZIONE IN VIA SPERIMENTALE DELLA RETE INTEGRATA DI OSSERVATORI REGIONALI MEDIANTE LA REALIZZAZIONE DI RICERCHE TEMATICHE A LIVELLO REGIONALE (II anno)**

Criteri di verificabilità suggeriti per questa II fase:

- 1) *Qualità, validità, attendibilità e replicabilità delle metodologie adottate in via sperimentale per la rilevazione sul campo dei dati e delle informazioni necessarie mediante l'utilizzo degli strumenti e della metodologia integrata quali-quantitativa messi a punto nella fase precedente relativamente agli ambiti tematici specifici di ciascun Osservatorio regionale.*
- 2) *Qualità dei Rapporti regionali tematici sui risultati ottenuti ad opera delle singole Unità Operative locali mediante l'elaborazione, l'analisi e l'interpretazione dei dati e delle informazioni raccolte relativamente agli ambiti tematici di pertinenza di ciascun Osservatorio regionale.*
- 3) *Qualità del Rapporto nazionale finale di analisi comparata dei risultati metodologici, teorici e applicativi raggiunti, cui ciascuna Unità operativa locale contribuirà in particolare per l'ambito tematico di propria specifica competenza*
- 4) *Qualità e quantità delle iniziative attivate in ciascuna regione di competenza delle singole Unità Operative locali al fine di presentare i diversi Rapporti regionali tematici sia in versione completa che sintetica (abstract, opuscoli illustrativi, siti web, ecc.) e discuterli sia con gli addetti ai lavori (comunità scientifica, amministratori, dirigenti, manager e operatori dei rispettivi Servizi Sanitari Regionali) sia con l'opinione pubblica mediante convegni, seminari, workshop, trasmissioni televisive e radiofoniche, forum di cittadini, ecc.*
- 5) *Rilevanza nazionale e internazionale del convegno finale di presentazione del Rapporto finale nazionale della ricerca con la presentazione e discussione dei risultati complessivamente raggiunti a confronto con le esperienze europee attualmente in atto mediante la partecipazione diretta di alcuni dei maggiori esperti internazionali sul tema.*

## **Elenco delle Unità di Ricerca**

<b>Sede dell'Unità</b>	Università degli Studi di BOLOGNA
<b>Responsabile Scientifico</b>	Costantino CIPOLLA
<b>Finanziamento assegnato</b>	Euro 52.000

## **Compito dell'Unità**

L'oggetto privilegiato del programma di ricerca dell'Unità operativa di Bologna sarà costituito dall'associazione tra determinate condizioni patologiche e disuguaglianze sociali, con specifica attenzione alle diverse modalità del manifestarsi (o meno) dei bisogni di salute e ai percorsi assistenziali che i soggetti appartenenti alle diverse classi e gruppi sociali mettono in atto per fronteggiare i problemi derivanti dalla propria condizione ed ai risultati di salute conseguiti.

*Gli obiettivi specifici del programma di ricerca dell'Unità operativa di Bologna saranno quindi costituiti da:*

- 1. individuazione delle condizioni patologiche per quali esistono in letteratura studi e ricerche che ne documentino empiricamente in maniera concorde e sufficiente l'associazione con evidenti disuguaglianze sociali;*
- 2. integrazione metodologica tra metodi d'indagine quantitativa di tipo epidemiologico e metodi d'indagine qualitativa di tipo sociologico al fine di individuare e approfondire i meccanismi causali all'origine delle disuguaglianze sociali sulla base di un approccio di tipo biografico, centrato sull'analisi dei corsi di vita dei soggetti malati;*
- 3. sperimentazione di tale approccio integrato con applicazione a specifiche condizioni patologiche (selezionate tra quelle di cui al punto 1) nelle quali sia possibile indagare e comprendere tali meccanismi causali nella loro complessità d'azione in relazione alle diverse categorie sociali e al loro dispiegarsi temporale nell'ambito dei corsi di vita individuali;*
- 4. costituzione di osservatori regionali sulle disuguaglianze sociali integrati tra loro in rete nelle due regioni di competenza dell'Unità operativa di Bologna (Emilia-Romagna e Calabria) nei quali, sulla base della collaborazione tra sedi universitarie e Assessorati/Agenzie sanitarie regionali, l'integrazione metodologica delineata venga perseguita e sperimentata congiuntamente, producendo anche un miglioramento dei sistemi informativi sanitari correnti attraverso un loro sostanziale arricchimento.*

---

<b>Sede dell'Unità</b>	Università degli Studi di SALERNO
<b>Responsabile Scientifico</b>	Tullia SACCHERI
<b>Finanziamento assegnato</b>	Euro 31.000

### **Compito dell'Unità**

*Il progetto dell'Unità Operativa di Salerno si propone di:*

- 1. selezionare una serie di tematiche cruciali sulle quali costituire una base di dati sulla migrazione sanitaria nella regione Campania, che sia ampia e rappresentativa sul piano quantitativo e particolarmente accurata ed affidabile sul piano della qualità delle informazioni, nella convinzione che un'indagine sulla migrazione sanitaria offra un terreno di ricerca privilegiato per molti spunti non solo di carattere sociale, ma anche di valore epidemiologico e sanitario, non solo sul piano teorico, ma anche sul piano dell'identificazione di strategie atte a trasformare sia la dimensione reale del disagio o della disorganizzazione, sia la dimensione pregiudiziale che potrebbe emergere nei cittadini;*
  - 2. analizzare, da un lato, la situazione reale e la condizione soggettiva della migrazione sanitaria in regione, evidenziandone cause culturali e condizioni strutturali; dall'altro, studiare le esperienze più significative al fine di una loro possibile generalizzazione;*
  - 3. individuare le ragioni che spingono i pazienti a rivolgersi a strutture di altre regioni italiane;*
  - 4. indagare la percezione del sistema sanitario campano, con particolare riguardo all'assistenza ospedaliera;*
  - 5. stimare i costi diretti e indiretti che la scelta di migrare determina a carico dei pazienti e dei loro familiari.*
- Lo studio dei determinanti della migrazione sanitaria fra le regioni del Sud e da esse verso il Nord dell'Italia potrebbe contribuire a permettere la costruzione, l'applicazione ed il trasferimento di strumenti valutativi flessibili, utili per le decisioni nella programmazione sanitaria per una gestione integrata e cooperativa della stessa con la possibilità di offerta di servizi, anche in reti regionali e sovregionali, con una ottimizzazione dei servizi sanitari esistenti, una riduzione delle disuguaglianze ed un raggiungimento di una maggiore equità.*
- La ricerca potrà anche costituire la base scientifica per la costruzione di un osservatorio sul fenomeno, quindi configurarsi con i seguenti obiettivi strategici:*
- nel breve periodo, la costituzione di un Osservatorio sulla migrazione sanitaria in Campania, potrà individuare, sperimentare e consolidare indicatori atti al monitoraggio permanente del fenomeno e delle modalità con le quali essa si esplica;*
  - nel medio periodo, l'Osservatorio potrà essere volano per la costruzione di una rete di collegamento e di documentazione con le strutture sanitarie regionali e locali e le associazioni di pazienti, finalizzata a diffondere notizie sulle modificazioni intervenute all'interno delle diverse variabili identificate come causa delle migrazioni;*
  - nel lungo periodo, i prodotti dell'Osservatorio potranno costituire materiale destinato alla formazione-azione degli operatori e dei dirigenti dei servizi sanitari regionali.*

---

<b>Sede dell'Unità</b>	Università degli Studi di TRENTO
<b>Responsabile Scientifico</b>	Cleto CORPOSANTO
<b>Finanziamento assegnato</b>	Euro 20.000

## **Compito dell'Unità**

*Gli obiettivi specifici del programma di ricerca dell'Unità operativa di Trento sono analoghi a quelli di Bologna e saranno quindi costituiti da:*

- 1. individuazione delle condizioni patologiche per quali esistono in letteratura studi e ricerche che ne documentino empiricamente in maniera concorde e sufficiente l'associazione con evidenti disuguaglianze sociali;*
- 2. integrazione metodologica tra metodi d'indagine quantitativa di tipo epidemiologico e metodi d'indagine qualitativa di tipo sociologico al fine di individuare e approfondire i meccanismi causali all'origine delle disuguaglianze sociali sulla base di un approccio di tipo biografico, centrato sull'analisi dei corsi di vita dei soggetti malati;*
- 3. sperimentazione di tale approccio integrato con applicazione a specifiche condizioni patologiche (selezionate tra quelle di cui al punto 1) nelle quali sia possibile indagare e comprendere tali meccanismi causali nella loro complessità d'azione in relazione alle diverse categorie sociali e al loro dispiegarsi temporale nell'ambito dei corsi di vita individuali;*
- 4. costituzione di osservatori regionali sulle disuguaglianze sociali integrati tra loro in rete nelle provincia di competenza dell'Unità operativa (Trento) nei quali, sulla base della collaborazione tra sedi universitarie e Assessorati/Agenzie sanitarie regionali, l'integrazione metodologica delineata venga perseguita e sperimentata congiuntamente, producendo anche un miglioramento dei sistemi informativi sanitari correnti attraverso un loro sostanziale arricchimento.*

---

<b>Sede dell'Unità</b>	Università Politecnica delle MARCHE
<b>Responsabile Scientifico</b>	Carlo CARBONI
<b>Finanziamento assegnato</b>	<b>Euro</b> 20.000

## **Compito dell'Unità**

*L'Unità locale di Ancona avvierà una ricerca di sfondo a carattere storico-comparato sull'evoluzione della politica sanitaria italiana, dei livelli di salute pubblica, della dotazione e delle tipologie di capitale sociale, inteso quest'ultimo nella sua dimensione macro. Tale indagine prende le mosse dalla ricostruzione svolta da Szreter e Woolcock (2002) su come siano cambiate nell'arco di un secolo (1815-1914) le forme di capitale sociale in Gran Bretagna e su come ciò abbia influito sui sentieri della politica sanitaria. Gli autori fanno riferimento alla distinzione tra le reti di capitale sociale "bonding", "bridging" e "linking". Le prime consistono in relazioni forti, che uniscono al proprio interno i componenti di un gruppo molto coeso, con una funzione spesso difensiva. Le forme di capitale sociale "bridging" si riferiscono, invece, a quelle reti orizzontali che uniscono, proprio come un ponte, nodi eterogenei tra loro, spesso in chiave strategica. Infine, il capitale sociale "linking" si riferisce a quei legami verticali, tra nodi posizionati a diversi livelli di potere, che consentono l'accesso a risorse critiche, per coloro che si trovano ai livelli inferiori. L'analisi storico-sociologica delle vicende inglesi dimostra come per ottenere i migliori risultati in termini di salute e di ammissione ai servizi sanitari sia necessario un giusto equilibrio delle tre forme di capitale sociale, che risultano complementari, più che succedanee. Alla luce di tali considerazioni, si tenterà una lettura comparativa dei due percorsi, quello italiano e quello inglese, considerando che, nonostante le profonde differenze culturali e sociali tra i due paesi, le loro storie hanno trovato un punto di convergenza nell'adozione di un Sistema Sanitario Nazionale. Si andrà a verificare, pertanto, se le fasi relative all'evoluzione delle forme di capitale sociale nei due contesti siano coincise temporalmente o cronologicamente.*

---

<b>Sede dell'Unità</b>	Università degli Studi di FIRENZE
<b>Responsabile Scientifico</b>	Nicola COMODO
<b>Finanziamento assegnato</b>	<b>Euro</b> 26.000

## **Compito dell'Unità**

*L'Unità operativa di Firenze si prefigge di analizzare la distribuzione per classe sociale degli stili di vita noti come determinanti di salute. Obiettivo dello studio è di produrre una analisi dei comportamenti a rischio in 2 fasce di popolazione: i giovani e gli adulti.*

*La attenzione alle classi d'età più giovani nasce dalla considerazione che è proprio in età giovanile che si strutturano comportamenti dannosi per la salute.*

*Metodologia:*

*La metodologia che si intende adottare è di due tipi:*

- 1) un'analisi tramite flussi Istat (Indagine Multiscopo - Aspetti della vita quotidiana, anni 1993-2002 e Condizione*

di salute e ricorso ai servizi sanitari 1994, 1999-2000) della variabilità per classe sociale, per area geografica e nel tempo di alcuni stili di vita come il consumo di tabacco e di bevande alcoliche, lo svolgimento di attività fisica, le abitudini alimentari, nonché della presenza o meno di malattie croniche auto dichiarate. La definizione di classe sociale sarà basata su titolo di studio e condizione professionale dei soggetti intervistati. Il livello territoriale di analisi è regionale. Data la rappresentatività del campionamento Multiscopo a livello regionale, questa parte dello studio sarà indirizzata in particolare agli adulti.

2) Un'indagine ad hoc su un campione rappresentativo delle scuole medie superiori della Toscana (circa 60) con un questionario su consumo di alcol, sostanze stupefacenti, tabacco, comportamenti alla guida, attività fisica, alimentazione, comportamenti sessuali, e bullismo. Gli stili di vita dei ragazzi tra i 14 e i 19 anni verranno posti in relazione con il titolo di studio e la professione dei genitori, che come sappiamo sono i più importanti mediatori dei comportamenti dei bambini e dei giovani. Particolare attenzione verrà posta ai temi dei comportamenti a rischio per infortunistica stradale, del comportamento sessuale e del consumo di sostanze stupefacenti, anche considerata l'esiguità di studi sulle disuguaglianze sociali di tali fattori di rischio.

---