

Le disuguaglianze territoriali di salute in Italia

Carlotta Piazzoni

Università degli Studi di Milano-Bicocca, Italia

Marco Terraneo

Università degli Studi di Milano-Bicocca, Italia

Abstract This chapter aims to analyse territorial health inequalities in Italy from a diachronic perspective. The findings highlight a territorial gradient unfavourable to the South and Islands, with pronounced gender disparities disadvantaging women. While higher education levels seem to be protective across the country, the disadvantage of less educated individuals is more pronounced in the South. Additionally, a general deterioration over time is observed, with some exceptions linked to the COVID-19 pandemic. Territory emerges as a crucial factor in shaping health inequalities.

Keywords Health inequalities. Territorial disparities. Socioeconomic determinants. Time trend. Italy.

Sommario 1 Disuguaglianze di salute e territorio. – 2 Disuguaglianze territoriali nella percezione della salute. – 3 Disuguaglianze territoriali nelle limitazioni fisiche. – 4 Disuguaglianze territoriali nelle malattie croniche. – 5 Disuguaglianze di salute tra analisi e azione.

1 Disuguaglianze di salute e territorio

Questo saggio si colloca nell’alveo degli studi sulle disuguaglianze sociali di salute. Con disuguaglianze sociali di salute intendiamo le differenze nelle condizioni di salute osservate tra gli individui o i gruppi sociali come conseguenza del diverso ammontare di risorse (economiche, sociali, culturali) che essi possiedono. Si tratta, dunque,



Società e trasformazioni sociali 11

e-ISSN 2610-9689 | ISSN 2610-9085

ISBN [ebook] 978-88-6969-991-7



Peer review | Open access

Submitted 2024-12-07 | Accepted 2025-05-30 | Published 2025-11-04

© 2025 Piazzoni, Terraneo | CC BY 4.0

DOI 10.30687/978-88-6969-991-7/005

di differenze sistematiche, considerate ingiuste ed evitabili nella società a cui si appartiene (Whitehead 1991).

La ricca riflessione sociologica (ma non solo) sulle disuguaglianze sociali di salute ha prodotto un numero cospicuo di teorie, modelli e spiegazioni sui processi che provano a spiegare la relazione tra i fattori individuali e contestuali – definiti abitualmente determinanti – e i differenti esiti di salute tra le persone.

In linea con il tema generale del presente volume, la nostra riflessione si focalizza *in primis* sul ruolo del contesto territoriale in cui si nasce, si vive e ci si sposta, come determinante in grado di strutturare le disparità nelle condizioni di benessere e di salute delle persone (Gatrell, Elliot 2009; Bambra 2019). Inquinamento dell'aria, accesso ai servizi alla persona, diffusione di zone verdi, modelli culturali, impatto delle crisi economiche, sono alcuni tra i fattori di livello contestuale che possono influenzare la salute e le strategie di risposta individuale. Che i contesti contino segue all'ampia letteratura incentrata sul *neighbourhood effect* (l'effetto associato al quartiere in cui si vive), ossia le strutture di opportunità che discendono dall'ambiente fisico e sociale in cui le persone risiedono, sia con riferimento ai servizi disponibili nel luogo di residenza sia per quanto riguarda le caratteristiche socio-culturali e storiche delle comunità, in particolare in relazione alla rilevanza che assume la coesione sociale come misura dell'interdipendenza tra gli individui appartenenti a una comunità (Subramanian et al. 2006). Se si allarga lo sguardo oltre al quartiere di residenza, in Italia la presenza di un gradiente territoriale Nord-Sud, con le regioni settentrionali favorite rispetto a quelle meridionali, è un dato ormai ampiamente confermato. Prendiamo come indicatore di salute l'aspettativa di vita alla nascita. I dati dell'Istat (2024) mostrano chiaramente il differenziale territoriale: l'aspettativa di vita è maggiore di poco meno di tre anni (sia per le femmine che per i maschi) tra chi risiede in Trentino Alto Adige (la regione con l'aspettativa di vita più alta) e chi risiede in Campania (la regione con l'aspettativa di vita più bassa). Anche il recente studio di Piazzoni e colleghi (2024) mette in luce il guadagno di salute (sia essa autopercepita sia misurata come adozione di comportamenti insalubri) che deriva dall'aver sperimentato la migrazione dal Sud al Nord dell'Italia.

Se è vero che le regioni settentrionali mostrano vantaggi rispetto a quelle meridionali, questo esito non è sempre stato tale. I progressi nelle condizioni di esistenza, negli stili di vita e l'introduzione di un sistema sanitario universalistico¹ avevano portato a miglioramenti

1 Non tratteremo qui il ruolo rilevante del sistema sanitario come determinante dei differenziali di salute visto che è oggetto di un capitolo dedicato in questo stesso volume, a cui si rimanda per una trattazione specifica.

considerevoli nella aspettativa di vita degli italiani a partire dal secondo dopoguerra (Biggeri, Accetta, Egidi 2011), ma nel complesso gli abitanti del Sud sembra ne avessero tratto per lungo tempo i maggiori benefici. La speranza di vita era più bassa nelle regioni settentrionali e aumentava man mano che si scendeva verso sud; ma, come detto, negli ultimi anni è emersa una tendenza inversa. Sembra, infatti, che la tradizionale protezione del Sud da alcune importanti malattie croniche, come i tumori, si stia riducendo, mentre aumenta il divario nella letalità (Marinacci et al. 2016). Ciò è confermato da quanto emerge dai dati della Sorveglianza PASSI riferiti al periodo 2015-18, che mostra un gradiente territoriale sfavorevole per quanto riguarda la percezione dello stato di salute degli abitanti del Sud Italia, tra i quali la percentuale di chi si considera in buona salute è mediamente inferiore rispetto al Nord - con alcune eccezioni, come Abruzzo e Puglia. Il tasso di mortalità standardizzato per età e genere rivela che il vantaggio del Sud scompare a partire dagli anni duemila, con il Nord che fa registrare tassi di mortalità inferiori in misura sempre più evidente (Sarti, Terraneo 2023). Biggeri (2012) attribuisce la convergenza prima e il differenziale poi a favore del Nord alla significativa diminuzione nel Settentrione della mortalità dovuta a malattie cardiovascolari e tumorali, un miglioramento che sarebbe invece stato molto più contenuto nelle regioni del Sud. Costa e colleghi (2011), d'altra parte, suggeriscono che l'inversione di tendenza e l'affacciarsi di una nuova divergenza Nord-Sud osservata in tempi recenti negli indicatori di salute (tra cui il tasso di mortalità) potrebbe essere imputabile all'aumento delle disuguaglianze di reddito e di istruzione tra le aree.

Quest'ultima osservazione è particolarmente rilevante perché richiama la necessità di non dimenticare, nel tentativo di spiegare le variazioni territoriali di salute, la distinzione tra effetti di contesto ed effetti di composizione² (Macintyre, Ellaway, Cummins 2002). Se, come abbiamo detto, le spiegazioni contestuali richiamano l'attenzione sulle strutture di opportunità nell'ambiente fisico e sociale locale, quelle composizionali si focalizzano sulle caratteristiche degli individui concentrati in un particolare territorio, come l'età, il genere, la nazionalità, lo stato civile, l'istruzione e il reddito.

Questa distinzione analitica non dovrebbe ignorare che le caratteristiche degli individui e il luogo in cui essi vivono sono strettamente correlati (Cummins et al. 2007). Ciò significa che

2 Macintyre e colleghi (2002), in verità, richiamano un ulteriore dominio, quello collettivo. Quest'ulteriore tipo di spiegazione sottolinea l'importanza di norme, tradizioni, valori e interessi condivisi. Queste proprietà collettive di un'area rappresenterebbero una componente strutturale del territorio, esercitando sia un effetto diretto sul benessere delle persone, sia fungerebbero da cornice per altri aspetti dinamici dell'ambiente (Subramanian et al. 2006).

l'interesse per l'impatto che può avere l'ambito geografico sulle condizioni di salute deve tener conto - anche sul piano analitico - di quegli attributi individuali che si sa essere fortemente connessi alle disuguaglianze di salute osservate. Come accennato in apertura del capitolo, parlare di disuguaglianze sociali di salute comporta necessariamente riflettere sul disuguale ammontare di risorse possedute dalle persone. Nello specifico di questo lavoro, utilizzeremo il livello di istruzione come *proxy* della posizione sociale dell'individuo nella gerarchia sociale. L'istruzione è riconosciuta come un eccellente predittore delle disparità di benessere psicofisico tra gli individui (Terraneo 2018). Per citarne brevemente alcuni: l'istruzione permette una migliore alfabetizzazione sanitaria (*health literacy*); le conoscenze e le abilità acquisite attraverso l'istruzione possono influire sul funzionamento cognitivo di una persona, rendendola più ricettiva ai messaggi di educazione sanitaria; l'istruzione fornisce le credenziali formali necessarie per l'accesso alle posizioni lavorative più vantaggiose; l'istruzione dota di conoscenze e competenze che consentono di accedere a risorse relazionali e materiali che possono fare la differenza, anche in termini di gestione dello stress.

Accanto all'istruzione, una seconda caratteristica individuale a cui presteremo attenzione per il ruolo molto importante che gioca nel definire il grado di benessere psicofisico degli individui è il genere. In tal senso, è noto che gli uomini tendono a adottare più frequentemente comportamenti poco salutari, come fumare, consumare alcol in eccesso e condurre una vita sedentaria. Inoltre, sono più spesso vittime di morti violente, inclusi i suicidi, e risultano maggiormente esposti a incidenti sul lavoro. D'altra parte, sebbene l'aspettativa di vita maschile sia significativamente inferiore a quella femminile, le donne risultano più colpite da disabilità, insoddisfazione per il proprio stato di salute e altri esiti negativi legati alla salute (Sarti, Terraneo 2023). Anche in questo caso l'interesse è volto a valutare la relazione che intercorre tra questo attributo e la dimensione territoriale, un rapporto che i dati dicono essere significativo. Ad esempio, la quota di anziani over 75 senza limitazioni fisiche è maggiore tra le persone residenti al Nord, con una chiara disparità a favore degli uomini (44,6%) rispetto alle donne (35,6%), mentre diminuisce tra chi risiede nelle regioni del Mezzogiorno, dove comunque si conferma il vantaggio maschile (36,8% tra gli uomini e 24,1% tra le donne) (Istat 2020).

In questo quadro, l'obiettivo del presente capitolo è quello di mostrare la portata delle disuguaglianze di salute in Italia in virtù del contesto territoriale di residenza (distinto in cinque aree: Nord-Ovest, Nord-Est, Centro, Sud e Isole) e se e in che misura tali disuguaglianze sianomediate dal livello di istruzione posseduto dagli individui e dal loro genere. In altre parole, cercheremo di descrivere se e quanto sia forte il differenziale in termini di benessere tra gli italiani che risiedono in aree diverse del nostro Paese e se tale (eventuale)

disuguaglianza territoriale sia accompagnata dalla presenza di una disuguaglianza sociale che premia i soggetti più istruiti all'interno di ogni macroarea e se tale pattern è simile tra i territori. Inoltre, i risultati dell'analisi saranno distinti per genere, così da poter riflettere anche su questo ulteriore fattore di stratificazione.

A ciò si aggiunga che, poiché come abbiamo mostrato in precedenza con riferimento alla variazione del tasso di mortalità in Italia, si possono verificare cambiamenti in termini relativi degli esiti di salute tra i territori nel corso del tempo, nell'analisi abbiamo cercato di considerare e controllare anche la dimensione temporale. Pur osservando uno *span* temporale piuttosto limitato di una dozzina di anni (dal 2009 al 2021),³ è comunque interessante descrivere il cambiamento - se e quando c'è stato - degli *outcome* di interesse anche in questa chiave. Si noti che l'arco di tempo considerato comprende anche una rilevazione in periodo post-pandemico (2021); pertanto, l'eventuale cambiamento nella relazione tra l'area di residenza e l'esito di salute che dovesse emergere nell'ultima finestra osservativa potrebbe risentire, seppure non si possa in alcun modo attribuire un nesso causale tra due fenomeni, dell'impatto della pandemia⁴ sul benessere delle persone (Banks, Xu 2020; Anglim, Horwood 2021; Lucchini et al. 2021; Riva et al. 2024).

Per il raggiungimento degli obiettivi sopra menzionati, sono stati utilizzati i dati provenienti da quattro annate dell'Indagine Multiscopo Sulle Famiglie - Aspetti Della Vita Quotidiana. In particolare, sono stati utilizzati i dati relativi al 2009 (Istat 2009), 2013 (Istat 2013), 2017 (Istat 2017) e al 2021 (Istat 2021). La banca dati fornisce informazioni utili per questo capitolo, in particolare sulle condizioni di salute dei soggetti. Tra i temi trattati infatti, oltre agli aspetti della vita quotidiana e alla qualità dei servizi pubblici, emergono dati rilevanti su stili di vita, presenza di malattie croniche e limitazioni fisiche, che consentono di analizzare lo stato di salute della popolazione. Per questo capitolo, l'attenzione sarà focalizzata sui seguenti aspetti:

- la percezione del proprio stato di salute, rilevata attraverso una domanda che chiede ai soggetti intervistati di valutare la propria salute generale su una scala di cinque item di risposta che vanno da 'Molto bene' a 'Molto male'. Per rendere la lettura

3 Più precisamente, come sarà spiegato in maggior dettaglio nel paragrafo successivo, utilizziamo quattro punti nel tempo - 2009, 2013, 2017 e 2021 - che si riferiscono agli anni delle quattro indagini utilizzate per le analisi.

4 Come noto, l'impatto sulla salute di molti accadimenti non hanno ripercussioni immediate sugli individui. Gli effetti negativi si possono manifestare anche in momenti lontani nel tempo dall'esposizione; inoltre, il peggioramento dell'integrità psicofisica può nascere da svantaggi cumulati che richiedono un lungo periodo prima di diventare evidenti (Ben-Shlomo, Kuh 2002; Ferraro, Schafer, Wilkinson 2016).

delle analisi più immediata, in questo capitolo la variabile è stata dicotomizzata in Male/Bene;

- la presenza di limitazioni fisiche, indagata con una domanda che permette di evidenziare se a causa di problemi di salute, nelle attività svolte abitualmente, gli individui hanno limitazioni (Gravi, Non gravi o Nessuna) che durano da almeno sei mesi. Anche in questo caso, la variabile è stata dicotomizzata in Assenza di limitazioni/Presenza di limitazioni;
- la presenza di malattie croniche viene indagata nell'indagine attraverso un blocco di domande relative alla presenza di malattie croniche, tra cui diabete, malattie cardiovascolari, malattie respiratorie, malattie allergiche, tumori, ulcere, cirrosi, calcoli, malattie dell'apparato scheletrico o disturbi nervosi. Per questo capitolo è stata creata una variabile binaria che evidenzia la presenza di almeno una malattia cronica.

Nei paragrafi seguenti saranno presentate analisi mirate a delineare un quadro generale della situazione di salute della popolazione relativa all'ultima annata dell'indagine Istat (2021), stratificata per genere, nelle diverse macroaree geografiche (Nord-Ovest, Nord-Ovest, Centro, Sud, Isole), attraverso l'impiego di analisi descrittive. Successivamente, mediante l'applicazione di modelli di regressione logistica stratificati prima per genere e poi anche per titolo di studio (differenziando tra titolo di studio basso - fino al diploma di scuola secondaria di primo grado - e titolo di studio alto - dal diploma di scuola secondaria di secondo grado in poi), verrà introdotta la prospettiva temporale, al fine di esaminare se e in che modo le disparità geografiche nello stato di salute siano cambiate nel tempo. I sopraccitati modelli vedranno inoltre l'introduzione di alcune variabili di controllo: l'età, lo stato civile e lo status occupazionale degli individui. Come anticipato, si prevede di osservare variazioni degne di nota, in particolare nell'ultimo anno considerato, in relazione agli effetti della pandemia.

2 Disuguaglianze territoriali nella percezione della salute

L'analisi della percezione dello stato di salute rivela un marcato gradiente territoriale, che sottolinea le disuguaglianze territoriali nell'autovalutazione del benessere fisico [fig. 1]. Per il 2021, nelle regioni settentrionali, sia uomini che donne riportano una percezione migliore della propria salute rispetto alle regioni meridionali e insulari. In particolare, il Nord-Ovest e il Nord-Est emergono come le aree in cui una percentuale maggiore di individui dichiara di godere di buona salute: circa il 66-67% delle donne in queste regioni esprime un giudizio positivo sulla propria condizione, a fronte di un 62% registrato nelle regioni del Sud e nelle Isole. Tra gli uomini, il divario territoriale

si mantiene simile, sebbene le percentuali siano più alte in generale: il 73-75% degli uomini nelle regioni settentrionali percepisce la propria salute come buona, rispetto al 71% nelle aree meridionali e insulari. Le regioni centrali della penisola mostrano valori di percezione della salute più simili a quelli del Nord, evidenziando una certa prossimità sia nei modelli di vita che nelle condizioni socio-economiche. Tuttavia, un elemento trasversale a tutte le aree del Paese è il divario di genere. In ogni regione analizzata, le donne riportano una percezione del proprio stato di salute inferiore rispetto agli uomini, con differenze che riflettono una vulnerabilità maggiore nel sesso femminile, legata probabilmente sia a fattori biologici, sia a un'aspettativa di vita più lunga, sia a una maggiore esposizione a contesti di svantaggio sociale.

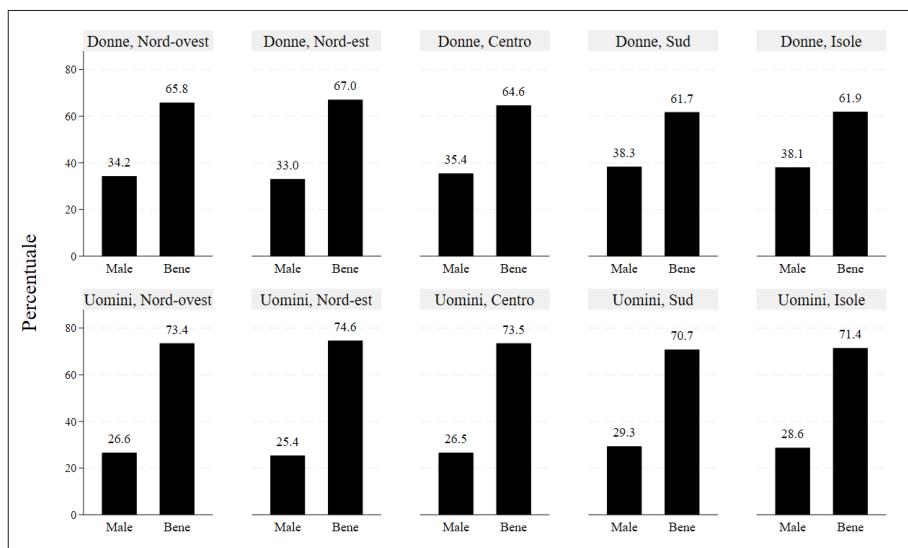


Figura 1 Percezione del proprio stato di salute, per area geografica e genere. Percentuale di individui che hanno valutato la propria salute generale come «Male» o «Bene». Fonte: nostre rielaborazioni su dati Indagine Multiscopo Sulle Famiglie – Aspetti Della Vita Quotidiana 2021

Quando si introduce la prospettiva temporale [fig. 2], il quadro si arricchisce di ulteriori elementi. Nel periodo compreso tra il 2009 e il 2013, si osserva un miglioramento generale nella percezione della salute per entrambi i generi, con un incremento delle probabilità di riportare una condizione di buona salute. Tuttavia, successivamente a questa fase di miglioramento, emerge un peggioramento progressivo, che culmina nel 2021. In questo contesto, le differenze regionali si acuiscono: le regioni del Sud continuano a essere svantaggiate, e per le donne emerge un dato particolarmente significativo nel Nord-Est. Se, infatti, questa area geografica aveva registrato un vantaggio consistente

fino al 2017, nel 2021 si avvicina ai valori del Nord-Ovest e del Centro, segnalando un sostanziale deterioramento della percezione della salute. Tra gli uomini, invece, si osserva una dinamica diversa: il Sud e le Isole si confermano le aree più critiche in tutto il periodo analizzato, e si evidenzia un peggioramento specifico nel 2013 per le regioni del Sud. Inoltre, anche per gli uomini, il Nord-Est sembra essere la macroarea più colpita dal declino nella percezione della salute tra il 2009 e il 2021, a indicare una vulnerabilità emergente in un'area tradizionalmente ritenuta privilegiata. Una possibile interpretazione riguarda l'impatto della pandemia da COVID-19, che ha colpito duramente proprio alcune regioni di questa macroarea, come Veneto ed Emilia-Romagna, sin dalle prime fasi dell'emergenza sanitaria. L'elevata incidenza dei contagi, unita allo stress prolungato sui sistemi sanitari locali, potrebbe aver inciso negativamente sulla percezione della salute, sia direttamente (per effetto della malattia) sia indirettamente (attraverso ritardi nelle cure, isolamento sociale, deterioramento del benessere mentale). È possibile che le aspettative generalmente più alte nei confronti del sistema sanitario in queste aree abbiano amplificato la percezione di un declino, facendo emergere con maggiore intensità la frustrazione o il disagio rispetto al deterioramento dei servizi. Questo insieme di fattori potrebbe aver eroso il tradizionale vantaggio percepito del Nord-Est, allineandone i livelli di salute soggettiva a quelli – mediamente più critici – osservati in altre aree del Paese.

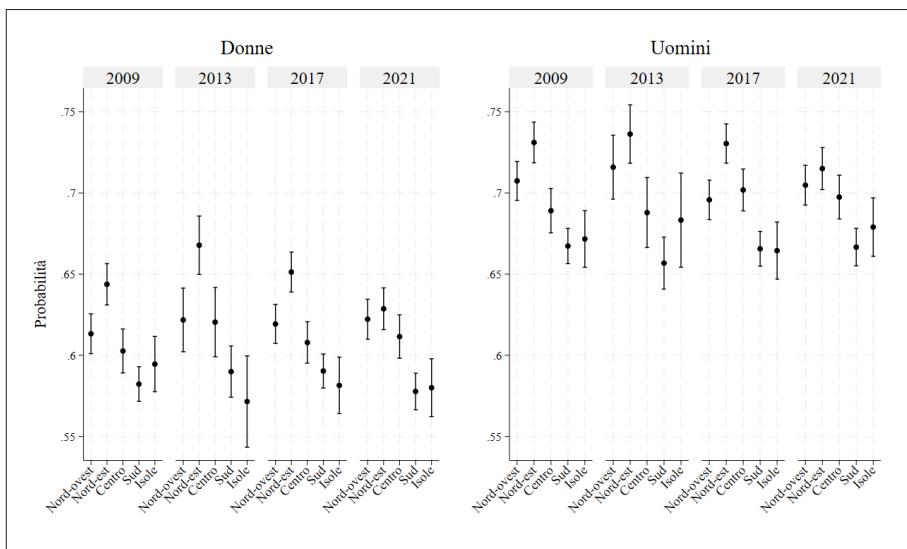


Figura 2 Probabilità di riportare una percezione del proprio stato di salute ‘alto’, per area geografica e genere, stimate tramite regressione logistica. Fonte: nostre rielaborazioni su dati Indagine Multiscopo Sulle Famiglie – Aspetti Della Vita Quotidiana 2009; 2013; 2017; 2021

La stratificazione per titolo di studio [fig. 3] fornisce un’ulteriore lente di lettura di queste dinamiche. In particolare, la disuguaglianza territoriale nella percezione della salute tende a ridursi tra le persone con un titolo di studio elevato, sia per le donne che per gli uomini. Questo fenomeno si osserva in tutte le annate analizzate, suggerendo che un più alto livello di istruzione possa agire come fattore protettivo, mitigando gli effetti negativi delle condizioni territoriali meno favorevoli. Inoltre, va considerato che il livello di istruzione potrebbe influenzare anche la consapevolezza degli individui a riconoscere, valutare e riportare le proprie condizioni di salute. Un grado di scolarizzazione più elevato può infatti essere associato sia a una maggiore alfabetizzazione sanitaria (*health literacy*), ovvero la capacità di comprendere e interpretare informazioni sanitarie di base e i servizi necessari per prendere decisioni sanitarie appropriate (Paasche-Orlow et al. 2005), sia a più elevate competenze cognitive che favoriscono abilità come il ragionamento e il pensiero critico, utili per monitorare e valutare il proprio stato di salute (Mirowsky, Ross 2003; Cutler, Lleras-Muney 2010). Questo può comportare sia una maggiore consapevolezza dei propri sintomi e condizioni, sia una maggiore inclinazione a riportarli nelle indagini. Di conseguenza, la riduzione della disuguaglianza territoriale tra le persone più istruite potrebbe riflettere non solo un effetto protettivo dell’istruzione, ma anche una migliore consapevolezza nel percepire e comunicare il proprio stato di salute.

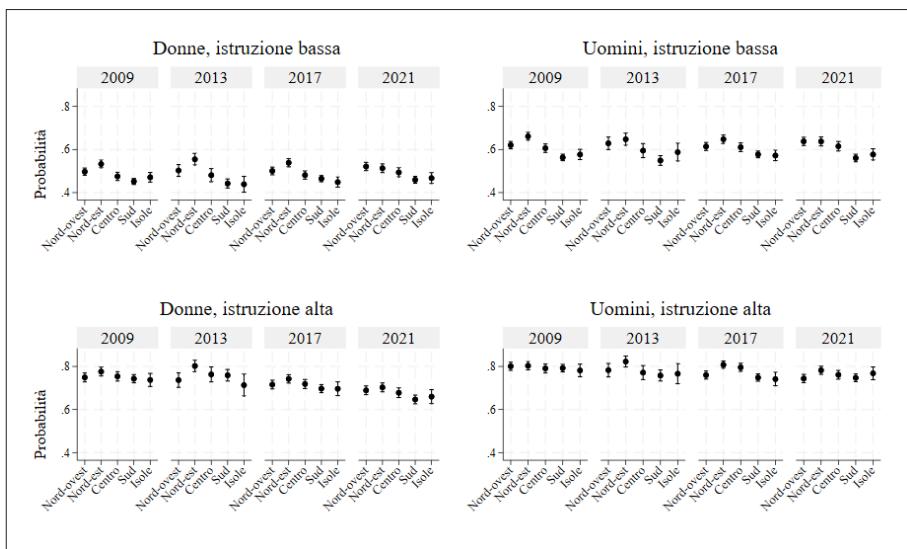


Figura 3 Probabilità di riportare una percezione del proprio stato di salute ‘alto’, per area geografica, genere e titolo di studio, stimate tramite regressione logistica. Fonte: nostre rielaborazioni su dati Indagine Multiscopo Sulle Famiglie – Aspetti Della Vita Quotidiana 2009; 2013; 2017; 2021

3 Disuguaglianze territoriali nelle limitazioni fisiche

Un altro indicatore cruciale per l'analisi della salute territoriale riguarda la presenza di limitazioni fisiche [fig. 4]. Anche in questo caso, si evidenzia una rilevante disparità territoriale, con le regioni insulari che registrano i valori peggiori per entrambi i sessi. Nelle Isole, infatti, il 30,6% delle donne e il 25% degli uomini dichiara di avere limitazioni fisiche, una percentuale significativamente superiore rispetto a quella delle regioni settentrionali. Al contrario, il Nord-Ovest emerge come l'area più favorevole, con il 26,1% delle donne e il 20,8% degli uomini che riportano limitazioni. Un dato particolarmente interessante riguarda il Nord-Est, che tra le donne registra il secondo valore più alto, con il 28,5% di individui che riportano limitazioni fisiche, una percentuale superiore a quella osservata nel Centro e nel Sud, che si attestano al di sotto del 28%. Sebbene la differenza sia molto contenuta, questo dato si discosta lievemente dalla tendenza generale, che vede le regioni settentrionali caratterizzate da condizioni di salute mediamente migliori. Una possibile spiegazione di questo risultato deriva dalla constatazione che nel Nord-Est la speranza di vita è più elevata rispetto al meridione d'Italia, e ciò può comportare una maggiore sopravvivenza di donne anziane con patologie croniche o disabilità fisiche. In altre parole, ci sarebbero più donne che vivono abbastanza a lungo da sviluppare e riferire limitazioni fisiche rispetto a quanto accade nelle regioni del Sud, dove la mortalità più alta anticipa l'insorgenza di queste condizioni. Tra gli uomini, il Nord-Est si colloca invece tra le aree con condizioni migliori, con una percentuale di limitazioni pari al 22,8%, seguito dal Centro e dal Sud, che registrano circa il 23%. Ancora una volta, il divario di genere è evidente: in tutte le macroaree, le donne riportano una prevalenza di limitazioni fisiche più alta rispetto agli uomini, riflettendo una maggiore vulnerabilità.

L'analisi temporale per questo indicatore [fig. 5] mostra un peggioramento generale delle condizioni fisiche tra il 2009 e il 2021. In tutte le macroaree, sia per gli uomini che per le donne, si osserva un incremento delle probabilità di riportare limitazioni fisiche. Tuttavia, per le donne, il peggioramento appare più pronunciato nelle Isole e nel Nord-Est, che nel 2021 rappresentano le aree con le probabilità più elevate di limitazioni fisiche. In controtendenza, il Nord-Ovest risulta essere la macroarea meno colpita da questo deterioramento, un dato che potrebbe riflettere l'effetto della pandemia da COVID-19. In questa area, infatti, la mortalità causata dal virus ha interessato prevalentemente persone già fragili, riducendo quindi la prevalenza di limitazioni fisiche tra la popolazione sopravvissuta. Tra gli uomini, il differenziale territoriale appare più stabile nel tempo: le Isole continuano a rappresentare l'area con le peggiori condizioni, mentre le regioni settentrionali si confermano quelle con la prevalenza più bassa di limitazioni fisiche.

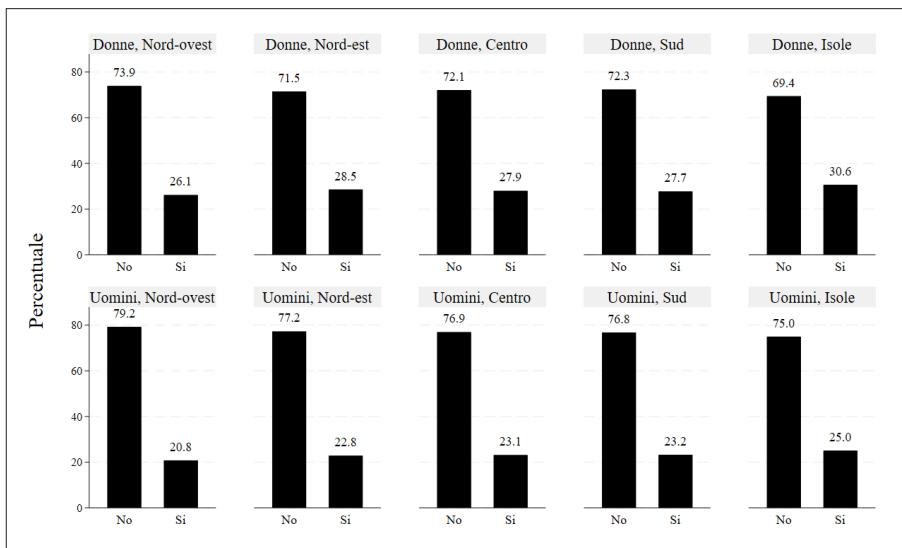


Figura 4 Prevalenza di limitazioni fisiche, per area geografica e genere. Percentuale di individui che hanno dichiarato di avere («Si») o non avere («No») limitazioni fisiche. Fonte: nostre rielaborazioni su dati Indagine Multiscopo Sulle Famiglie – Aspetti Della Vita Quotidiana 2021

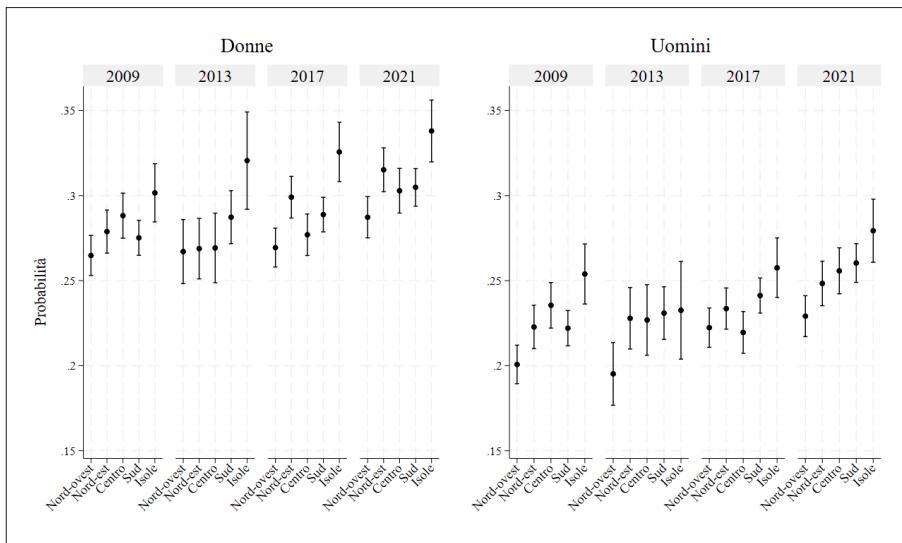


Figura 5 Probabilità di riportare limitazioni fisiche, per area geografica e genere, stimate tramite regressione logistica. Fonte: nostre rielaborazioni su dati Indagine Multiscopo Sulle Famiglie – Aspetti Della Vita Quotidiana 2009; 2013; 2017; 2021

L'analisi stratificata per titolo di studio [fig. 6] rivela una persistenza dello svantaggio delle Isole, indipendentemente dal livello di istruzione, sia per le donne che per gli uomini. Tuttavia, per le donne con titolo di studio alto, emerge una vulnerabilità specifica nel Nord-Est: lo svantaggio registrato nel 2017 e nel 2021 persiste, suggerendo che il contesto socio-economico e territoriale possa interagire con il livello di istruzione in modo differenziato rispetto agli altri indicatori di salute.

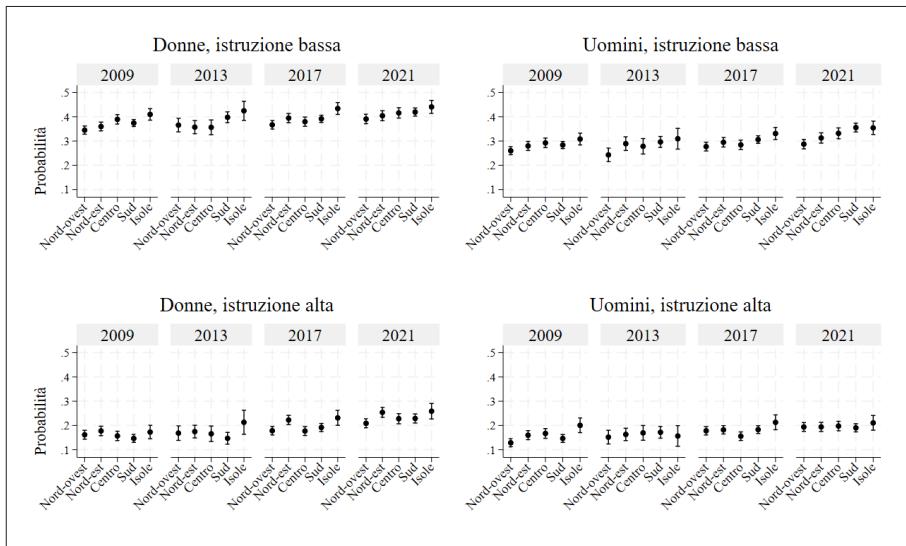


Figura 6 Probabilità di riportare limitazioni fisiche, per area geografica, genere e titolo di studio, stimate tramite regressione logistica. Fonte: nostre rielaborazioni su dati Indagine Multiscopo Sulle Famiglie – Aspetti Della Vita Quotidiana 2009; 2013; 2017; 2021

4 Disuguaglianze territoriali nelle malattie croniche

L'ultimo indicatore analizzato, la presenza di malattie croniche [fig. 7], presenta ad un primo sguardo un quadro meno marcato in termini di differenze territoriali rispetto agli altri aspetti della salute. Tra gli uomini, le percentuali di malattie croniche si mantengono intorno al 40% in tutte le macroaree, con un picco del 41,5% registrato nel Nord-Ovest. Per le donne, invece, le differenze regionali sono più evidenti: nel 2021, la percentuale più alta si osserva al Centro, dove il 47,2% delle donne dichiara di avere malattie croniche, seguito dal Sud e dalle Isole, con valori pari rispettivamente al 46,6% e al 46,3%. Le condizioni migliori si registrano nel Nord-Est e nel Nord-Ovest, con percentuali del 44,5% e del 45,3%. Come per gli altri indicatori, le donne riportano una prevalenza di malattie croniche più alta

rispetto agli uomini in tutte le macroaree, un dato che riflette una maggiore esposizione a fattori di rischio o una maggiore propensione a riportare tali condizioni.

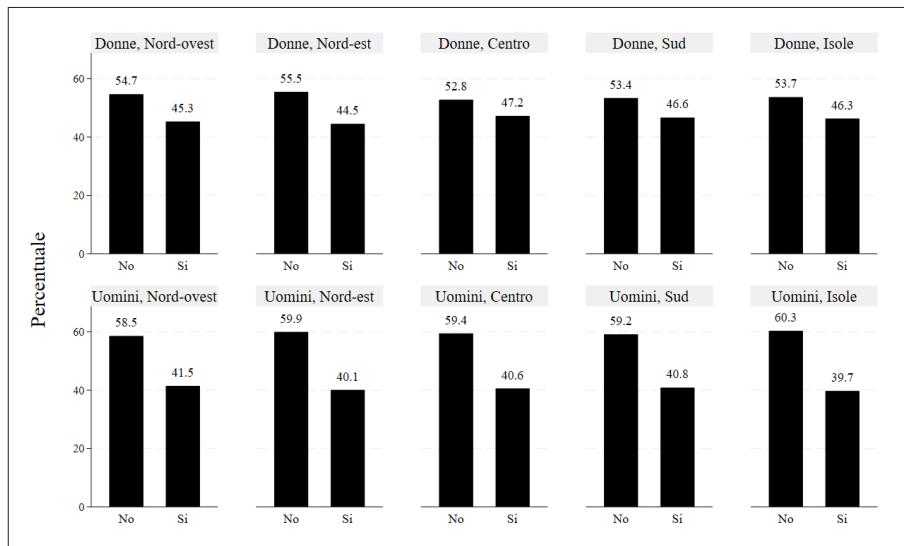


Figura 7 Prevalenza di malattie croniche, per area geografica e genere. Percentuale di individui che hanno dichiarato di avere («Si») o non avere («No») malattie croniche. Fonte: nostre rielaborazioni su dati Indagine Multiscopo Sulle Famiglie – Aspetti Della Vita Quotidiana 2021

L'analisi temporale della presenza di malattie croniche [fig. 8] mostra un lieve aumento della prevalenza di malattie croniche fino al 2017, seguito da una diminuzione nel 2021. Questo trend, osservabile per entrambi i sessi e in tutte le macroaree, potrebbe essere legato agli effetti selettivi della pandemia da COVID-19. L'elevata mortalità tra le persone già affette da patologie croniche avrebbe infatti ridotto la prevalenza complessiva di tali condizioni nell'ultimo anno considerato. In particolare, si noti che nel 2021 tra le donne le regioni del Nord sono quelle che mostrano le probabilità più basse di riportare malattie croniche.

Infine, la stratificazione per titolo di studio [fig. 9] evidenzia come la riduzione delle probabilità di riportare malattie croniche nel 2021 sia particolarmente marcata nelle regioni del Nord-Ovest e del Nord-Est, soprattutto tra le persone con un livello di istruzione più elevato. Questo dato suggerisce che l'istruzione, in combinazione con un contesto territoriale favorevole, possa rappresentare un fattore protettivo rilevante, contribuendo a migliorare la prevenzione e la gestione delle malattie croniche.

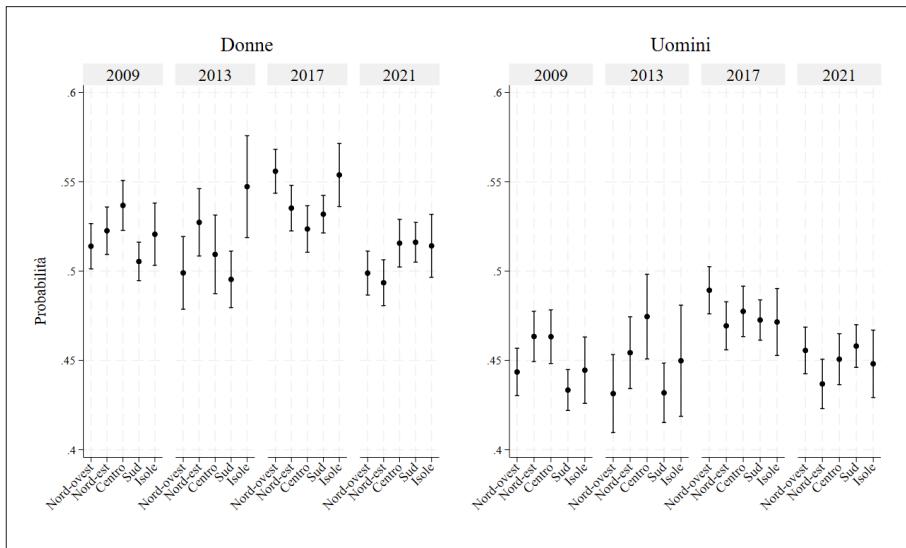


Figura 8 Probabilità di riportare malattie croniche, per area geografica e genere, stimate tramite regressione logistica. Fonte: nostre rielaborazioni su dati Indagine Multiscopo Sulle Famiglie – Aspetti Della Vita Quotidiana 2021

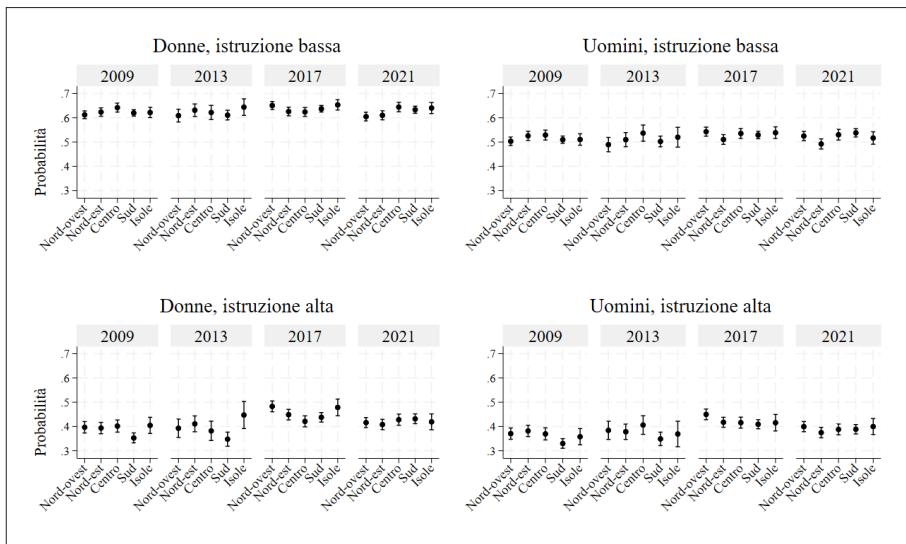


Figura 9 Probabilità di riportare malattie croniche, per area geografica, genere e titolo di studio, stimate tramite regressione logistica. Fonte: nostre rielaborazioni su dati Indagine Multiscopo Sulle Famiglie – Aspetti Della Vita Quotidiana 2021

5 Disuguaglianze di salute tra analisi e azione

I risultati delle analisi condotte in questo capitolo sono chiari e in linea con quanto già noto sul tema: in Italia le disuguaglianze sociali di salute sono presenti e consistenti. Sappiamo che provare a dare conto delle disuguaglianze di salute necessita di un approccio che tenga in considerazione una molteplicità di fattori - determinanti genetici, biologici, sociali, economici, culturali, territoriali - che agiscono non solo simultaneamente, ma che tra loro interagiscono per dar forma alla configurazione della disuguagliaza che si osserva in uno specifico tempo e luogo.

Pur riconoscendo il ruolo di un insieme ampio di determinanti del benessere individuale, qui l'attenzione è posta, in linea con gli scopi del volume, sulle disparità territoriali che connotano in modo precipuo l'Italia rispetto alle condizioni di salute dei cittadini. Riconoscere la rilevanza del contesto geografico in cui si vive come fattore chiave per spiegare le differenze di salute osservate, significa richiamare l'attenzione sulla grande divergenza tra il Nord e il Sud dell'Italia, una divergenza che ha radici storiche e impatti profondi non solo certo sulla salute della popolazione.

Questa divergenza intra-nazionale riflette su scala ridotta i modelli globali della «Grande divergenza» descritti da Pomeranz (2000), guidata da squilibri sistematici nell'allocazione delle risorse, nella governance e nelle opportunità economiche. All'interno dei paesi, le regioni centrali agiscono come motori economici grazie a infrastrutture solide, economie diversificate e standard di vita più elevati. Queste aree, come il Nord Italia, diventano progressivamente più ricche e dinamiche, mentre le regioni periferiche, come il Sud, affrontano fenomeni di emigrazione, declino demografico e una riduzione della vitalità economica. Questa polarizzazione, inoltre, si autoalimenta: le aree centrali traggono beneficio dalla crescita cumulativa, attirando manodopera, investimenti, innovazione e capitale culturale (Moretti 2012). Le aree periferiche, invece, affrontano un ciclo di sottosviluppo, in cui l'emigrazione impoverisce il capitale umano e il potenziale economico.

In Italia, le disuguaglianze di salute seguono una netta linea geografica. Il Nord, caratterizzato da un maggiore sviluppo economico e da una migliore dotazione infrastrutturale, registra tassi di aspettativa di vita più elevati e un minore carico di patologie, quali il diabete o l'ipertensione, rispetto al Sud, in cui una combinazione di fattori, come il minore accesso ai servizi sanitari, infrastrutture inadeguate e un contesto socioeconomico fragile (Marinacci et al. 2016), hanno pesanti ricadute negative sulla popolazione.

Gli indicatori di salute qui utilizzati confermano pienamente questa chiave di lettura. Sia per quanto riguarda la salute autopercettita che per la prevalenza di limitazioni fisiche e di malattie croniche, il

Sud e le Isole mostrano una condizione di forte debolezza che non si incontra invece nelle altre aree dell'Italia, pur con alcune eccezioni. Questo dato assume ancor maggior rilievo se tali disparità territoriali non scompaiano dopo aver utilizzato due fattori di stratificazione che sono fortemente associati alle disparità di salute individuali: il titolo di studio e il genere. Come detto poca sopra, gli esiti di salute non possono non essere letti se non riconoscendo l'ampia serie di dimensioni che interagiscono tra loro, ma il fatto che l'impatto dell'area geografica non scompaia anche tenendo sotto controllo una serie di altri fattori, rafforza la nostra (e non solo) convinzione che il fattore territoriale conti nello strutturare le disuguaglianze di salute. Possedere un titolo di studio elevato è un fattore protettivo della salute rispetto alla situazione di coloro che si sono fermati ai primi gradini del percorso di istruzione. E questo vale sia che si abiti in Veneto o in Sicilia. Ma se aver ottenuto un titolo di studio elevato è un vantaggio che, per gli *outcome* qui osservati, non sembra mostrare differenze significative sul piano geografico o comunque tali differenze sono poco evidenti, diverso è quanto accade per coloro che possiedono un titolo di studio basso. Per questi soggetti lo svantaggio è più evidente nelle regioni meridionali rispetto a quelle settentrionali, pur presentando, in tutti i casi, una condizione peggiore di coloro che hanno studiato di più.

Allo stesso modo, la specificità della relazione genere-salute, che, come abbiamo discusso anche nella prima parte del capitolo, vede le donne soffrire di condizioni di salute peggiori degli uomini a seguito, tra l'altro, di un'aspettativa di vita più lunga, registra un aggravamento via via che ci si sposta dal Nord al Sud del paese. Essere uomo o donna fa la differenza in termini di salute, con i primi avvantaggi sulle seconde, ma vivere al Sud o nelle Isole (con la parziale eccezione degli uomini in riferimento alla presenza di malattie croniche) è sempre il luogo in cui le chance di stare bene sono minori.

Il quadro così tracciato è per certi versi desolante. Le disuguaglianze territoriali segnano profondamente la vita delle persone anche per quanto concerne la salute e il diritto alla salute, perché di un diritto si tratta, come ci ricorda l'articolo 32 della nostra Costituzione,⁵ che per una parte rilevante degli italiani resta lettera morta. Anche guardando al breve arco temporale considerato nelle analisi che sono state condotte (una dozzina di anni), non si vedono segnali di miglioramento nelle condizioni di salute per la parte più svantaggiata della popolazione. E non inganni il dato relativo alla riduzione della prevalenza delle malattie croniche nel 2021, che

⁵ La prima parte dell'articolo 32 della Costituzione recita: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti».

mostra, al contrario, l'effetto della pandemia, con l'aumento del tasso di mortalità proprio per la parte più fragile della popolazione, tra cui le persone con malattie croniche multiple. È ormai noto, infatti, come la pandemia da COVID-19 abbia ulteriormente evidenziato la fragilità delle popolazioni già svantaggiate, mostrando come le crisi globali possano accentuare le disparità preesistenti (Lekamwasam, Lekamwasam 2020; Mansell et al. 2022; Tisminetzky et al. 2022; Terraneo 2025). L'aumento della mortalità tra i soggetti con patologie croniche multiple ha reso ancora più evidente l'urgenza di interventi dedicati a questa fascia di popolazione.

Le dinamiche delle relazioni tra le aree centrali e le aree periferiche all'interno delle nazioni, e nello specifico per l'Italia, richiedono interventi politici mirati nello sforzo di ridurre questi divari. Investimenti in istruzione, infrastrutture e innovazione nelle aree periferiche potrebbero contrastare le forze centripete che attraggono risorse verso le zone centrali. Senza affrontare le disuguaglianze strutturali, gli sforzi rischiano di mitigare solo i sintomi senza risolvere le cause profonde. Ciò che è certo è che il tempo delle analisi – per quanto fondamentale – dovrebbe essere affiancato da quello delle azioni concrete che i responsabili delle politiche dovrebbero mettere in atto, per progettare strategie più efficaci per uno sviluppo equo.

Bibliografia

- Anglim, J.; Horwood, S. (2021). «Effect of the COVID-19 Pandemic and Big Five Personality on Subjective and Psychological Well-Being». *Social Psychological and Personality Science*, 12(8), 1527-37. <https://doi.org/10.1177/1948550620983047>.
- Bambra, C. (2019). *Health in Hard Times: Austerity and Health Inequalities*. Bristol: Policy Press.
- Banks, J.; Xu, X. (2020). «The Mental Health Effects of the First Two Months of Lockdown and Social Distancing during the Covid-19 Pandemic in the UK». *Fiscal Studies*, 41(3), 685-708. <https://doi.org/10.1111/1475-5890.12239>.
- Ben-Shlomo, Y.; Kuh, D. (2002). «A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology: Conceptual Models, Empirical Challenges and Interdisciplinary Perspectives». *International Journal of Epidemiology*, 31, 285-93. <https://doi.org/10.1093/ije/31.2.285>.
- Biggeri, A. (2012). «Evoluzione del profilo di mortalità: l'Italia che cambia». *Epidemiologia & Prevenzione*, 36 (2 EPdiMezzo), 5-5. <https://epiprev.it/1276>.
- Biggeri, A.; Accetta, G.; Egidì, V. (2011). «Evoluzione del profilo di mortalità 30-74 anni per le coorti di nascita dal 1889 al 1968 nelle regioni italiane». *Epidemiologia & Prevenzione*, 35, 50-67. <https://hdl.handle.net/2158/613186>.
- Costa, G.; Paci, E.; Ricciardi, W. (2011). «Salute e sanità a 150 anni dall'unità d'Italia. Più vicini o più lontani?». *Epidemiologia & Prevenzione*, 35, 5-6. <https://hdl.handle.net/2318/93744>.

- Cummins, S. et al. (2007). «Understanding and Representing ‘Place’ in Health Research: A Relational Approach». *Social Science & Medicine*, 65(9), 1825-38. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.05.036>.
- Cutler, D.M.; Lleras-Muney, A. (2010). «Understanding Differences in Health Behaviors by Education». *Journal of Health Economics*, 29(1), 1-28. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2009.10.003>.
- Ferraro, K.F.; Schafer, M.H.; Wilkinson, L.R. (2016). «Childhood Disadvantage and Health Problems in Middle and Later Life: Early Imprints on Physical Health?». *American Sociological Review*, 81(1), 107-33. <https://doi.org/10.1177/0003122415619617>.
- Gatrell, A.C.; Elliott, S.J. (2009). *Geographies of Health: An Introduction*. 2nd ed. Malden (MA): John Wiley & Sons.
- Istat (2009). *Multiscopo ISTAT – Aspetti della vita quotidiana*. UniData – Bicocca Data Archive, Milano. Codice indagine SN101. Release del file di dati 1.0. <https://www.istat.it/microdati/aspetti-della-vita-quotidiana-4/>.
- Istat (2013). *Multiscopo ISTAT – Aspetti della vita quotidiana*. UniData – Bicocca Data Archive, Milano. Codice indagine SN130. Versione del file di dati 2.1. <https://www.istat.it/microdati/aspetti-della-vita-quotidiana-4/>.
- Istat (2017). *Aspetti della vita quotidiana*. UniData – Bicocca Data Archive, Milano. Codice indagine SN208. Versione del file di dati 1.0. <https://www.istat.it/microdati/multiscopo-sulle-famiglie-aspetti-della-vita-quotidiana/>.
- Istat (2021). *Aspetti della vita quotidiana*. UniData – Bicocca Data Archive, Milano. Codice indagine SN240. Versione del file di dati 1.0. <https://www.istat.it/informazioni-sulla-rilevazione/aspetti-della-vita-quotidiana-informazioni-sulla-rilevazione-anno-2013/>.
- Istat (2020). *Aspetti di vita degli over 75*. Roma: Istat. https://www.istat.it/it/files/2020/04/statisticatoday_ANZIANI.pdf.
- Istat (2024). *Indicatori demografici. Anno 2023*. Roma: Istat. https://www.istat.it/it/files/2024/03/Indicatori_demografici.pdf.
- Lekamwasam, R.; Lekamwasam, S. (2020). «Effects of COVID-19 Pandemic on Health and Wellbeing of Older People: A Comprehensive Review». *Annals of Geriatric Medicine and Research*, 24(3), 166. <https://doi.org/10.4235/agmr.20.0027>.
- Lucchini, M. et al. (2021). «Differential Effects of COVID-19 and Containment Measures on Mental Health: Evidence from ITA.LI – Italian Lives, the Italian Household Panel». *PLOS ONE*, 16(11), e0259989. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259989>.
- Macintyre, S. (1997). «What are Spatial Effects and How Can We Measure them?». Dale, A. (ed.), *Exploiting National Survey Data: The Role of Locality and Spatial Effects*. Manchester: Faculty of Economic and Social Studies, University of Manchester, 1-17.
- Macintyre, S.; Ellaway, A.; Cummins, S. (2002). «Place Effects on Health: How Can We Conceptualise, Operationalise and Measure Them?». *Social Science & Medicine*, 55, 125-39. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00214-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00214-3).
- Mansell, V. et al. (2022). «Long COVID and Older People». *The Lancet Healthy Longevity*, 3(12), e849-e854. [https://doi.org/10.1016/s2666-7568\(22\)00245-8](https://doi.org/10.1016/s2666-7568(22)00245-8).
- Marinacci, C. et al. (2016). «Differenze geografiche o differenze sociali?». Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, *Rapporto Osservasalute 2016*. Roma: Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, 473-84. https://osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2016/10/ro-2010-arg-22_-differenze.pdf.

- Mirowsky, J.; Ross, C.E. (2003). *Education, Social Status, and Health*. Berlin: Aldine de Gruyter.
- Moretti, E. (2012). *The New Geography of Jobs*. Boston: Houghton Mifflin Harcourt.
- Paasche-Orlow, M.K. et al. (2005). «The Prevalence of Limited Health Literacy». *Journal of general internal medicine*, 20(2), 175-84. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.40245.x>.
- Piazzoni, C.; Terraneo, M.; Lucchini, M. (2024). «Mobilità geografica interna e condizioni di salute in una prospettiva di corso di vita. Uno studio longitudinale sui dati ITA.LI (Italian Lives)». *Polis, Ricerche e studi su società e politica*, 1, 59-92. <https://www.rivisteweb.it/doi/10.1424/113056>.
- Pomeranz, K. (2000). *The Great Divergence: China, Europe, and the Making of the Modern World Economy*. Princeton: Princeton University Press.
- Riva, E. et al. (2024). «Trajectories of Affective and Cognitive Well-Being at Times of COVID-19 Containment Policies in Italy». *Analyses of Social Issues and Public Policy*, 24(2), 532-51. <https://doi.org/10.1111/asap.12384>.
- Sarti, S.; Terraneo, M. (2023). *Studiare la salute. La prospettiva della sociologia*. Roma: Carocci.
- Subramanian, S.V. et al. (2006). «Neighborhood Effects on the Self-Rated Health of Elders: Uncovering the Relative Importance of Structural and Service-Related Neighborhood Environments». *Journal of Gerontology Series B: Psychology Science Social Science*, 61(3), 153-60. <https://doi.org/10.1093/geronb/61.3.S153>.
- Terraneo, M. (2018). *La salute negata. Le sfide dell'equità in prospettiva sociologica*. Milano: FrancoAngeli.
- Terraneo, M. (2025). «The Italian National Health Service in time of Crisis: What Were the Responses for the Most Vulnerable People?». Hecker, S.; Arisi Rota, A. (eds), *Disguising Disease in Italian Political and Visual Cultura. From Post-Unification to Covid-19*. Oxfordshire (UK): Routdlege, 191-208.
- Tisminezky, M. et al. (2022). «Age, Multiple Chronic Conditions, and COVID-19: a Literature Review». *The Journals of Gerontology: Series A*, 77(4), 872-8. <https://doi.org/10.1093/gerona/glaa320>.
- Whitehead, M. (1991). «The Concepts and Principles of Equity and Health». *Health Promotion International*, 6, 217-28. <https://doi.org/10.1093/heapro/6.3.217>.

