

Sevilla, 12 y 13 de noviembre de 2009

COMUNICACIÓN

Desigualdades sociales y salud en Italia

Mauro Serapioni
CES-UC



Centro de Estudios Andaluces
CONSEJERÍA DE LA PRESIDENCIA

Desigualdades sociales y salud en Italia

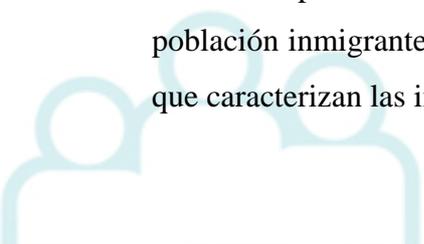
Por: **Mauro Serapioni**

Centro de Estudos Sociais, Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, Portugal.

1. Introducción

A pesar del aumento general de los niveles de vida durante el siglo XX y la introducción de sistemas sanitarios nacionales, una gran cantidad de estudios ha registrado la persistencia de desigualdades sanitarias en todos los países industrializados. Todas las investigaciones demuestran que las *performance* sanitarias, como la esperanza de vida, la incidencia de las enfermedades o el estado de salud autopercebido, no se distribuyen aleatoriamente entre la población. Existen diferencias entre distintas clases sociales, niveles de educación y tipos de empleo, entre grupos étnicos, entre mujeres y hombres e incluso entre distintas áreas geográficas. En relación al continente europeo, la estudiosa Margareth Whitehead, en 1992, ya había denunciado que en cualquier parte de la región europea y en cualquier tipo de sistema político y social se observan desigualdades sanitarias entre los distintos grupos sociales de la población y entre las diferentes zonas geográficas del mismo país (Whitehead, 1992). Recientemente, también la Organización Mundial de la Salud ha reconocido que entre los países europeos económicamente avanzados existen “inaceptables desigualdades en el estado de salud entre diferentes grupos sociales de la sociedad” (WHO, 2003). La mayoría de los estudios ha puesto de manifiesto el papel central desempeñado por los principales determinantes económicos, sociales, ambientales e institucionales en la producción y el desarrollo de estas diferencias de salud. Esta situación de desigualdades ha sido registrada incluso en aquellos países considerados “mas igualitarios” (Lahelma y Rahkonen, 1997), tales como Gran Bretaña, Holanda y Suecia, cuyos gobiernos tienen una larga tradición en el análisis y reducción de las desigualdades sanitarias. Más recientemente, también en otros países occidentales surgió el interés por identificar las diferencias sociales en salud. En Italia, pese a la reforma de 1978 que introducía un Servicio Sanitario Nacional universal y pese a su preocupación para reducir los desequilibrios geográficos y sociales entre las distintas regiones del país, el tema de la equidad se ha convertido en una prioridad solamente desde finales de los años 90. Por esta razón todavía no cuenta con una consolidada tradición de reflexión e investigación.

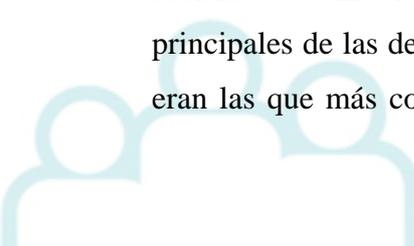
Después de examinar los diferentes modelos interpretativos de las desigualdades en salud, el artículo presenta la situación italiana y, sucesivamente, analiza las iniquidades que afectan la población inmigrante residente en Italia. Para concluir, el artículo introduce algunas problemáticas que caracterizan las investigaciones sobre desigualdades sociales y salud.



2. ¿Cómo interpretar las desigualdades sanitarias?

Tanto las investigaciones epidemiológicas como las sociológicas han demostrado la existencia de una asociación significativa entre clases y posiciones sociales, por una parte, y salud y enfermedad, por otra. Si la existencia de desigualdades sociales en salud es bien documentada y ampliamente reconocida, no se puede decir lo mismo acerca de sus causas. Diversas son las teorías formuladas para explicar la diferente distribución de las tasas de mortalidad y morbilidad. Sin duda existen vínculos causales entre estratificación social y estado de salud; sin embargo, esta correlación debe ser analizada con más profundidad para establecer la fuerza y la dirección de la causalidad. Si se quieren formular políticas sanitarias para reducir las desigualdades de salud es necesario plantear algunas interpretaciones sobre su origen y acerca de la capacidad de los servicios sanitarios para poder intervenir. Por ejemplo, ¿hasta qué punto las disparidades en la utilización de servicios de prevención odontológica son el resultado de desigualdades de acceso, de barreras económicas o de los distintos valores culturales vinculados a los servicios de asistencia preventiva?

El *Black Report* (Townsend y Davidson, 1982) había identificado cuatro categorías explicativas de las injusticias sanitarias: teoría artefactual (*artefact theory*), teoría de la selección social, afirmaba que la supuesta relación entre clase social y salud no es real, sino que es el resultado de un proceso social de producción e interpretación de datos estadísticos (Taylor y Field, 1997). En consecuencia, según los partidarios de esta teoría, las desigualdades sanitarias no exigen una explicación porque son el producto de los diversos intentos de medir un fenómeno que es mucho más complejo (Taylor y Field, 1997). Los autores del *Black Report* obviamente rechazaron esta interpretación, respondiendo que las diferencias en los índices de mortalidad y morbilidad observadas entre las clases son reales y no pueden ser desconocidas. Los partidarios de la *social selection* reconocían la existencia de las diferencias sociales de salud pero sostenían que es precisamente el estado de salud el que determina las clases sociales, generando un proceso de movilidad social por el que los individuos sanos mayores probabilidades subir hacia posiciones sociales más elevadas mientras que los menos sanos son arrastrados hacia abajo en la escala social (Green y Thorogood, 1998). Muchas investigaciones han desmentido esa interpretación y han subrayado que los procesos de selección tienen un reducido papel en determinar las desigualdades sanitarias (Clarke, 2001). Para las teorías materialistas, las características estructurales de las clases sociales – como renta, tipo de vivienda, ambiente de trabajo, etc. – son los determinantes principales de las desigualdades. Para los autores del *Black Report*, las explicaciones estructurales eran las que más contribuían a explicar las diferencias sociales de salud (Taylor e Field, 1997).



Otro tipo de explicación ofrecido por los autores del *Black Report* se centra en los factores culturales y el estilo de vida como posibles determinantes del estado de salud. Enfocando solamente los comportamientos voluntarios, según Clark (2001: 124), las teorías culturales subestiman las privaciones materiales y los condicionamientos externos que, por el contrario, ejercen una influencia cotidiana sobre las personas. Esto no quiere decir que las explicaciones materialistas ignoren las opciones fisiológicas de las personas, sino que analizan estos comportamientos como determinados, por la mayor parte de las experiencias sociales y el background de las personas. En este sentido, las dos teorías no se excluyen mutuamente, pero pueden convivir e integrarse para analizar mejor las iniquidades (Whitehead, 1987; Macintyre, 1986). En la misma línea, Siegrist (2006), apoya la necesidad de considerar, además de las influencias que actúan a nivel de la sociedad, las condiciones no materiales como generadoras de desigualdades de salud. En efecto, según Siegrist e Marmot (2004), el medio ambiente social e psico-social es capaz de producir efectos directos e indirectos sobre la salud gracias a su capacidad de implementar respuestas y experiencias positivas de las personas, en particular la autoestima y la confianza en sus propias competencias personales. Aunque las interpretaciones materiales y psico-sociales – según observa Stefanini (2006) - han sido presentadas frecuentemente como antagonistas, son muchos los estudios del sector que consideran que las circunstancias materiales y las no materiales están estrechamente relacionadas. Sin embargo, debe precisarse, tal y como señala Siegrist (2006), que las interpretaciones no materiales son más útiles para explicar las condiciones de salud de los grupos con una posición social más elevada. Como se puede observar, las categorías explicativas trazadas por el *Black Report* han sido parcialmente superadas.

Desde hace algunos años, ha surgido un nuevo enfoque que pone en primer plano los cursos de vida como estrategia de análisis de las desigualdades de salud. Esta perspectiva de análisis – subraya Saraceno (2001:29) – no se circunscribe al estudio de una trayectoria particular o curso de la vida, sino al modo en que una determinada trayectoria de la vida (por ejemplo laboral o familiar) se salda y combina con otras. Desde esta óptica, las trayectorias son recorridos interdependientes que deben ser estudiados no individualmente, sino por su relación con las trayectorias de otras personas significativas sin descuidar, por supuesto, el análisis de las relaciones económicas, sociales y políticas.

Se está, por tanto, tratando de desarrollar y conectar, entre ellas, dos tradiciones de investigación que en el panorama sociológico italiano – como señala Schizzerotto (2002:9) – han sido poco cultivadas y, generalmente, estudiadas por separado. Se trata precisamente del análisis de las desigualdades y de los cursos de vida. La premisa teórica de esta perspectiva de análisis parte de la consideración de que las diferencias sociales no consisten sólo en desigualdades en las



posiciones de partida o de llegada, sino también en la configuración de los recorridos que unen las una y otras (Schizzerotto, 2002:9). Salud y enfermedad son, a menudo, el punto de llegada de múltiples desigualdades ocurridas durante la vida. Pocas son todavía las investigaciones en Italia que han tematizado las desigualdades sociales de salud adoptando un enfoque del recorrido de vida de los individuos y de grupos sociales. Los estudios realizados en el extranjero, sobre todo en Gran Bretaña y en los Países Escandinavos (Blane et al. 1998; Kuh e Ben Shlomo, 1997) muestran la utilidad de esta nueva perspectiva.

3. La situación italiana

En Italia las desigualdades sociales en salud nunca fueron un tema prioritario en la agenda de las políticas sociales y sanitarias, por lo menos hasta mediado de los años 90. Varios estudios e investigaciones habían señalado que la población parecía disfrutar de los servicios bastante equitativamente; el acceso al sistema sanitario no parecía evidenciar, en general, diferencias sociales substanciales, ya que éste parecía depender de la distribución efectiva de la morbilidad y, por tanto, de las necesidades relativas de salud. Sin embargo, cuando se empezaron a medir sistemáticamente las diferencias, a nivel individual y a nivel geográfico, se observaron inmediatamente las desigualdades. De hecho, como demuestra el estudio de Cadum y colaboradores (Cadum et al. 1999), en los años 90 la mortalidad a nivel municipal estaba relacionada directamente con un índice de privación en ambos géneros, con mayor fuerza entre los adultos y con menor relieve entre los ancianos.

Los estudios longitudinales realizados en las ciudades de Turín, Florencia y Livorno (Costa et al., 1994; Cardano et al., 1999) han evidenciado desigualdades de mortalidad y se ha podido observar como la mortalidad aumentó linealmente con el incremento de las desventajas sociales, fuera cual fuere el indicador utilizado, tanto a nivel individual (nivel de estudios, clase social, tipo de vivienda), como sobre una base geográfica (índices de privación, indicadores de renta).

El Plan Sanitario Nacional 1998-2000 (Ministero della Sanità, 2001) ha colocado por primera vez la reducción de las desigualdades entre los objetivos prioritarios del Servicio Sanitario de Salud (SSN), después de que el informe sobre el estado sanitario del país de 1999 (Ministero della Sanità, 2000) denunciara la existencia de “desigualdades en relación a la salud y al acceso a los servicios”.

Estudios posteriores, analizando la exposición a determinados factores de riesgo, el acceso a determinadas prestaciones, especialmente las más innovadoras tecnológicamente, o las intervenciones quirúrgicas de alto grado de especialización, han confirmado unas profundas y significativas diferencias sociales, generalmente en desventaja por parte de las clases populares y de

los grupos sociales más marginados como los inmigrantes (Rapiti et al. 1999, Costa et al. 2004). Los sujetos pertenecientes a estas clases y grupos sociales tienen formas de exposición mucho más prolongadas a esos factores de riesgo (humo, obesidad, alimentación desequilibrada, etc.), con la mediación de los cuales las desigualdades actúan sobre la salud. Ellos tienden a hacer un uso mucho menor (o nulo) del médico de familia y un uso indebido de los primeros auxilios, sufriendo una mayor frecuencia de hospitalizaciones, sobre todo de urgencias y en una fase de gravedad más avanzada, evidenciando una gestión peor de la enfermedad en las fases iniciales de aparición y de primer contacto con las estructuras sanitarias.

De los datos proporcionados por los sistemas de información disponibles para toda la población italiana (fichas de dimisión hospitalaria, etc.) se desprende que incluso en las fases sucesivas existiría un fuerte desventaja en las posibilidades de acceso a los servicios y de gestión adecuada de la enfermedad (Costa et al. 2004). Emerge, en otros términos, un mayor riesgo de hospitalización no apropiada (por ejemplo, de intervenciones invasivas evitables) y de menor acceso a procedimientos innovadores de eficacia probada (trasplante renal en personas en diálisis, intervención de by-pass aorto-coronarias). La distribución social del consumo de medicamentos parece indicar, por el contrario, un exceso de medicalización al disminuir del nivel de educación, sobre todo, para determinados tipos de medicamentos (sonníferos y antidepresivos). Son también documentadas las desventajas sociales ya sea en el acceso a la prevención primaria y al diagnóstico precoz (Spadea, 2004), ya sea en el acceso a la asistencia de emergencia (Cadum et al., 1999; Spadea e Venturini, 2004). En cuanto a la prevención primaria de carácter sanitario, hay que recordar las desigualdades en la prevención de caries dentales (Faggiano et al., 1999; Spadea, 2004), y en materia de prevención secundaria es necesario registrar el menor recurso del screening de los tumores por parte de las mujeres con menos niveles de educación (Vannoni et al., 1999). Además, merecen ser destacadas algunas formas de discriminación observables al examinar los datos sobre el recurso a una hospitalización impropia que resultan en beneficio de las personas en posiciones sociales elevadas (Materia et al., 1999).

Otros estudios han registrado el papel desempeñado por las condiciones sociales en la generación de desigualdades entre las personas de edad avanzada (Facchini y Ruspini, 2001). Las causas de muerte que resultan más asociadas a las diferencias sociales son: i) las relacionadas con dependencias y al malestar social (drogas, alcohol, tabaco); ii) aquellas asociadas a las historias de vida particularmente desfavorecidas (enfermedades respiratorias y tumores del estómago); iii) las que tienen que ver con la prevención en los lugares de trabajo y con accidentes de carretera; iv) y las relacionadas con la calidad de la asistencia sanitaria (muertes evitable) (Cardano et al., 1999). También las recientes investigaciones realizadas en la provincia de Reggio Emilia (Candela et al.,

2005) han demostrado, en sintonía con los estudios nacionales e internacionales, una relación inversa entre condiciones socioeconómicas, sea cual sea su forma de medición, y mortalidad.

Resultados de encuestas recientes señalan que las regiones meridionales presentan valores de prevalencia más desfavorables en todas las dimensiones de salud analizadas (Gargiulo e Sebastiani, 2002). “El sur – afirma Spadea y colaboradores (2004: 20) – es más enfermo, pero el sur a su vez alberga un más alto número de personas en condición de privación de recursos culturales y materiales”.

Por último, también la evaluación de la calidad percibida parece diferenciarse a partir de factores sociales, en particular, en lo que concierne a los prevalentes motivos de insatisfacción, la identificación de errores diagnósticos es predominante entre quienes tienen un nivel elevado de estudios, mientras que la solicitud de una mejor relación interpersonal y de una mayor propensión a escuchar resulta predominante entre los pacientes con niveles educativos más bajos.

Además de las desigualdades relativas analizadas, también es importante mencionar algunas formas de desigualdades absolutas que en Italia afectan a pequeñas capas de la población inmigrante (Cadum et al., 1999). Estos últimos muestran una tasa excesiva de mortalidad infantil y bajo peso al nacer, interrupciones voluntarias del embarazo y notificaciones de tuberculosis (Ministero della Sanità, 2000).

Por tanto, la situación italiana no es muy distinta de la documentada en otros países industrializados occidentales, donde a cada posición de la escala social le corresponde una salud más desfavorable que aquella de una posición inmediatamente superior.

4. Desigualdades de salud en la población inmigrante.

Contrariamente a los países anglosajones (EUA, Gran Bretaña, Suecia, etc) en Italia los estudios sobre las desigualdades de la población inmigrante son todavía escasos, aunque se haya reconocido la importancia del grupo étnico como uno de los determinantes de las desigualdades de salud. La “discriminación racial” presente en diferentes ámbitos de la organización social, genera desigualdades en la salud de los individuos, en el acceso a los servicios y en la esperanza de vida, desigualdades ampliamente documentadas por los informes Black (1980) y Acheson (1998) y por muchísimos otros estudios internacionales (Wilkinson, 1996; Marmot e Wilkinson, 1999). Pero es importante subrayar – como resaltan Marceca y colaboradores (Marceca et al., 2006:30) – que son sobre todo “los procesos sociales que discriminan directamente determinadas clases de personas y en estas clases, más frecuentemente encontramos personas que tienen una experiencia de emigración. En otras palabras, la “discriminación racial” contribuye a agravar aún más las desigualdades causadas por la situación socio-económica. También es importante considerar la

ausencia o la escasa red de soporte de las que pueden disponer los inmigrantes replantados en otro país y en otra cultura. Esta ausencia, como ha puesto de manifiesto la literatura internacional, constituye un factor que, junto a las privaciones materiales (desempleo, baja renta, condiciones de vivienda, etc.) y a los limitados derechos de ciudadanía, lleva a los individuos a vivir una condición de exclusión social. Las desigualdades de salud en el caso de los inmigrantes tienen su origen, además que en los factores mencionados, también en las características del sistema sanitario, en su manera de funcionar y en las desigualdades de acceso que genera. En Italia, por ejemplo, algunos estudios han puesto en evidencia las desigualdades derivadas de la falta de conocimiento de las vías de acceso a las actividades preventivas, de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (Tognetti Bordogna, 2008; ASR, 2007). Por lo tanto, también en Italia, al igual que en otros países europeos y occidentales, en los últimos años, numerosos estudios han registrado una desigual distribución de la salud y de la enfermedad entre autóctonos e inmigrantes.

Las desigualdades de salud que afectan a los inmigrantes han predominantemente origen, según Perocco (2008:88), en el sistema de las relaciones sociales, es decir, en el “malestar resultante de las relaciones entre sociedades de llegada y inmigrantes”, y en las condiciones de trabajo a que están sometidos los inmigrantes, es decir el “malestar de trabajo”. En cuanto a las condiciones de trabajo, la historia de la inmigración en Europa ya ha registrado el agotamiento físico y mental de los trabajadores inmigrantes. La inclusión laboral de los inmigrantes en los últimos 20 años ha ocurrido – dice Perocco (2008:92) – según modalidades que contienen elementos de discriminación: “alta concentración en los segmentos más bajos del mercado del trabajo, en las ocupaciones más agotadoras, precarias, insalubres, nocivas y arriesgadas”, que impliquen niveles de accidentes mayores a los ya elevados índices de accidentes presentes entre la población italiana. En 2001, entre los trabajadores de origen extranjera se ha observado un índice de accidentes de 9,1%, respecto al 4,2% de los trabajadores italianos (Perocco, 2008). Según una investigación llevada a cabo en Emilia Romagna (ASR, 2007), la asma y las infecciones agudas de las vías respiratorias son tres veces superiores entre los extranjeros con respecto a los autóctonos, mientras que las heridas y los traumatismos intracraneos son dos veces más alto.

En cuanto a la salud de las mujeres, a nivel nacional existen pocos datos, la mayor parte de los cuales afectan la salud reproductiva de los pacientes que acceden a los servicios públicos. Las mujeres interactúan con el servicio sanitario más que los hombres y las principales causas de hospitalización están relacionadas con el embarazo y el parto. Los datos disponibles muestran un número mayor de interrupción voluntarias del embarazo respecto a las mujeres italianas. Entre las desigualdades registradas por los estudios realizados (Tognetti Bordogna, 2008; Vannoni y Cois, 2004; Marceca y Geraci, 2001; Ministero della Salute, 2000), es interesante mencionar: a) la

mayor incidencia del bajo peso de nacimiento; b) la más alta mortalidad en el primer año de vida entre los hijos de mujeres inmigrantes; c) menor utilización de servicios médicos durante el embarazo; d) el número inferior de visitas y ecografías efectuadas durante el embarazo respecto de las mujeres italianas.

La introducción de nuevas formas de flexibilidad y la precarización del trabajo han llevado – como destaca Perocco (2008) - a un general deterioro de las condiciones de trabajo en todos los países occidentales, sobre todo de jóvenes, mujeres e inmigrantes. En este marco de problemas compartidos, es preciso observar que los inmigrantes se encuentran en una situación más desfavorecida respecto de las capas más débiles de los autóctonos.

Para terminar esta parte sobre las condiciones de salud de la población inmigrantes, es importante señalar la necesidad de que tanto las instituciones sanitarias, a nivel nacional y regional, y tanto el mundo académico mostraran un mayor compromiso sobre el tema de las desigualdades de salud que afectan también este importante sector de la población residente en Italia.

5. A modo de conclusión

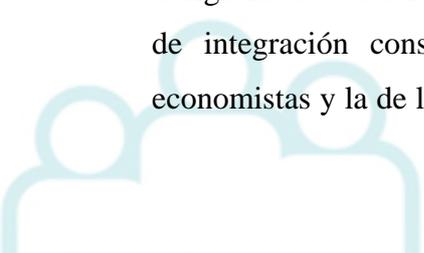
Como hemos observado en Italia el tema de las desigualdades de salud no posee una consolidada tradición de reflexión e investigaciones. La reforma sanitaria de 1978, que introdujo un sistema de salud de tipo universal e declaraba de promover la equidad de la atención de salud, logró solamente plantear la necesidad de reducir las desigualdades geográfica de la oferta de los servicios (Costa et al., 2004). Pero hay que reconocer que en los últimos diez años han sido hechos algunos pasos significativos, aunque aún preliminares, en dirección de la reducción de las disparidades. Sin embargo, siguen existiendo algunos aspectos problemático que requieren una atención privilegiada tanto por parte de los principales actores del sistema sanitario y tanto por parte de la comunidad científica y académica. É importante analizar al menos dos aspectos.

1. Un primero aspecto por profundizar concierne el papel de la organización sanitaria en la generación de las desigualdades de salud. En otras palabras, es importante estudiar todos los potenciales de iniquidad inducidos por los actuales procesos de reforma en nivel nacional, regional y local. Es importante comprender las injusticias que pueden esconderse tras la introducción de modernas tecnologías, de nueva forma de co-participación en los gastos de salud, de la multiplicación de las relaciones de trabajo entre el sector público y el sector privado. Esta preocupación esatava já planteada en el informe sobre el estado sanitario del país del 1990 (Ministero della Salute, 2000), cuando fue puesto en evidencia el extendido malestar y una cierta percepción de iniquidad que los usuarios normalmente expresan comparando las disparidades entre el tratamiento recibido por los profesionales del servicios, después de una longa lista de espera, y las

prestaciones a pago ofrecida por los mismos profesionales dentro de pocos días. Según Costa et al. (2000:13), las principales amenazas a la equidad derivan de los nuevos sistemas sanitarios nacionales y regionales, y precisamente se refieren a las siguientes dimensiones: a) las posibles discriminaciones introducidas por las normas que prevén nuevas formas gerenciales de gestión y de asistencia mixta público-privado; b) la transferencia de las regiones a las comunidades locales del financiamiento y la gestión de los servicios sociales para ancianos y pacientes de salud mental pueden aumentar las desigualdades geográficas en la disponibilidad de este importante tipo de intervención; c) las nuevas desigualdades que pueden surgir del uso de prestaciones especializadas, sobre todo aquellas de alta calidad que varían con la posición social de las personas, mientras que el acceso a la atención primaria es bastante igualitario.

También la reciente política de racionalización de la oferta, mediante la redefinición de los Niveles Esenciales de Asistencia (*Livelli Essenziali di Assistenza* - LEA) y de las modalidades en que los servicios son prestados puede contribuir a generar – según Costa y colaboradores (Costa et al., 2004:112) nuevas desigualdades, especialmente en el contexto del proceso de descentralización regional en acto en el sistema sanitario italiano.

2. Otro aspecto que debe ser profundizado concierne el desarrollo de nuevos modelos y métodos de estudios e investigación que permitan la identificación y el seguimiento de las desigualdades en salud. Según Popay y Groves (2001), los modelos actuales de investigación no son capaces de comprender la complejidad presente en los procesos que influyen en la salud y la enfermedad. Según los autores las investigaciones empíricas de los epidemiólogos han examinado sólo algunos aspectos del fenómeno, no considerando el papel etiológico de la estructura social. Lo que aún falta en la investigación sobre las desigualdades sociales en el estado de salud, afirman los autores (2001:155), es “su atención a la estructura teórica en la que se sitúa la investigación y a los significados que las personas atribuyen a las propias experiencias”. El conocimiento “leigo” procedente de entrevistas en profundidad y historias de vida de mujeres y hombres podrá permitir la comprensión de la interacción entre la vida cotidiana de las personas y la experiencia de salud con las estructuras sanitarias. Sin duda, las narraciones estimuladas por la investigación cualitativa consiguen hacer emerger aspectos esenciales para la comprensión de las desigualdades. Entonces es importante desarrollar una estructura teórica más robusta que sea capaz de orientar los estudios sobre las desigualdades y, al mismo tiempo, experimentar nuevos métodos que puedan integrar enfoques y métodos cuantitativos e cualitativos y que permitan identificar y analizar las desigualdades de salud. En Italia, diferentemente de otros países de Europa, no existe una práctica de integración consolidada entre la comunidad científica de los epidemiólogos, la de los economistas y la de los sociólogos: muy raro son los proyectos de investigación interdisciplinar, así

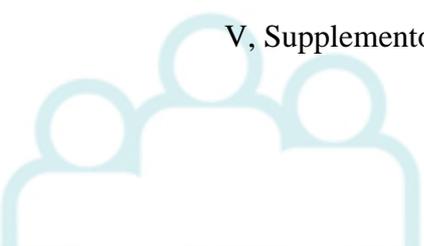


como las iniciativas científicas y de formación conjuntas (Cardano, 2004:117). Son muy pocas las investigaciones sociológicas sobre el tema de las desigualdades de salud, contrariamente a lo que sucede en el Reino Unido o en los Países escandinavos donde economistas y sociólogos contribuyen significativamente a las investigaciones sobre el tema.

Bibliografía

- Acheson D. (1998), *Independent inquiry into inequality in health*, The Stationery Office.
- ASR, Regione Emilia-Romagna (2007), *Disuguaglianze in cifre*, Dossier n. 145.
- Black D., Morris J.N., Smith C., Townsend P. (1980), *Inequalities in health*. Department of health and Social Services.
- Blane D., Bartley M., Davey Smith G. (1998), Making sense of Socio-economic Health Inequalities. In: Field D. and Taylor S. (coord.), *Sociological Perspective on Health, Illness and Health Care*, Blackwell Science, Oxford.
- Cadum E, Costa G, Biggeri A, Martuzzi M. (1999), Deprivazione e mortalità: un indice di deprivazione per l'analisi delle disuguaglianze su base geografica. *Epidemiologia Prevenzione*, 23:175-87.
- Candela S., Cavuto S. e Liberto F. (2005), *Condizioni socioeconomiche e mortalità nella popolazione di Reggio Emilia*, Dipartimento di sanità Pubblica, AUSL di Reggio Emilia.
- Cardano M, Costa G, Demaria M, Merler E, Biggeri A. (1999), Le disuguaglianze di mortalità negli studi longitudinali italiani. *Epidemiologia e Prevenzione*, 23:141-52.
- Cardano M. (2004), Introduzione. *Epidemiologia e Prevenzione*; 28 (3)suppl:1-160.
- Clarke A. (2001), *The Sociology of Healthcare*, Pearson Education, Harlow, Essex.
- Costa G. e Faggiano F. (coord.) (1994), *L'Equità nella salute in Italia. Rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, Fondazione Smith Kline, Angeli, Milano.
- Costa G., T. Spadea, F. Faggiano, M. Cardano (2000), Disuguaglianze nella salute: determinanti e politiche in Italia negli anni '90 (disponibile sul sito www.gimbe.org/lea/doc/costa.doc).
- Costa G., Spadea T. E Caiazzo A. (2004), Il ruolo del sistema sanitario e le nuove politiche dell'offerta. *Epidemiologia e Prevenzione*, n.28(3), maggio-giugno 2004, supplemento.
- Facchini C. e Ruspini E. (2001), *Salute e disuguaglianze. Genere, condizioni sociali e corso di vita*, Angeli, Milano.
- Faggiano F, Di Stanislao F, Lemma P, Renga G. (1999), Inequities in health. Role of social class in caries occurrence in 12 year olds in Turin, Italy. *European Journal of Public Health*, 9:109-13.
- Gargiulo L e Sebastiani G. (a cura di) (2002), *Le condizioni di salute della popolazione. Indagine multiscopo sulle famiglie*. Roma, ISTAT.

- Green J. e Thorogood N. (1998), *Analysing Health Policy: Sociological Approach*, Longman, London.
- Kuh D. e Ben Shlomo Y. (1997), *A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology*, Oxford University Press, Oxford.
- Lahema E. e Rahkonen O. (1997), Introduction, *Social Science & Medicine*, Vol. 44, Num. 6, pp.721-722.
- Macintyre S. (1986), The patterning of health by social position in contemporary Britain: decision for sociological research, *Social Science & Medicine* 23, 393-415.
- Marceca M., Geraci S. E Martino A. (2006), Esperienza migratoria, salute e disuguaglianze. In: Macciocco G (org.), *A Caro Prezzo. Le disuguaglianze nella salute*. Edizioni ETS, Pisa.
- Marceca A. E Geraci S. (2001), La salute. In: Zincone G. (org.), *Secondo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2001, pp.215-242.
- Marmot M.G. e Wilkinson G. (1999), *Social determinants of Health*, Oxford University Press, New York.
- Materia E, Spadea T, Rossi L, Cesaroni G, Arcà M, Perucci CA. (1999), Disuguaglianze nell'assistenza sanitaria: ospedalizzazione e posizione socio-economica a Roma. *Epidemiologia e Prevenzione*, 23:197-206.
- Ministero della Sanità (2000), *Relazione sullo stato di salute della popolazione, 1999*. Ministero della Sanità, Roma.
- Ministero della Sanità (2001), *Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. Un patto di solidarietà per la salute*. Ministero della Sanità, Roma.
- Perocco F. (2008), Disuguaglianze sociali e salute degli immigrati, in: Tognetti Bordogna M. (org.), *Disuguaglianze di salute e immigrazione*, Angeli, Milan.
- Popay J. e Groves K. (2001), La ricerca narrativa nello studio delle disuguaglianze di genere nella salute, in Facchini C. e Ruspini E. (a cura di), *Salute e disuguaglianze. Genere, condizioni sociali e corso di vita*, Angeli, Milano.
- Rapiti et al., (1999), Disuguaglianze socioeconomiche nell'efficacia dei trattamenti sanitari. Tre esempi nel Lazio. *Epidemiologia e Prevenzione*, 23:153-160.
- Saraceno C. (2001), Introduzione. Dalla sociologia dell'età alla sociologia del corso della vita. In: Saraceno C., *Età e corso della vita*, Il Mulino, Bologna.
- Schizzerotto A. (2002), Introduzione, in Schizzerotto A. (a cura di), *Vite ineguali. Disuguaglianze e corsi di vita nell'Italia contemporanea*, Il Mulino, Bologna.
- Siegrist J. (2006), Le disuguaglianze sociali di salute: oltre le spiegazioni materiali. *Salute e Società*, a. V, Supplemento al n.1.



- Siegrist J. e Marmot M. (2004), Health Inequalities and the psychosocial environment-two scientific challenges, *Social Science & Medicine*, n. 58:1463-1473.
- Spadea T. (2004), La prevenzione primaria e la diagnosi precoce. *Epidemiologia e Prevenzione*; 28 (3)suppl:1-160.
- Spadea T. e Venturini L. (2004), I percorsi di cura. *Epidemiologia e Prevenzione*; 28 (3)suppl:1-160.
- Stefanini A. (2006), Disuguaglianze sociali nella salute: da dove vengono e ruolo di un sistema sanitario. *Salute e Società*, a. V, Supplemento al n.1.
- Taylor S. e Field D. (1997), *Sociology of Health and Health Care*, Blackwell Science, Oxford.
- Tognetti Bordogna M. (2008), *Disuguaglianze di salute e immigrazione*, Angeli, Milano.
- Townsend P. and Davidson N. (1982), *The Black Report on Social Inequalities in Health*, Pelican, Londra.
- Whitehead M. (1992), The Concepts and Principles of Equity and Health, *International Journal of Health Services*, Vol. 22, Number 3, pp. 429-445.
- Whitehead M. (1987), *The Health Divide: Inequalities in Health in the 1980s*, London: Health Education Council.
- WHO - Región Europea (2003), *The European Health Report 2002*, Copenhagen, World Health Organization.
- Wilkinson R.G. (1996), *Unhealthy societies. The afflictions of inequalities*, Routledge, Londres.

