

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI NAPOLI
"FEDERICO II"
DIPARTIMENTO DI SOCIOLOGIA
"Gino Germani"

DOTTORATO DI RICERCA IN SOCIOLOGIA E
RICERCA SOCIALE

Monica Rando

Salute, disuguaglianza, sviluppo.
Teorie, ricerche e approfondimenti empirici

Coordinatrice:
Ch.ma Prof.ssa
Antonella Spanò

Tutor:
Prof.
Aldo Piperno

XIX° Ciclo Dottorato di Ricerca
Napoli 2006

INDICE

Introduzione	p.5
---------------------	-----

PARTE PRIMA: DEFINIZIONI, TEORIE E RICERCHE

1. Sviluppo e salute

1.1	Prospettiva teorica sul concetto di sviluppo	11
1.2	Presupposti teorici del contributo della salute allo sviluppo economico: la salute come capitale umano	19
1.3	Salute e sviluppo: quale correlazione?	23
1.4	La salute e la trappola della povertà	30
1.5	I canali di influenza della malattia sullo sviluppo economico	36
	Osservazioni conclusive	39

2. Variabili socioeconomiche e salute: teoria e ricerca a confronto

2.1	Lo sviluppo dell'ipotesi di disuguaglianza di salute: l'evidenza empirica	43
2.2	Indagini su correlazioni specifiche	56
2.3	Il problema della doppia causalità	70
2.4	La teoria del reddito relativo	74
2.5	I dibattito in corso: privazione assoluta o relativa?	82
	Osservazioni conclusive	89

3. L'impatto della salute sullo sviluppo economico: evidenze empiriche

3.1	Gli studi sul contributo della salute allo sviluppo economico	93
3.2	L'approccio dei costi delle malattie	95
3.3	Gli studi sull'impatto economico della salute a livelli microeconomico	98
3.4	Gli studi sull'impatto economico della salute a livello macroeconomico	103
	Osservazioni conclusive	108

PARTE SECONDA: ASPETTI METODOLOGICI

4. Metodologie e metodi di ricerca

4.1	La misurazione dello status di salute	112
4.2	Gli indicatori utilizzati nelle indagini sul rapporto tra sviluppo e salute	117
4.3	I principali indicatori per la descrizione, l'analisi e la valutazione delle disuguaglianze nella salute	120
4.4	Classificazione delle misure di disuguaglianza	127
4.5	Indici sintetici e loro applicazione	129
4.6	Le indagini sulla salute in Italia	132
4.6.1	Le fonti informative nella ricerca sulla salute in Italia	135
4.6.2	Le strategie di studio in Italia	140
4.7	Fonti e strategie di studio sui differenziali di salute: studi comparativi, studi di area, studi sugli individui	143
	Osservazioni conclusive	148

PARTE TERZA: APPROFONDIMENTI EMPIRICI

5. Disuguaglianza e salute in Italia

Introduzione	152
5.1 Materiali e metodi	156
5.2 Risultati e discussione	
5.2.1 Le condizioni di salute dichiarata per sesso e per età negli ultimi venti anni	163
5.2.2 Lo stato di salute dichiarato e le variabili socioeconomiche	168
5.2.2 La percezione dello stato di salute in presenza di patologie Croniche	178
5.2.4 Disabilità e invalidità permanenti	194
5.2.5 Il ricorso ai servizi sanitari: i ricoveri ospedalieri	201
5.2.6 Il ricorso ai servizi sanitari: gli accertamenti diagnostici	209
5.2.7 Il ricorso ai servizi sanitari: le visite mediche	219
Conclusioni e prospettive	226
Conclusioni	230
Riferimenti bibliografici	235

Introduzione

La tesi di dottorato nasce e si colloca nell'ambito di un dibattito che è tanto scientifico quanto politico, ed è quello dell'equità nella salute. Il tema dell'equità nella salute, ovvero della disuguaglianza sociale nella salute, si trova nell'intersezione di molteplici sfere e discipline: quella morale ed etica dei diritti umani, quella delle scienze sociali, quella delle scienze della salute, quella dell'economia e della politica. Per questo motivo, in definitiva, è un tema che rientra a tutti gli effetti nel più ampio dibattito sullo sviluppo che a partire dagli anni ottanta è argomento di cogente attualità nelle scienze dei saperi sociali.

Un interesse che è dettato dalla clamorosa contraddizione che accompagna lo sviluppo stesso, soprattutto nel mondo "occidentale e sviluppato", e cioè la sostanziale inerzia sociologica, che vede mantenersi praticamente stabili, e per alcuni versi anche incrementarsi, le differenze sociali in tutte le dimensioni dell'agire sociale.

La tesi di dottorato inizia proprio con una riflessione critica sul concetto di sviluppo nel tentativo di andare oltre il paradigma economico che ne ha definito i contenuti e orientato le strategie per la sua implementazione. Negli ultimi settanta anni, il concetto di sviluppo ha subito una sostanziale identificazione con quello di sviluppo economico inteso come crescita ed è divenuto così il modello organizzativo nei termini del quale è stata condotta tanto l'analisi del divenire storico dei sistemi sociali, quanto quella dell'azione politica.

L'obiettivo è quello di recuperare nella teorizzazione e nelle analisi empiriche sullo sviluppo, nonché nelle strategie politiche, dimensioni non economiche precedentemente ignorate, come quella della salute, o

dell'istruzione che rientrano nell'ambito di quelle che Amartya Sen chiama le libertà sostanziali, in base alle quali andrebbe misurato il livello di sviluppo delle società.

La dimensione della salute è un elemento chiave nella determinazione delle fondamentali libertà sostanziali degli individui, e nello stesso tempo rappresenta un prerequisito fondamentale per gli obiettivi di sviluppo di ogni società: la salute¹, infatti, è requisito indispensabile per la partecipazione alla vita sociale, politica ed economica. Se in termini valutativi la salute come l'educazione è tra le libertà sostanziali di base che danno valore alla vita umana, in termini economici salute e educazione sono i due fondamenti del capitale sociale che rappresentano le basi della produttività economica degli individui.

Salute, quindi, non è solo assenza di malattia, essa è anche l'abilità delle persone di sviluppare le potenzialità durante il corso della loro vita. In questo senso, la salute è un bene posseduto dagli individui, il quale ha tanto un valore intrinseco poiché stare bene in salute è una parte importante del benessere, quanto un valore strumentale in quanto permette il dispiegarsi dello sviluppo personale e la sicurezza economica nel futuro. Dopo due secoli di sviluppo economico, e decenni di stato sociale e di sistema sanitario nei paesi "occidentali", tutti gli indicatori di salute confermano una forte associazione tra un cattivo stato di salute e condizioni di svantaggio sociale ed economico. Se a questo si aggiunge il fatto che in molti paesi si è assistito ad un sensibile miglioramento dello stato di salute in assenza o in scarsi livelli di crescita economica e viceversa, ci è sembrato opportuno riflettere sul rapporto che intercorre tra sviluppo economico e salute.

Per valutare lo stato dell'arte di tale rapporto si è compiuta una duplice azione di ricerca: (a) si è dapprima passata in rassegna la letteratura teorica che "spiega" le cause del declino della mortalità e dunque, del progressivo incremento dell'aspettativa di vita media avviatosi in Europa e

¹ La salute viene definita come la capacità degli individui di essere in equilibrio con sé stessi e con il contesto nel quale sono inseriti e di godere quindi di un "completo benessere fisico, mentale e sociale". O.M.S., Dichiarazione di Alma Alta, 1978.

nell'odierno mondo industrializzato durante il XIX secolo; (b) in secondo luogo, data l'esistenza comprovata di un gradiente sociale di salute che interessa tutti i paesi e a tutti i livelli di sviluppo economico, sono stati analizzati i principali studi empirici, nazionali e comparati, longitudinali e trasversali che hanno affrontato il tema delle determinanti di salute. Le differenze sociali nella mortalità e nella morbilità, ovvero le variazioni nel rischio di morte o di malattia tra i diversi gruppi socioeconomici in cui si stratificano le nostre società, riscontrate dalla fine degli anni settanta in tutti i paesi per i quali sono disponibili informazioni statistiche, rappresenta un problema tanto di politica sociale quanto economica. Per questo motivo, l'ultimo capitolo della tesi è dedicato all'analisi empirica del rapporto tra "misure di disuguaglianza" e "misure di salute" nel contesto italiano. Si è cercato di documentare se esse negli ultimi venti anni sono aumentate o diminuite e se il nostro paese, comparativamente – cioè nei confronti degli altri maggiori paesi occidentali – si colloca più in alto o più in basso nella scala delle disuguaglianze nella salute osservate.

La tesi non si è limitata ad un'analisi sistematica della letteratura teorica ed empirica, ma ha anche analizzato le metodologie per studiare l'argomento e le tecniche di analisi, ivi compresa una rassegna critica degli indici e delle misure statistiche. Ci è sembrato opportuno affrontare questo argomento per due ragioni fondamentali. Per un verso questa panoramica dei metodi e delle tecniche permette allo studioso che voglia avventurarsi in questo genere di studi di avere a disposizione un quadro generale per orientarsi. Per l'altro, offre una effettiva possibilità di valutazione dei risultati, in quanto i metodi e le tecniche di analisi sono fattori importanti relativamente ai risultati ottenuti.

In sintesi dal presente lavoro di ricerca è emerso che tra le due dimensioni (salute e sviluppo) sussiste un complesso rapporto dialogico, che ci ha indotto a soffermarci sulla relazione tra sviluppo economico e salute, sotto il profilo della doppia causalità, ovvero dell'impatto della salute sullo sviluppo e viceversa. Siamo giunti alla conclusione che la dimensione

della salute, e dunque anche le politiche volte alla tutela e all'implementazione della stessa, hanno giocato e giocano tuttora un ruolo non indifferente nei processi di sviluppo economico tanto nei paesi in via di sviluppo quanto in quelli ad economia avanzata.

La disuguaglianza sociale nelle sue molteplici dimensioni (posizione di classe, genere, età, luogo di residenza, etnia e salute) rappresenta al contempo sia un criterio per valutare i costi sociali di determinate politiche di sviluppo, sia un fattore di inefficienza del sistema economico complessivo. Negli ultimi anni, data la crisi economica e finanziaria che attraversa trasversalmente tutti i paesi ad alto reddito, si è tornato a riflettere sulla disuguaglianza sociale e sui fattori che influenzano o impediscono lo sviluppo economico.

In questo dibattito internazionale viene dato sempre maggior rilievo al valore economico del sistema salute, il quale oltre ai contributi che dà alla qualità della vita degli individui, agli investimenti in ricerca e sviluppo e, più in generale allo sviluppo complessivo della società, è anche un componente centrale del sistema economico delle nazioni.

PARTE PRIMA
DEFINIZIONI, TEORIE E RICERCHE

1.SVILUPPO E SALUTE

1.1 Prospettiva teorica sul concetto di sviluppo

*Questa non è una storia
con una trama semplice.
Se c'è un tema centrale,
questo è...
quello della sua
crescente complessità e
delle sempre più
marcate divergenze di opinione
(Arndt H.W., 1990, p. 15)*

Pochi concetti hanno assunto nel tempo un ventaglio di significati ampio come quello di sviluppo, al punto che sembra lecito chiedersi come suggerisce Arndt se effettivamente consista in “qualcosa di più che non l’utopia che ognuno di noi coltiva (1990, p. 227)”.

In questa prima parte del lavoro non intendiamo analizzare il concetto di sviluppo come processo, né si vuole tracciare una cronologia esaustiva, che esula peraltro dall’intento della ricerca, bensì richiamare l’attenzione sull’identificazione del concetto di sviluppo con quello di sviluppo economico inteso come crescita, e sull’allargamento della prospettiva di analisi, questa si funzionale all’intento della ricerca. L’intento è quello di vedere come dalla concezione di sviluppo inteso principalmente come crescita economica si sia giunti a quella dello sviluppo umano inteso come espansione progressiva delle libertà sostanziali. Ci siamo chiesti quali sono gli elementi che lo connotano, quali le dimensioni discriminanti, e soprattutto quale idea di sviluppo si affaccia nel XXI secolo e quale contributo essa può dare nel disegno degli scenari futuri.

A partire dalla Seconda Guerra Mondiale il concetto di sviluppo ha subito una sostanziale identificazione con quello di sviluppo economico inteso come crescita ed è divenuto il modello organizzativo centrale nei termini del quale è stata condotta tanto l’analisi del divenire storico dei sistemi sociali, quanto quella dell’azione politica. Certamente il mutamento degli

assetto internazionali, l'emergere del "Terzo Mondo" come nuovo soggetto politico e la Guerra Fredda contribuirono in modo sostanziale all'appiattimento del concetto stesso. Gli interessi tanto sul fronte politico interno dell'Occidente, quanto su quello della politica internazionale si concentrarono tutti sull'individuazione degli strumenti per la sua realizzazione. Nonostante dalle Nazioni Unite fosse stato proclamato che "lo scopo ultimo dello sviluppo economico è quello di elevare il benessere nazionale dell'intera popolazione" (1947, p. XV), al termine benessere fu data una connotazione ben precisa: elevare il prodotto interno lordo. Da questa interpretazione del concetto come obiettivo globale, il passo è stato breve per arrivare ad affermare che "lo sviluppo economico può essere definito come un miglioramento costante, secolare, del benessere materiale" (Okun e Richardson, 1962, p. 230), garantito dall'incremento dei redditi nazionali. Fino alla fine degli anni cinquanta nella letteratura sullo sviluppo, infatti, i temi dominanti ruotavano tutti attorno ad un concetto chiave dell'economia classica, quello di formazione e accumulazione del capitale inteso come condizione necessaria per il progresso (Nurske, 1973), nonché come nucleo centrale dello sviluppo economico stesso.

Il problema del persistente sottosviluppo di molti paesi nel mondo, nonostante il proliferare di strategie di intervento volte a promuovere la crescita economica come motore necessario allo sviluppo, contribuì al rafforzarsi dell'interesse per gli obiettivi dello sviluppo, piuttosto che per gli strumenti per la sua realizzazione. A cavallo dei primi anni sessanta il focus della discussione sullo sviluppo iniziò a spostarsi dal tema della creazione della ricchezza, a quello della capacità di crearla, una capacità che come affermò Singer (1964) risiede nella popolazione di un paese. Singer in un articolo del 1965 scriveva che "il problema dei paesi sottosviluppati, non consiste esclusivamente nella crescita, ma nello sviluppo. Per sviluppo si intende crescita associata ad un cambiamento; quest'ultimo, a sua volta, investe aspetti sociali e culturali, oltre che economici, e fattori qualitativi e non solo quantitativi.....Una salute

migliore, un'istruzione migliore, un'alimentazione migliore sono le chiavi della crescita" (1965, p. 5).

Da più parti si rivendicava, dunque, l'urgenza di una ridefinizione del concetto di sviluppo in quanto entità complessa (Seers, 1969), una definizione che prendesse in considerazione anche gli aspetti sociali dello stesso (Myrdal, 1975). L'esperienza degli anni sessanta aveva insegnato che nonostante gli elevati tassi di crescita economica non si ottenne un ridimensionamento della disoccupazione, della disuguaglianza e della povertà.

La preoccupazione per gli aspetti sociali dello sviluppo supportata dall'evidenza empirica, aprì la strada ad una vigorosa denuncia dell'economia dello sviluppo orientata alla crescita che aveva caratterizzato i venticinque anni seguenti alla fine del secondo conflitto mondiale. L'occupazione, la riduzione della disuguaglianza e della povertà, il soddisfacimento dei bisogni fondamentali (Cornia, Jolly, Stewart, , divennero gli obiettivi delle nuove strategie di sviluppo promosse dagli organismi internazionali come la Banca Mondiale e l'ILO (International Labour Organization) i cui esiti sono tutt'altro che confortanti.

Nella teoria economica il serrato e controverso dibattito sull'importanza del "fattore residuale", contribuì a far promuovere l'interesse sul capitale umano in quanto fattore di crescita economica. Due economisti della scuola di Chicago, Becker (1960) e Schultz (1959), delinearono quello che è stato definito l'approccio del "capitale umano" allo sviluppo economico, secondo il quale per aumentare la produttività del sistema economico non sono sufficienti il progresso tecnologico e l'allargamento dello stock di capitale fisico, ma occorre investire nell'istruzione, nell'alimentazione e nella salute dei lavoratori. Ma fu all'istruzione, in quanto capitale umano funzionale allo sviluppo economico, che fu dato particolare interesse al punto che esplose una vera e propria moda per la pianificazione delle risorse umane su scala planetaria. Nonostante le suggestioni che l'approccio del capitale umano ha suscitato e suscita, bisogna dire che in

realtà rappresenta un'evoluzione della teoria economica classica che ne allarga la prospettiva ma sostanzialmente non ne cambia le finalità.

Le crisi petrolifere degli anni ottanta, il rallentamento della crescita, la crisi del debito, il peggioramento dei termini di scambio, segnarono il declino dell'interesse prioritario per gli aspetti sociali dello sviluppo. Molte idee proprie dello sviluppo centrato sull'uomo che si erano fatte strada già all'indomani della Seconda Guerra Mondiale con la dichiarazione dei diritti dell'uomo, vennero spinte sul fondo dal momento che i programmi di stabilizzazione e di aggiustamento strutturale promossi dalla Banca Mondiale e dal Fondo Monetario Internazionale acquisivano un ruolo centrale.

Nel 1987, Cornia, Jolly e Stewart (1989), scrissero per l'Unicef il rapporto "Per un aggiustamento dal volto umano", che conteneva diversi rilievi sull'azione della Banca Mondiale negli anni precedenti. In particolare veniva messa in evidenza la brevità dei tempi con cui la Banca Mondiale pretendeva risultati da parte dei paesi in fase di aggiustamento, che impediva di fatto una strategia di ristrutturazione attenta ai bisogni delle persone. Durante questo processo di liberalizzazione economica, aggiustamento e privatizzazione la preoccupazione per l'incremento delle disuguaglianze sociali e quindi per la povertà, l'emarginazione e per le forme di vulnerabilità sociale fu occultata: anche se la disuguaglianza sociale aumentava nel breve periodo tanto nei paesi in via di sviluppo quanto in quelli ad economia avanzata, questo era il prezzo da pagare per una stabile crescita di lungo periodo.

La riflessione sul concetto di sviluppo, che a partire dagli anni Ottanta si fa sempre più cogente nella maggior parte dei lavori di ricerca dei saperi sociali, nel tentativo di sottrarlo all'egemonia fondatrice del discorso economico e tecnologico, ne recupera una pluralità di dimensioni non strettamente economiche precedentemente ignorate. Il dibattito sulla fede nel progresso e nella crescita economica come mezzo per ampliare il benessere globale, che da Singer serpeggia nella teoria economica, si fa serrato e richiama ancora una volta l'attenzione sull'urgenza di un

ripensamento epistemologico del concetto stesso di sviluppo. Le voci che si levano da più parti nella letteratura internazionale, se pur da punti di vista differenti, convergono nella comune messa in discussione del paradigma della crescita come garante del progresso economico e sociale sia individuale che collettivo. Non vengono contestati a priori i benefici che storicamente gli individui, le popolazioni, hanno ottenuto nel processo di sviluppo economico, ma vengono messe ancora una volta in discussione le dinamiche, gli esiti e le interpretazioni, cercando una prospettiva teorica ed etica diversa che possa concretamente orientare le scelte politiche.

Le nuove visioni nella teoria economica se da un lato sembrano allontanarsi dalle solide tradizioni della scienza economica, dall'altro recuperano alcuni degli orientamenti analitici originari dell'economia stessa.

Come osserva Martha Nussbam (Nussbam M. e Sen A., *La qualità della vita*), una delle motivazioni salienti della nascita della scienza economica è la preoccupazione per la qualità della vita e per le libertà sostanziali, cioè la necessità di capire come valutare meglio le possibilità degli esseri umani di migliorare le proprie condizioni di vita e di comprendere le cause che lo permettono. A tale proposito Amartya Sen sostiene che lo sviluppo deve essere inteso “come un processo di espansione delle libertà reali godute dagli esseri umani” (2001, p. 9-10) di poter convertire le capacitazioni individuali² in funzionamenti. Nel processo di sviluppo la libertà ha sia un ruolo costitutivo, rappresenta cioè il fine stesso dello sviluppo, il suo obiettivo primario, sia un ruolo strumentale.

“Il ruolo costitutivo attiene all'importanza delle libertà sostanziali per l'arricchimento della vita umana; le libertà sostanziali comprendono capacitazioni elementari, come l'essere in grado di sfuggire a certe privazioni – fame acuta, denutrizione, malattie evitabili, morte prematura – nonché tutte le libertà associate al saper leggere, scrivere e far di conto, al diritto di partecipazione politica e di parola (non soggetta a censura, e così via)...Il ruolo strumentale della libertà riguarda soprattutto il modo in cui i

² Il termine capacitazione è la traduzione del termine capability che Amartya Sen indica come una capacità che la società dà o toglie all'individuo.

diversi tipi di diritti, occasioni e titoli contribuiscono ad ampliare la libertà umana in generale, e quindi a promuovere lo sviluppo...l'efficacia della libertà come strumento sta nel fatto che sono di tipi differenti e interconnessi, e quelle di un tipo possono rendere più facile il progresso di quelle di un altro" (p. 41 - 42)³.

Se da un lato la crescita economica permette sia l'innalzamento dei redditi pro capite sia la possibilità allo stato di finanziare un sistema di sicurezza sociale, dall'altro anche la creazione di occasioni sociali attraverso un sistema di istruzione pubblica e sanitaria può contribuire sia allo sviluppo economico che ad miglioramento delle condizioni di salute della popolazione.

La sfida dello sviluppo, quindi, ed il suo requisito fondamentale consiste nell'eliminare le principali fonti di che impediscono l'esercizio delle libertà sostanziali, come la povertà, l'analfabetismo, la tirannia, la repressione, l'intolleranza, la violazione dei diritti fondamentali. La sola attenzione alla dimensione del prodotto interno lordo e del suo incremento, come requisito e misura dello sviluppo si rivela inadeguata a cogliere la multidimensionalità del concetto stesso.

Gli inaccettabili livelli di deprivazione esperiti da una consistente fetta della popolazione mondiale e documentati nella Tabella 1, suggeriscono di ripensare il concetto stesso di sviluppo che non può più essere considerato nei soli termini di crescita economica e misurato, quindi, attraverso l'incremento o il declino dei redditi nazionali.

"Lo sviluppo", scrive Edgar Morin, "deve essere inteso in forma antropologica. Il vero sviluppo è lo sviluppo umano. Dobbiamo liberare la nozione di sviluppo dalle pastoie economiciste. Non dobbiamo più ridurre lo sviluppo alla crescita...la nozione di sviluppo deve diventare

³ Il contributo delle riflessioni di Sen, la cui concezione dello sviluppo ha le proprie radici intellettuali nelle idee di alcuni dei più illustri protagonisti del fervido dibattito sullo sviluppo che ha avuto luogo negli anni sessanta, ha fatto da volano per la creazione di un programma di ricerca sullo sviluppo promosso dall'Agenzia delle Nazioni Unite: United Nation of development Programme (UNDP). L'United Nation of Development Programme non solo promuove una nuova visione dello sviluppo umano che vada oltre il reddito e crescita e, ma anche un nuovo indice di misurazione dello stesso (Index Human Development). Dal 1990 l'UNDP pubblica annualmente un rapporto sullo sviluppo umano.

multidimensionale, deve superare gli schemi non soltanto economici, ma anche propri della cultura occidentale, che pretendono di fissare il suo senso e le sue norme. Deve rompere con la concezione del progresso come certezza storica per farne una possibilità incerta” (Morin E. e Kern, 1994, p. 102). All’idea che la crescita economica sia il motore necessario e sufficiente di ogni cambiamento e miglioramento, si sostituisce una concezione di sviluppo, che come auspicato da Morin (1994), da Sen (2001), Dani (1999), deve essere “multidimensionale”, “ampio e multilaterale”

La crescita economica è certamente essenziale allo sviluppo umano soprattutto nei paesi caratterizzati da bassi profili di reddito, ma specifiche misure di policy sono necessarie per tradurre il progresso economico in progresso umano nei termini di opportunità reali di poter vivere dignitosamente. La storia dei paesi ad economia avanzata ci insegna che la crescita economica di per sé non è sostenibile senza adeguate misure che assicurino lo sviluppo umano.

<p>TABLE 1</p> <p>Serious deprivations in many aspects of life</p> <p>Developing countries</p> <hr/> <p><i>Health</i></p> <p>968 million people without access to improved water sources (1998)</p> <p>2.4 billion people without access to basic sanitation (1998)</p> <p>34 million people living with HIV/AIDS (end of 2000)</p> <p>2.2 million people dying annually from indoor air pollution (1996)</p> <p><i>Education</i></p> <p>854 million illiterate adults, 543 million of them women (2000)</p> <p>325 million children out of school at the primary and secondary levels, 183 million of them girls (2000)</p> <p><i>Income poverty</i></p> <p>1.2 billion people living on less than \$1 a day (1993 PPP US\$), 2.8 billion on less than \$2 a day (1998)</p> <p><i>Children</i></p> <p>163 million underweight children under age five (1998)</p> <p>11 million children under five dying annually from preventable causes (1998)</p> <hr/> <p>OECD countries</p> <p>15% of adults lacking functional literacy skills (1994–98)</p> <p>130 million people in income poverty (with less than 50% of median income) (1999)</p> <p>8 million undernourished people (1996–98)</p> <p>1.5 million people living with HIV/AIDS (2000)</p>
--

Source: Smeeding 2001b; UNAIDS 2000a, 2000b; UNESCO 2000b; World Bank 2000d, 2001b, 2001c, 2001f; WHO 1997, 2000b; OECD and Statistics Canada 2000

1.2 Presupposti teorici sul contributo della salute allo sviluppo economico: la salute come capitale umano

Negli ultimi dieci anni l'interesse per la salute come importante determinante dello sviluppo economico e della crescita si è andato intensificando come dimostra il proliferare di studi sia a livello dei singoli paesi che internazionale.

Per comprendere la relazione tra salute e sviluppo economico così come è stata trattata nella letteratura è necessario, innanzitutto, intendere sia il concetto di salute in un senso più ampio, sia comprendere come la salute sia entrata nel modello economico.

La crescita economica viene definita come quel processo attraverso il quale la capacità produttiva del sistema economico si incrementa nel tempo innalzando il prodotto nazionale ed il reddito (Todaro, 2000). Secondo la teoria economica la crescita economica dipende da tre fattori: lo stock di capitale, lo stock di lavoro e la produttività la quale a sua volta dipende dal progresso tecnologico che è considerata un fattore esogeno in grado di garantire l'espansione della produttività. La differenza nelle nuove impostazioni risiede proprio nella messa in discussione della tecnologia come fattore esogeno. Il progresso tecnologico viene invece considerato come un processo endogeno che può essere implementato attraverso gli investimenti nel capitale umano. Le radici di tale impostazione, come abbiamo avuto modo di dire sopra, si ritrovano nella teoria del capitale umano sviluppata da Becker (1993). Il concetto fondamentale della teoria del capitale umano è proprio quello di capitale umano che, adottando la definizione proposta dall'OCSE (1998), può essere definito come "la conoscenza, le skill, le competenze e gli attributi

propri degli individui che sono rilevanti per l'attività economica. In questo senso l'istruzione e la formazione professionale rappresentano un investimento nelle conoscenze e nelle capacità produttive dell'individuo, ovvero del suo capitale umano, che influenza la produttività del soggetto. Nei suoi studi Becker (1993) aveva messo in evidenza che solo una piccola parte della crescita del reddito in molti paesi era da attribuire alla crescita del capitale fisico, e che, il fattore discriminante nel processo di sviluppo economico risiedeva negli investimenti nell'istruzione.

Becker (1993) nella formulazione originale della sua teoria sebbene avesse affermato che la salute insieme all'educazione era uno dei componenti dello stock di capitale umano, nei lavori empirici aveva dedicato l'attenzione esclusivamente alla variabile educazione. L'attenzione alla salute come importante componente del capitale sociale si deve a Grossman (1972) il quale per primo sulla base della teoria del capitale sociale ha costruito un modello sulla salute considerato sia come bene di consumo sia come capitale. In questo senso, la salute è un bene posseduto dagli individui, il quale ha tanto un valore intrinseco poiché stare bene in salute è una parte importante del benessere, quanto un valore strumentale. Ed è proprio in questa direzione che la ricerca, nelle ultime decadi, si è orientata per valutare la connessione tra sviluppo economico e salute enfatizzando il contributo sostanziale di quest'ultima nel sostenere una crescita economica costante (World Bank, 2003; UNDP; WHO, 2001)⁴. Se in termini valutativi la salute come l'educazione è tra le capacitazioni di base che danno valore alla vita umana (Sen, 2001), in termini economici salute ed educazione sono i due fondamenti del capitale sociale che rappresentano le basi della produttività economica degli individui (Becker, 1993; Grossman, 1972).

Questo approccio ha dato vita a due tradizioni di ricerca, l'una si interessa di valutare l'impatto della salute a livello microeconomico, l'altra di valutare l'impatto macroeconomico. A livello microeconomico la salute in termini

⁴ Nel 2001 l'Organizzazione Mondiale della Salute ha istituito una Commissione intitolata "Macroeconomie e Salute" (CMH) i cui lavori sono volti a valutare il contributo della salute all'economia.

strumentali influenza la crescita economica a livello individuale sia direttamente che indirettamente. Direttamente attraverso la produttività del lavoro, il risparmio e gli investimenti (Bloom et al., 2001). Indirettamente attraverso gli impatti che ha sull'istruzione. C'è una considerevole quota di letteratura empirica che ha indagato come le condizioni di salute durante il processo di crescita dei bambini influenzano sia la performance scolastica durante l'adolescenza⁵, sia le condizioni di salute e i redditi in età adulta (Baker, 1999; Glewwe, Jacoby and King, 2001; Paxson e Schady, 2004).

Gli studi macroeconomici si sono interessati di indagare l'impatto del capitale umano sui livelli di crescita economica dei paesi. Denison (1985) interrogandosi sulle cause della crescita economica negli Stati Uniti dal 1929 al 1982 conclude che l'aumento dei livelli medi di scolarizzazione dei lavoratori spiega un quarto degli incrementi del reddito pro capite registrati in quel periodo. L'importanza degli investimenti in capitale umano nelle strategie di sviluppo vengono sottolineati anche dalle analisi di Griffin e McKinley (1992) e Fogel (1994). Barro (1996) utilizzando i dati comparativi desunti dai Rapporti Annuali sullo Sviluppo Umano editi dall'UNDP, sottolinea come l'incremento dell'aspettativa di vita dai 50 ai 70 anni contribuisce ad elevare il tasso di crescita di 1.4 punti percentuali all'anno. Mentre un decremento di malaria del 10% nei paesi in via di sviluppo, è associato con un incremento annuo della crescita del 0.3% (Gallup e Sachs, 2000). Meyer (2001) utilizzando l'aspettativa di vita e il tasso di mortalità come indicatore di salute per i differenti gruppi di età in Messico dal 1970 al 1995 sottolinea come alla salute sia imputabile la quota di circa un terzo della crescita economica a lungo termine.

La correlazione tra il migliore stato di salute ed un'alta crescita economica viene confermata anche quando vengono inserite variabili economiche addizionali per provare i modelli di sviluppo nei paesi. Le ricerche avviate dall'Agenzia per lo Sviluppo delle Nazioni Unite (UNDP) utilizzano lo

⁵ Il deficit di iodio è associato alla riduzione di capacità intellettive ai deficit psicomotori, ai danni mentali e neurologici e con il cretinismo. La deficienza di ferro è associata con gli scarsi risultati nei test di sviluppo mentale e motorio. Il deficit di Vitamina A è associato con i problemi alla vista problematiche.

status di salute come fattore utile a spiegare la differenza nel tasso di sviluppo economico delle nazioni, anche dopo aver controllato le variabili standard macroeconomiche.

Un recente studio econometrico svolto da Bloom and Sachs (1998) ha riscontrato che la metà del deficit di sviluppo dell'Africa rispetto ai paesi asiatici ad un maggior tasso di sviluppo potrebbe essere spiegato statisticamente dal peso della malattia, dalle caratteristiche demografiche e geografiche, piuttosto che dalle tradizionali variabili di politica macroeconomica e di governo. Lo studio mette in risalto come l'alta prevalenza di malattie come la malaria e l'HIV/AIDS siano associate con persistenti e importanti riduzioni dei tassi di crescita economica dei paesi africani.

Anche se la crescita economica pro capite non fosse influenzata direttamente dallo stato di salute degli individui e delle popolazioni, ci sarebbero comunque importanti guadagni per il benessere economico dall'incremento della longevità. L'evidenza empirica conferma che nei paesi con uno stato di salute migliore, gli individui vivono mediamente più a lungo, e questo gli permette di avere dei guadagni economici più alti nell'arco della loro vita e di investire in capitale umano. Quindi, incrementare la longevità ha un impatto indiretto sul benessere economico che va ad addizionarsi agli effetti diretti di anni di salari, consumo e agio. Vivendo più a lungo le famiglie tendono a investire frazioni più alte del proprio reddito per l'educazione e il risparmio, in quanto orizzonti temporali più lunghi gli permettono di godere i benefici di tali investimenti. Proprio perché la malattia pesa così tanto sullo sviluppo economico, gli investimenti sulla salute sono una componente importante della più complessiva strategia di sviluppo. Non si vuole sostenere che gli investimenti sulla salute possono risolvere i problemi dello sviluppo, ma piuttosto che gli investimenti sulla salute sono una parte importante della complessiva strategia di sviluppo e riduzione della povertà.

1.3 Salute e sviluppo: quale correlazione?

Il problema fondamentale in tale dibattito riguarda sostanzialmente l'identificazione delle determinanti di salute. L'evidenza storica ci mostra che salute e sviluppo economico di una nazione sembrano fortemente interrelati, ma la spiegazione di questa relazione è confusa dall'identificazione di quali sono le cause e quali gli effetti. Il punto di vista generale, essenzialmente di matrice economica, ritiene che il buon stato di salute sia dipeso e dipenda dalla crescita economica, la quale è ritenuta, attraverso l'impatto del reddito pro capite il principale determinante dell'incremento dell'aspettativa di vita (Pritchett e Summers, 1996; Lynch et al., 1998). Da questo punto di vista, conosciuto nella letteratura come "ipotesi del reddito assoluto" o anche, "ipotesi della povertà", il reddito viene considerato il principale determinante di salute. Il ventaglio di queste argomentazioni parte dal presupposto di una relazione causale tra crescita economica e salute: progressivi incrementi del tasso di crescita del PIL e del conseguente aumento dei redditi pro capite e delle risorse finanziarie statali da destinare alle attività di assistenza sanitaria e sociale hanno permesso alla maggioranza della popolazione di migliorare progressivamente le proprie condizioni di vita.

Senza dubbio sembra sussistere una forte correlazione tra reddito pro capite e tassi di mortalità sia tra i paesi che all'interno di essi tra gruppi sociali, ma stabilire un chiaro modello causale è un compito assai difficile. Se è vero che la speranza di vita ha effettivamente una significativa correlazione positiva con il reddito, resta comunque aperta la questione se questa relazione sia diretta oppure operi attraverso gli effetti di altri fattori. Come ha messo in evidenza Preston (1975), c'è una relazione tra reddito

nazionale pro capite e aspettativa di vita, ma tale relazione è forte solo al di sotto di una certa soglia di reddito (\$ 5000).

Tra i paesi poveri incrementi del reddito medio sono fortemente associati con incrementi nell'aspettativa di vita, ma quando aumenta il reddito pro capite la relazione flette fino a divenire debole o assente, come nei paesi ricchi. La relazione concava tra reddito e salute suggerisce che gli effetti del reddito sulla salute sembrano essere rilevanti più tra i poveri che tra i ricchi, e questo è osservabile sia nei paesi in via di sviluppo che in quelli ad economia avanzata. Inoltre, dato l'indebolimento della relazione tra salute e reddito all'aumentare del livello di quest'ultimo, ci porta ad ipotizzare l'influenza di altri fattori sulla salute e sui differenziali di salute tra i gruppi e tra i paesi ai diversi livelli di sviluppo economico.

In virtù del fatto che in molti paesi si è assistito ad un sensibile miglioramento dello stato di salute in assenza o in scarsi livelli di crescita economica e viceversa, da più parti viene suggerita la necessità di rivedere la relazione causale tra crescita economica e quindi, reddito pro capite, e aspettativa media di vita. Ad esempio in Cina, la riduzione dei tassi di mortalità infantile sono stati precedenti all'accelerazione del processo di crescita economica registrato dal 1980, dopo il quale vi sono stati relativi progressi nella salute dei bambini. Una situazione simile è osservabile in India, dove l'incremento del tasso di crescita economica dopo la riforma economica varata all'inizio degli anni Novanta è stato accompagnato da una flessione del tasso di declino della mortalità infantile (Drèze e Sen, 2002). Negli Stati Uniti "gli afroamericani hanno una probabilità di raggiungere un'età avanzata non superiore – anzi inferiore – a quella di chi nasce nei paesi immensamente più poveri, come la Cina o lo stato indiano del Kerala (o Sri Lanka, Giamaica, Costa Rica)", nonostante i redditi procapite dei primi siano notevolmente più alti rispetto a quelli percepiti da quest'ultimi (Sen, 2001, p. 27).

Il ruolo della crescita economica nel determinare il miglioramento della salute è, dunque, tanto controverso e dibattuto, quanto lo è la storia del declino della mortalità nei paesi ad economia avanzata.

Per meglio chiarire la pluralità delle voci in campo caratterizzate dalle sempre più marcate divergenze di opinione, useremo proprio la storia del declino di mortalità nei paesi ad economia avanzata. Non è stato semplice ricostruire un quadro coerente data la vastità della letteratura esistente, la molteplicità degli approcci e delle discipline che se ne sono occupate. Dall'esame della letteratura presa in esame emerge che, in via generale, la storia del declino del tasso di mortalità e del miglioramento dello stato di salute iniziato nel XVIII° secolo in Europa può essere suddivisa in tre fasi. Questa tripartizione ci ha permesso di argomentare meglio le spiegazioni che si sono e si contendono il campo per quanto concerne il dibattito sui determinanti di salute e sul controverso rapporto che sussiste tra la salute e sviluppo economico.

Nella prima fase, dalla metà del XVIII° secolo alla metà del XIX° secolo, gioca un ruolo determinante nei progressivi decrementi dei tassi di mortalità la crescita economica, la quale attraverso l'incremento dei redditi pro capite (Fogel, 1997) ha contribuito al conseguente miglioramento del regime alimentare e delle condizioni igienico-abitative McKeown (1976). Robert Fogel (1997, 2004), Costa e Steckel (1997) hanno messo in evidenza il ruolo dell'alimentazione e dell'incremento dell'apporto calorico nel determinare il miglioramento generale delle condizioni di salute verificatesi dalla fine del XVIII° secolo. Con convinzione Fogel (1997) sottolinea il ruolo giocato dal miglioramento dello stato di salute nel processo di crescita economica dell'Inghilterra negli ultimi duecento anni, grazie proprio al miglioramento del regime alimentare che ha permesso l'incremento della produttività del lavoro. Sempre Fogel (1997, 2004) mette in luce lo stretto rapporto dialogico che sussiste tra le due dimensioni, salute e crescita economica quando afferma che "l'incremento dell'ammontare di calorie disponibili per lavorare negli ultimi duecento anni è stato dovuto ad un non insignificante contributo della crescita del tasso di reddito pro capite in paesi come la Francia e la Gran Bretagna" (1997:433-481).

Ma le argomentazioni di McKeown (1976), di Fogel (1997, 2004) non convincono Wrigley e Schofield (1981), i quali stimano che l'aspettativa di vita nel 1600 era la stessa di quella riscontrata nel 1820 e che, l'incremento verificatosi tra il 1750 e 1820 non ha nulla a che vedere con l'incremento del reddito pro capite, quanto piuttosto con un fenomeno di fluttuazione della mortalità che caratterizza l'Europa pre-industriale.

Altri studi evidenziano che tra il sedicesimo ed il diciottesimo secolo l'aspettativa di vita delle classi agiate, tanto dell'Inghilterra quanto degli Stati Uniti, non era maggiore rispetto a quella del resto della popolazione (Livi-Bacci, 1991; Harris, 2004). Se si accettano queste argomentazioni e si posticipa l'effettivo declino della mortalità a partire dal 1870, data in cui inizia ad avere un'importanza significativa in Europa, la correlazione tra crescita economica e mortalità si attenua (Easterlin, 2004). I dati relativi al periodo tra il 1820 e il 1870, durante il quale non si registra alcun significativo declino del tasso di mortalità nonostante la crescita economica promossa dal dirimpente processo di industrializzazione e l'aumento dei redditi e degli apporti calorici disponibili, suggeriscono che probabilmente qualche altro fattore ha giocato un ruolo importante nel determinare il declino della mortalità avvenuto dopo il 1870: le politiche di salute pubblica.

Tale argomentazione si basa sulla considerazione degli effetti negativi sulla salute del primo processo di urbanizzazione, accompagnato dal dilagare di malattie infettive nelle affollate e insalubri città in rapida espansione. Secondo questo punto di vista sono le malattie infettive e non l'alimentazione ad essere ritenute il fattore esogeno di primaria importanza nel determinare l'alta mortalità, e che tale impatto delle malattie è stato controllato da adeguate misure di salute pubblica (2004). Va inoltre considerato che c'è una forte correlazione tra malattia e nutrizione, in quanto da un lato bambini malnutriti sono più soggetti a contrarre malattie infettive, e dall'altro malattie infettive come la diarrea non permettono l'assimilazione di sostanze nutritive (Dasgupta e Ray, 1990).

Nella seconda fase del declino della mortalità, tra la fine del XIX° secolo e il primo trentennio del XX° secolo, il campo delle spiegazioni sembra convergere nell'attribuire un ruolo di primaria importanza alla politica per la salute nel determinare i consistenti miglioramenti dello stato di salute delle popolazioni. È questa l'opinione di Samuel Preston (1976, 1980, 1996), secondo cui molti dei grandi decollati nella storia economica, come il rapido sviluppo in Gran Bretagna durante la Rivoluzione Industriale, quello degli Stati Uniti al principio del XX° secolo, il rapido sviluppo del Giappone e il dinamico sviluppo dell'Europa meridionale e dell'Asia orientale tra il 1950 e il 1960, furono supportati da importanti programmi di salute pubblica. Preston (1996) attribuisce, quindi, un'importanza primaria alla più efficiente tecnologia della salute pubblica, piuttosto che alla sola crescita economica, nel migliorare la salute e questo sia ad un livello macro attraverso le grandi opere pubbliche (reti idriche e fognarie, campagne di vaccinazione, pastorizzazione del latte ecc.), che ad un livello micro attraverso la promozione di comportamenti salutari. Un altro autore che condivide i dubbi circa la relazione causale tra reddito e aumento della speranza di vita è Amartya Sen (2001).

Sen (2001) guarda all'andamento temporale della crescita della speranza di vita nei paesi ad economia avanzata nel ventesimo secolo e nota che, all'inizio del secolo la Gran Bretagna, allora l'economia capitalistica di mercato più avanzata, aveva ancora una speranza di vita media alla nascita inferiore a quella che è oggi la speranza di vita media nei paesi a basso reddito. Osservando l'incremento dell'aspettativa di vita dal 1901 al 1960 e facendo "un confronto tra decenni basato sui censimenti ci mostra un fatto degno di nota: la crescita più rapida della speranza di vita ebbe luogo – con un ampio margine differenziale – proprio nei due decenni bellici" (p. 55). Per spiegare tali dati Sen li mette in relazione sia con gli andamenti del prodotto interno lordo procapite sia con le politiche di sostegno. I due decenni di rapido incremento dell'aspettativa media di vita corrispondono da un lato ad un periodo di crescita lenta del prodotto interno lordo pro capite, dall'altro ad un significativo aumento delle

politiche di sostegno sociale. A tale riguardo Sen sostiene che una spiegazione plausibile del rapido aumento dell'aspettativa di vita in Gran Bretagna "viene fornita dalla mutata entità della condivisione sociale nei decenni bellici e della brusca impennata del sostegno pubblico ai servizi sociali (alimentazione e sanità comprese) che l'accompagnò" (2001, 56).

La terza fase, dal 1930 in poi, è considerata l'era della "grande medicina". Il costante miglioramento dei trattamenti medici (Bunker, Frazier, and Mosteller, 1994) e il mutamento dei comportamenti salutari promossi dalle campagne pubbliche di educazione alla salute (McGinnis and Foege, 1993), partecipano a determinare i costanti decrementi dei tassi di mortalità, di morbilità e gli incrementi progressivi dell'aspettativa di vita. Ma tali spiegazioni non sono sostanziate dai dati empirici, in quanto il significativo declino delle malattie infettive, conosciuto come transizione epidemiologica⁶, era già iniziato quando sono state introdotte le terapie antibiotiche e i vaccini. I progressi in campo medico e tecnologico, così come la promozione di comportamenti salutari (Cutler, 2004 a,b) hanno avuto invece un significativo impatto sulla riduzione della mortalità per malattie cardiovascolari, importante solo dopo il 1960.

Un altro importante fattore che ha determinato un'ulteriore incremento nell'aspettativa di vita dal 1960 è la riduzione della mortalità infantile a cui hanno contribuito non solo il miglioramento delle condizioni di vita materiale, ma anche l'emancipazione della donna, e dei servizi di assistenza sanitaria materna e infantile (Caldwell, 1986). Molti analisti continuano a dare un ruolo primario alla nutrizione nel ridurre l'aspettativa di vita anche dopo il 1870 e lungo tutto il XX° secolo, nonostante l'implementazione dei sistemi sanitari pubblici e il miglioramento delle cure mediche (Costa, 2004). Gli studi intrapresi da Barker (1995, 1994, 1990), per esempio, mettono in risalto la correlazione tra la salute dell'adulto e il

⁶ L'espressione si riferisce al passaggio da una fase storica in cui la causa di morte dominante nelle società occidentali era rappresentata dalle malattie infettive, alla fase attuale, in cui questo ruolo è stato assunto dalle malattie cardiovascolari e dai tumori. Queste patologie un tempo definite "dell'opulenza", per la loro stretta correlazione con la mortalità delle fasce sociali privilegiate, si sono progressivamente concentrate, fino a dilagare, negli strati più svantaggiati delle ricche popolazioni occidentali.

peso alla nascita, il quale è considerato un indicatore dello stato di benessere del neonato. In base alla teoria della “programmazione biologica” (Barker), già durante la gravidanza, a causa di malsane condizioni di vita e di nutrizione della madre, nel bambino inizierebbero ad accumularsi ritardi di maturazione dei tessuti che potrebbero mostrare i loro effetti sia al momento della nascita sia in età adulta, con un aumento del rischio di nati-mortalità, mortalità infantile, di malattie respiratorie, cardiocircolatorie e metaboliche (1994). Altri autori si interessano della relazione tra il mese di nascita e la longevità all’età di cinquanta anni, concludendo che l’effetto del mese di nascita è largamente attribuibile alla disponibilità di frutta e verdura fresca stagionale, e di uova nel primo e nel secondo trimestre di gravidanza (Doblhammer e Vaupel, 2001; Doblhammer, 2002).

Il dibattito tra le due scuole di pensiero è tuttora aperto ma è probabile che ambedue i fattori, il reddito e i fattori ad esso connessi e politiche pubbliche, hanno svolto un ruolo importante e complementare nel determinare il miglioramento nello stato di salute generale e nell’allungamento della speranza di vita (Szreter, 1988, 1998, 2002; Guha, 1994; Scrimshaw, Taylor e Gordon, 1968).

La divergenza di opinioni in merito alle spiegazioni del declino di mortalità suggerisce che crescita economica e salute non sempre sono direttamente correlati e che probabilmente, nel generare e mantenere la crescita economica così come nel determinare lo stato di salute, un fattore che gioca un ruolo non secondario è la politica: redditi maggiori, migliore nutrizione, migliori condizioni igienico-abitative hanno effetti limitati se non sono supportati da adeguate misure di salute pubblica, di politica sociale ed economica (Becker, Murphy e Soares, 2005). Il punto essenziale, a nostro parere, è che l’effetto della crescita economica dipende in larga misura dal modo in cui vengono usati i suoi frutti.

1.4 La salute e la trappola della povertà

“A paradox of our times is the more that
welfare states seem unsustainable,
the greater are demands for social protection”
(Esping-Andersen, 1999, 145)

Nell'economia del nostro discorso affrontare il tema della povertà, seppure in modo trasversale, è imprescindibile data la forte correlazione tra povertà, salute e sviluppo economico. Nel trentennio successivo alla seconda Guerra mondiale, definito da Hobsbawm come “l'età dell'oro” (1998), la notevole crescita economica, l'espansione del mercato del lavoro garantita dalla produzione di massa, la stabilità familiare nucleare standard e l'ampliamento dei sistemi di sicurezza sociale hanno contribuito a mettere in dubbio dovunque la persistenza dell'associazione classica tra industrializzazione e impoverimento. Sembrava evidente che la combinazione tra una crescita economica sostenuta e l'intervento pubblico potesse contenere e ridurre la povertà a pochi e temporanei episodi. Nonostante da più parti si cercava di richiamare l'attenzione sul fenomeno di persistenza e riproduzione della povertà “nel mezzo dell'affluenza (Galbraith, 1972).

“È solo dopo le crisi petrolifere degli anni settanta, l'inizio dei severi processi di de-industrializzazione e di ristrutturazione economica e la crisi fiscale dello Stato che i circuiti viziosi di impoverimento (in forme variate e, almeno in parte nuove rispetto al passato) si ripropongono all'attenzione pubblica, politica e scientifica” (Mingione, 2000, pp. 89-90). Nel corso degli ultimi anni, la letteratura sociologica, economica e statistica, così come il dibattito politico e istituzionale (OECD, 1999), hanno dedicato uno spazio crescente all'analisi del fenomeno della povertà, soprattutto nei contesti sociali ed economici più sviluppati. Un sommario sguardo ai dati relativi all'andamento del fenomeno nel contesto europeo e in quello

statunitense, può aiutare a renderci conto dell'andamento del fenomeno e dell'imprescindibile necessita di affrontare in modo sinergico la questione. Nel primo rapporto di valutazione dell'*European Action Programme* per la lotta alla povertà del 1981, la Commissione europea aveva stimato la presenza di 36,8 milioni di poveri in dodici paesi nel 1975. Il secondo rapporto, in cui era stata considerata la spesa invece del reddito come indicatore delle risorse, giunse ad una stima di 50 milioni nel 1985 (Eurostat, 1990). Mentre lo studio dell'EUROSTAT del 1997, mostrava l'esistenza di 57 milioni di persone al di sotto della soglia di povertà. Nel 2000 la popolazione a rischio di povertà nei paesi della comunità europea rappresenta il 15% di tutta la popolazione (Eurostat, 2003).

Negli Stati Uniti nel "1970, il 12% della popolazione a basso reddito, residente nelle aree metropolitane, viveva in distretti in cui più del 40% della popolazione era povera. Nel 1990 tale percentuale è salita al 17,9%...ma ciò che è ancora più grave, l'aumento ha riguardato soprattutto le minoranze etniche (Morlicchio,2004). Il dibattito sulla povertà e sulla disuguaglianza è stato spesso viziato da un'eccessiva attenzione alla sola dimensione della disuguaglianza di reddito, trascurando le altre dimensioni della privazione legate ad altre variabili come il cattivo stato di salute, la disoccupazione⁷, la mancanza di istruzione o la mancanza di un adeguato tessuto relazionale. Nell'approccio tradizionale la povertà è definita come deprivazione in termini di basso reddito, ma l'attenzione esclusiva per lo spazio dei redditi non permette di cogliere la complessità del fenomeno povertà, che si configura sempre più come dinamico, multidimensionale e differenziato, dai confini difficilmente tracciabili in modo netto (Mingione, 2000).

Impostazioni teoriche recenti, come l'approccio alle capacità di Amartya Sen (1985; 1987; 1992) o come l'approccio sociologico che esamina la

⁷ Esiste una relazione triangolare fra povertà, disoccupazione ed esclusione sociale. Nel considerare le cause economiche della povertà si pensa immediatamente al mercato del lavoro e di conseguenza alla disoccupazione. La disoccupazione non solo determina povertà ma nel tempo anche esclusione sociale. Inoltre, l'esclusione dalle attività di consumo relative sia ai beni che ai servizi determina un indebolimento dei legami sociali, e ciò a sua volta si ripercuote sul mercato del lavoro (Strobel P., 1996).

povertà come percorso (Negri 1990a; 1991; Saraceno, 1990), sebbene abbiano sollevato non indifferenti problemi metodologici, consento attraverso l'allargamento della prospettiva di analisi di interpretare e comprendere il fenomeno della povertà in modo più esaustivo.

Nell'approccio alle capacità suggerito da Sen (1983; 1985; 1992), la povertà viene intesa come mancata realizzazione da parte di un individuo di un insieme di funzionamenti (*functionings*), cioè di un insieme di *stati d'essere* che esprimono ciò che una persona riesce a fare e ad essere. Sen si riferisce a quelli che possono essere considerati gli elementi costitutivi della vita stessa, come l'essere adeguatamente nutriti, godere di un buon stato di salute, di condizioni igienico-abitative adeguate, avere una vita relazionale soddisfacente e partecipare attivamente alla vita sociale. Per gli individui la possibilità di assolvere a queste funzioni essenziali dipende certamente dalle risorse e dalle dotazioni iniziali di cui dispone, ma anche, e in modo non secondario, dalle capacità personali di convertire in modo efficace, attraverso specifiche funzioni di utilizzazione, i beni e le risorse in funzionamenti. L'estensione dell'insieme delle capacità dipende, quindi, da una molteplicità di fattori sia interni, come il sesso, l'età, le condizioni di salute, il talento etc, che esterni come le caratteristiche del contesto socio-economico, la presenza e l'accesso a forme di sostegno pubblico. propone l'idea che la valutazione dello standard di vita dovrebbe tenere in conto delle capacità di funzionare di una persona.

Per Sen, l'approccio alle capacità offre una base per "decidere...la disputa assoluto/relativo nella concettualizzazione della povertà⁸. A rischio di semplificare eccessivamente le cose, vorrei osservare che la povertà è una nozione assoluta nello spazio delle capacità ma molto spesso assume forme relative nello spazio dei beni o delle caratteristiche". (1983, 161). La povertà va considerata come incapacitazione fondamentale e non come pura e semplice scarsità di reddito, che è il criterio con il quale è comunemente identificata, in quanto la deprivazione umana ha anche altre

⁸ Il dibattito fra povertà assoluta e relativa risale agli inizi del XX° secolo. Per maggiori approfondimenti sull'argomento si veda Townsend, 1974; 1979.

dimensioni oltre alla carenza di reddito come la carenza di salute, di alimentazione e di istruzione.

Un'analisi della povertà basata esclusivamente sul reddito non può portare altro che ad una storia raccontata a metà. Nell'architettura della sua concettualizzazione Sen, nonostante distingua la nozione di povertà come mancanza di capacitazioni adeguate da quella povertà come scarsità di reddito, avverte che le due nozioni non possono non essere correlate in quanto il reddito rappresenta comunque un importante fattore di capacitazione. È nello studio della direzione di questa correlazione che vuole richiamare l'attenzione in quanto una maggiore capacitazione nel dirigere la propria vita conduce ad una capacità di accrescere risorse economiche. “Non è solo che, per esempio, un'istruzione di base e un'assistenza sanitaria più adeguata migliorano in modo diretto la qualità della vita; esse accrescono anche la capacità di una persona di guadagnare e di liberarsi dalla penuria di reddito. Più questi due servizi sociali sono diffusi ed efficienti, maggiore diventa – anche per i potenzialmente poveri – la possibilità di vincere la penuria” (Sen, 2001, p. 95).

C'è peraltro, un ulteriore aspetto della questione povertà, che non può essere trascurato, ed è quello della relazione tra povertà ed esclusione sociale. Sebbene nella letteratura sociologica non ci sia una definizione univoca sul concetto di esclusione sociale, un elemento sul quale tutti concordano è che essa va oltre la mancanza di risorse economiche.

Il perdurare di una situazione di povertà, anche nel caso in cui si ricevano sussidi e assistenza, può portare ad una forma di emarginazione sociale che innesca derive difficilmente recuperabili venendo ad assumere il significato di circoli viziosi di esclusione sociale (Castel, 1996; Wilson, 1993) che con il tempo tendono ad aggravarsi e a trasmettersi in termini intergenerazionali (Mingione, 2000).

A causa dei suoi impatti diretti e indiretti la salute è uno dei più importanti determinanti dell'incidenza della povertà così come della sua persistenza nel tempo. Nella letteratura questo fenomeno viene anche chiamato “la trappola della povertà”, o anche, “la trappola dello sviluppo umano”, in

quanto è associata con l'impossibilità per i più poveri di accumulare capitale umano tale da permettergli il progressivo allargamento delle possibilità di scelta e di miglioramento. Nella letteratura più recente c'è un forte interesse per il ruolo giocato dalla salute nel più ampio processo di crescita economica e nelle strategie di riduzione della povertà.

In questa prospettiva, condivisa tra l'altro dalla Banca Mondiale e dalla Organizzazione Mondiale della Sanità la scarsa salute viene considerata un importante fattore di rischio di povertà la quale a sua volta impedisce la crescita economica e lo sviluppo. L'evidenza macroeconomica conferma che i paesi in cui sono presenti elevati tassi di povertà, bassa aspettativa di vita e bassi livelli di istruzione, hanno più difficoltà nel conseguire una crescita prolungata rispetto ai paesi con migliori condizioni di salute ed istruzione. L'esperienza di alcune economie asiatiche, come ad esempio il Giappone, la Corea del Sud, Hong Kong, Singapore, la Cina, sono riuscite ad estendere le occasioni di crescita economica grazie all'implementazione del capitale sociale attraverso le politiche di alfabetizzazione, all'introduzione di un sistema sanitario e alle riforme agrarie.

Dal punto di vista macroeconomico sembra che esista una tensione inevitabile tra la scelta di ridurre la povertà e quella di assicurare adeguati tassi di crescita, in quanto le politiche contro la povertà richiedono una spesa pubblica aggiuntiva spesso incompatibili con i vincoli imposti dai programmi di sviluppo come ad esempio nella comunità europea con il protocollo di Maastricht.

Non è possibile, scrive Atkinson, "considerare la politica contro la povertà indipendentemente dalle altre scelte politiche. La possibilità di finanziare il mantenimento di un certo reddito dipende dalle scelte nell'ambito delle politiche macroeconomiche, dal livello della spesa pubblica e dai tassi di inflazione. L'uso di trasferimenti di denaro o di altri strumenti della politica antipovertà, come l'educazione, la formazione, la tutela della salute, hanno a loro volta delle implicazioni sulla politica economica. Politica sociale e politica economica sono fra loro interdipendenti. Ciò può

sembrare ovvio, tuttavia rimane il fatto che la politica sociale viene spesso rinchiusa in un compartimento a se stante” (2000, 207), a cui spetta il compito di risolvere o spesso di tamponare i problemi distributivi prodotti dalle politiche economiche.

1.5 I canali di influenza della malattia sullo sviluppo economico

Sono molteplici le ragioni dell'incremento del peso della malattia sulla povertà e di conseguenza sul processo di sviluppo economico visto sia dal punto di vista del singolo individuo che da quello dell'intera popolazione. La povertà è un fenomeno multidimensionale di cui la dimensione del reddito è solo una faccia. A condizioni di deprivazione materiale sono associate quelle di deprivazione di salute, di deprivazione relazionale che si intersecano generando un effetto a spirale che non solo colpisce gli individui ma si trasmette tra le generazioni. È ben noto come le fasce della popolazione povera sia nei paesi in via di sviluppo che in quelli ad economia avanzata godano di un peggiore stato di salute e di una minore aspettativa di vita. Quando alla deprivazione materiale si associa quella di salute la capacità degli individui di poter accrescere il proprio standard di vita viene inevitabilmente minato alla radice. Bisogna anche aggiungere come il cattivo stato di salute può far precipitare in uno stato di povertà anche chi precedentemente povero non lo era. Le fasce della popolazione povera sono più suscettibili alla malattia in quanto spesso vivono e lavorano in un contesto ambientale malsano, hanno un'assistenza medica inadeguata e conducono uno stile di vita insalubre. Sono molto meno disposti a rivolgersi all'assistenza medica anche quando ne hanno un urgente bisogno e questo è dovuto generalmente alla grande distanza dai presidi sanitari, alla mancanza di risorse finanziarie per coprire le spese mediche, nonché alla mancanza di conoscenza del miglior modo di affrontare un episodio di malattia. Terzo, e non meno importante, la mancanza di risorse economiche per le spese di un'assistenza sanitaria

adeguata li può indurre in una spirale di povertà estrema dalla quale diventa difficile uscire.

Un esempio che possiamo portare in merito è quello di una famiglia che ha scarse risorse economiche e che si trova nella necessità di far fronte ad un episodio di malattia di uno o più dei suoi componenti, ed è quindi costretta ad indebitarsi o a vendere i propri beni produttivi come ad esempio la terra. La malattia di un componente della famiglia, inoltre, può avere delle importanti conseguenze avverse sugli altri membri, specialmente sui bambini. La malattia o la morte di un familiare può indurre il bambino all'abbandono prematuro della scuola per poter aiutare economicamente la famiglia.

Dunque i canali attraverso cui il cattivo stato di salute impedisce il benessere economico delle fasce più povere della popolazione sono essenzialmente tre. Un primo canale è il più diretto: le malattie e soprattutto le malattie evitabili, su cui un'adeguata politica pubblica può giocare un ruolo prioritario, riducono il numero di anni di aspettativa di vita salubre condizionando in modo rilevante la capacità di produrre reddito.

Il secondo canale è l'effetto che la malattia ha sugli investimenti in salute ed educazione dei bambini. Società con un alto tasso di mortalità infantile e mortalità di bambini al di sotto dei cinque anni hanno un alto tasso di fertilità. La numerosità dei figli a sua volta riduce l'abilità di investire in salute ed educazione per ogni bambino. Sebbene l'alto tasso di mortalità infantile e di bambini al di sotto dei cinque anni non sia la sola ragione che spiega l'alto tasso di fertilità, una riduzione del tasso di mortalità potrebbe essere un incentivo a ridurre la fertilità che combinata con una pianificazione familiare, educativa e di inclusione delle donne nel mercato del lavoro, può portare ad un decisivo allargamento delle prospettive di vita degli individui. Oltre alla fertilità è l'educazione della madre che gioca un ruolo importante nella riduzione del tasso di mortalità infantile. La disponibilità di servizi di pianificazione familiare, servizi di assistenza sanitaria materno-infantile e politiche di istruzione paritarie sono importanti misure che svolgono un ruolo determinante nel ridurre i differenziali di

mortalità infantile. Abbiamo avuto modo di dire precedentemente come precoci episodi di malattie nei primi anni di vita possono avere degli effetti deleteri sull'intero ciclo di vita (Costa, 2000). Così come le malsane condizioni di vita della madre durante il periodo di gestazione (Barker, 1994) influenzano la salute del nascituro e la sua longevità (Doblhammer e Vaupel, 2001; Doblhammer, 2002).

Dunque, il cattivo stato di salute durante l'infanzia compromette un sano sviluppo fisico e mentale che, a sua volta, avrà inevitabili conseguenze sia sulle condizioni di salute in età adulta, sia sulle opportunità economiche degli individui.

Il terzo canale, quello più conosciuto e indagato nella letteratura, concerne gli effetti depressivi che la malattia ha sulla produttività del lavoro individuale e di conseguenza sui tassi di crescita economica nazionale.

Un'altra dimensione su cui Sen (2001) ci invita a riflettere è su cosa mette in grado un individuo di tradurre e di utilizzare le risorse per generare capacità.

Sen (2001) osserva come gli handicap, le disabilità o una malattia, che riducono l'abilità di guadagnare un reddito, rendono anche più difficile la conversione del reddito che si possiede in capacità. Spesso, una elevata proporzione di poveri nei paesi avanzati soffre di questo tipo di handicap. L'incidenza della povertà in questi paesi è sostanzialmente sottostimata, in quanto trascura la coesistenza di un handicap nel guadagnare un reddito con un handicap nell'usare il reddito per generare capacità. Ad esempio, un anziano trova assai più difficile liberarsi della malattia, vivere una vita sana, acquisire mobilità, prendere parte alla vita sociale. E tali svantaggi nell'usare il reddito possono interagire enormemente con il problema della bassa abilità di guadagno, che è l'unico ad essere catturato tramite il tradizionale approccio alla povertà basato sul reddito. Anche le cause della persistenza della fame nelle società ricche non possono essere comprese appieno se confiniamo la nostra attenzione all'ammontare di reddito, ma vanno chiamate in causa tutte le dimensioni in cui si articola il

fenomeno: l'ambiente sociale, la struttura familiare e le politiche socio-economiche.

Osservazioni conclusive

Come abbiamo più volte sottolineato nel corso di questo capitolo, la salute delle persone rappresenta un prerequisito per gli obiettivi di sviluppo di ogni società. La salute insieme all'educazione e al lavoro rappresentano non solo i criteri discriminanti della capacità delle società di costruire opportunità di sviluppo e di garantire benessere, ma sono anche criteri per valutarne i costi sociali.

La povertà, la discriminazione, l'esclusione di una fetta sempre maggiore della popolazione da quel diritto di partecipazione e condivisione dei benefici che il progresso materiale ha portato devono far riflettere urgentemente chi è chiamato a disegnare gli scenari geopolitici dell'oggi e del domani. I dati sull'aumento della fame nel mondo denunciati dalla Fao dal 1996 sono tanto più drammatici oggi di quanto avrebbero potuto esserlo un secolo fa. E lo sono anche alla luce della definizione degli obiettivi di sviluppo del millennio⁹, adottati nel Summit del Millennio delle Nazioni Unite nel settembre del 2000.

Se da una lato molte voci si levano per richiamare l'attenzione sull'importanza di uno sviluppo umano misurato sulla capacità che una società da o nega ai propri membri sia di partecipare attivamente sia di beneficiare dei suoi frutti, dall'altro sembra che il sistema per garantirsi la riproducibilità si chiuda a riccio perseguendo quell'idea di sviluppo cara all'economia classica: espansione costante del sistema economico inteso come crescita i cui benefici nel tempo verranno man mano distribuiti a tutti i membri della catena in marcia.

⁹ the Millennium Development Goals, approvati da 189 paesi nel corso del Millennium Summit delle Nazioni Unite nel 2000, affida ai paesi ricchi e poveri il compito di combattere la povertà e la fame, i pregiudizi di genere, il deterioramento ambientale, e la mancanza di accesso all'istruzione, servizi sanitari, acqua potabile e salute.

La crescita economica è certamente essenziale allo sviluppo umano soprattutto nei paesi caratterizzati da bassi profili di reddito, ma specifiche misure di policy sono necessarie per tradurre il progresso economico in progresso umano. Il punto essenziale, a nostro parere, è che l'effetto della crescita economica dipende in larga misura dal modo in cui viene implementato, nonché dal modo in cui vengono usati i suoi frutti. La storia dei paesi ad economia avanzata ci insegna che la crescita economica di per sé non è sostenibile senza adeguate misure che assicurino lo sviluppo umano.

Sia nei paesi ad economia avanzata che in quelli in via di sviluppo, tanto la salute quanto in generale la qualità della vita, dipende dalla capacità delle istituzioni di implementare conoscenza e tecnologia, e nessuna delle due è una diretta conseguenza dell'incremento dei redditi e quindi, della sola crescita economica.

Il collegamento, dunque tra sviluppo economico, salute e riduzione della povertà a lungo termine è forte, molto più forte di quello che comunemente si creda. Il nome ma soprattutto il volto che tale sviluppo dovrebbe avere è quello di uno sviluppo umano.

2. Variabili socioeconomiche e salute. Teoria e ricerca a confronto

2.1 Lo sviluppo dell'ipotesi della disuguaglianza di salute: l'evidenza empirica

Questa prima parte di letteratura presa in esame si basa sull'assunto neo-materialista che le disuguaglianze di salute sono il risultato delle differenti condizioni materiali che gli individui sperimentano durante il corso della loro vita. Viene da sé, che il reddito, in quanto espressione della posizione occupata dall'individuo nella rete di relazioni sociali, viene ad essere considerato il principale determinante sociale dello stato di salute degli individui. Non stupisce il fatto, data la consolidata cultura della misurazione dell'evoluzione dei fenomeni sociali, che siano gli inglesi, i primi a dimostrare una certa sensibilità nei confronti dell'associazione fra variabili socioeconomiche e salute.

Sin dalla metà dell'ottocento si rese evidente alla comunità scientifica anglosassone che il progresso generalizzato ed il conseguente miglioramento delle condizioni economiche, non garantivano a tutti gli strati della popolazione eguali benefici sia in termini materiali che in termini di aspettativa e qualità di vita. Il forte interesse scaturito dalla constatazione che alti tassi di mortalità interessavano maggiormente i membri appartenenti ad un basso status occupazionale, nonostante l'introduzione del *National Health Service* dopo la seconda guerra mondiale, promosse un impetuoso proliferare di ricerche, ben documentato nel lavoro di Sally McIntyre (1997). È bene ricordare che quando si parla di disuguaglianza nella salute ci si riferisce alla differenza di stato di salute fra i gruppi socioeconomici, tipicamente definiti in base al reddito, l'occupazione o l'istruzione.

Nel 1978 l'*Office of Population Censuses and Survey* (OPCS), l'organo britannico che si occupa dell'elaborazione delle statistiche ufficiali, rese noti i dati sulla mortalità maschile fra i 15 e i 64 anni, suddivisa per classi lavorative nel periodo che va dal 1911 al 1981. La tabella 1 mostra l'andamento della mortalità in Inghilterra e nel Galles secondo le classi sociali del Registro Generale¹⁰, per uomini in età lavorativa (Blaxter, 1991). Risulta facile osservare come i tassi standardizzati¹¹ di mortalità diminuiscano al progredire della scala sociale. Il dato interessante, inoltre, è rappresentato dall'andamento delle differenze di mortalità nel tempo. Nel corso dei decenni, a fronte di un contenuto decremento della mortalità ponderata si può notare, a partire dal 1951, un aumento del divario nella mortalità fra le classi lavorative poste agli estremi.

È doveroso notare che, nonostante l'andamento della mortalità in valori assoluti assuma un trend decrescente nell'arco di tempo preso in esame, la causa dell'aumento dei differenziali di mortalità fra le classi sociali situate agli estremi non è dovuta ad un aumento della salute nelle classi meno agiate, ma ad un rapido decremento della mortalità nella classe più agiata

Gli Studi di Whitehall I e II sugli impiegati statali britannici (Marmot et al., 1978, 1991) misero in rilievo la stretta relazione tra livello dell'impiego, mortalità e morbilità per patologie coronariche. Il campione preso in esame dai due studi di Whitehall consisteva in un gruppo di individui stabilmente impiegati in attività di ufficio, non soggetti a rischi industriali, disoccupazione, estremi di povertà o alto reddito.

Nonostante il campione fosse relativamente omogeneo, Marmot et al., osservano la presenza di un gradiente di mortalità e morbilità: ogni gruppo suddiviso in base al livello dell'impiego, ha una mortalità e morbilità più alta di quello che sta gerarchicamente più in alto.

¹⁰ Questa è la classificazione impiegata come standard nelle statistiche britanniche, ed è basata sulla classificazione degli impieghi secondo il livello e il grado di responsabilità.

¹¹ Il tasso standardizzato di mortalità indica il rapporto fra la mortalità osservata in una determinata classe sociale e la mortalità media attesa moltiplicata per 100, pesati per le classi di età

Tabella 1. Mortalità per gli uomini di età compresa fra i 15 e i 64 anni secondo la categoria professionale in Inghilterra e nel Galles, 1911-1981 (tassi standardizzati)

Anni	Categoria professionale				
	Dirigenti e professionisti	Quadri intermedi	Lavoratori Qualificati (manuali e non)	Lavoratori Semi-qualificati	Lavoratori Non qualificati
	I	II	III	IV	V
1911	88	94	96	93	142
1921	82	94	95	101	125
1931	90	94	97	102	111
1951	86	92	101	104	118
1961	76 (75)*	81	100	103	143(127)*
1971	77 (75)*	81	104	114	137(121)*
1981**	66	76	103	116	166

Fonte: OPCS, 1978

* i dati in parentesi si riferiscono alla classificazione per classi lavorative del 1951

** uomini compresi tra i 20-64 anni, in Gran Bretagna

Un'altra importante osservazione dello studio di Whitehall è che i differenziali sociali di mortalità sono validi per la maggior parte delle cause di morte (Marmot et al., 1984) e non solo per le patologie coronariche.

Nel 1980, gli autori di un ormai noto documento ufficiale, il Black Report, utilizzavano queste statistiche per denunciare le iniquità della distribuzione di salute nel Regno Unito. Secondo il Black Report "i poveri hanno una speranza di vita inferiore rispetto ai ricchi, sono maggiormente soggetti al rischio di imbattersi nelle più diffuse patologie mortali, e hanno maggiori probabilità di ammalarsi di patologie croniche" (Black et. Al., 1980). Anche i risultati del Black Report confermano i trend rilevati dalla ricerche precedenti e, che stridono ancora di più se si considera che la copertura sanitaria pubblica era stata estesa a tutta la popolazione ed i livelli di reddito assoluto erano cresciuti nell'arco di tempo considerato. Inoltre, nel

decennio successivo, altri studiosi denunciavano l'inasprirsi di tale tendenza (Davey Smith et al., 1990).

È interessante esaminare la tabella 2 basata sui dati *OPCS (Office of Population Censuses and Survey)*, aggiornati al 1988 (Blane, 1991). Gli indici di mortalità riportati, relativi al triennio 1986-1988, sono tre:

- i) il numero dei nati morti su 1000 gravidanze portate a termine (mortalità perinatale);
- ii) il numero di bambini morti entro il primo anno di vita (mortalità infantile);
- iii) i tassi di mortalità standardizzati per lavoratori e lavoratrici di età compresa tra i 20 e i 64 anni.

Anche in questo caso è evidente la correlazione fra mortalità e classe sociale di appartenenza. I figli di professionisti hanno circa il doppio delle probabilità di sopravvivere al primo anno di vita rispetto ai figli dei lavoratori manuali non qualificati. Lo stesso rapporto si registra per quanto riguarda la mortalità perinatale. La suddivisione del campione per sesso mostra, inoltre, che i maschi hanno maggiori probabilità di perire rispetto alle femmine. Per quanto concerne la popolazione adulta, le donne appartenenti alle categorie professionali I e II mostrano tassi di mortalità lievemente superiori rispetto ai loro coetanei maschi, mentre il divario della mortalità per classi estreme assume dimensioni più ridotte.

I dati aggiornati al 1996, sebbene basati su una diversa fonte rappresentativa della popolazione inglese, mostrano un rapporto di 2,6, fra le due categorie professionali situate agli estremi indicando una tendenza all'aumento del divario della mortalità per classe sociale (Yamey, 1999).

Tabella 2. Categoria professionale, sesso e tassi specifici di mortalità in Inghilterra e nel Galles, 1986-88

Categoria professionale	Codice	N° nati morti (*)	Tasso di mortalità infantile	Tasso standardizzato di mortalità (età: 20-64)
<i>Maschi</i>				
Professionisti (I)	I	5	9	66
Quadri (II)	II	6	10	74
Non manuali qualificati (III N)	III N	6	10	93
	III M	7	12	103
Manuali qualificati	IV	9	15	114
Manuali semi-qualificati	V	9	18	159
Manuali non qualificati				
<i>Femmine</i>				
Professionisti (I)	I	4	7	68
Quadri (II)	II	5	8	76
Non manuali qualificati (III N)	III N	6	8	86
	III M	7	9	97
Manuali qualificati	IV	8	12	108
Manuali semi-qualificati	V	8	13	130
Manuali non qualificati				

Fonte: Blane, 1991, su statistiche OPCS

(*) su 1000 gravidanze portate a termine oltre la ventottesima settimana

Le stesse tendenze sono messe in evidenza nel rapporto sulle disuguaglianze nella salute promosso dal Dipartimento della Salute Pubblica inglese nel 1998, nel quale viene analizzato l'andamento della mortalità nel trentennio precedente, per tutte le cause e per una serie di

cause specifiche, correlato con sei differenti gruppi di popolazione selezionati per classe lavorativa (The Stationary Office London, 1998)¹².

L'analisi dell'andamento della mortalità per tutte le cause tra la popolazione maschile compresa tra i 20-64 anni, rilevata negli anni 1970-72, 1979-83, 1991-93 rivela che:

a) i livelli di mortalità delle sei classi sociali registrano un ordine inversamente proporzionale alle classi sociali;

b) nette differenze si evidenziano tra i professionisti e i tecnici manager, che registrano livelli di mortalità più bassi, gli specializzati e semi-specializzati, che occupano una posizione mediana, e i non specializzati che presentano livelli di mortalità più alti;

c) nell'arco di tempo considerato i livelli di mortalità in valore assoluto sono diminuiti in tutte le classi sociali, ma il divario tra le stesse si è considerevolmente allargato. In merito a quest'ultimo dato il rapporto mette in evidenza che nel trentennio considerato i tassi di mortalità sono diminuiti del 40% nella **I** e **II** classe, del 30% nella **IIIN**, **IIIM** **IV** classe, e solo del 10% nella classe **V**. Queste crescenti differenze nello stato di salute tra i vari gruppi sociali si riscontrano anche nelle cause di morte specifiche per malattie coronariche per uomini e donne: ictus per gli uomini, tumori al polmone per uomini e donne, suicidi per gli uomini. Tali differenze nei tassi di mortalità riflettono il gradiente sociale nella speranza di vita alla nascita tra classi agiate e classi povere nella misura di cinque anni tra gli uomini (75 anni rispetto a 70 anni) e, di tre anni tra le donne (80 anni rispetto a 77 anni).

Differenze di mortalità dovute a cause socioeconomiche vengono registrate dagli studi finlandesi di Valkonen e dai suoi collaboratori (Valkonen et al., 1992), dai quali emerge inoltre, che le differenze di mortalità fra i gruppi sociali sono aumentate per entrambe i sessi negli anni ottanta, mentre erano rimaste costanti negli anni settanta. Gli unici

¹² la classificazione delle classi lavorative comprende: **I. Professionisti** (avvocati, medici, commercialisti ecc.); **II. Tecnici e Manager** (dirigenti, insegnanti, giornalisti, infermieri ecc.); **IIIN. Specializzati non manuali** (impiegati, cassieri, commessi ecc.); **IIIM. Specializzati Manuali** (falegnami, carpentieri, autisti, cuochi ecc.); **IV Semispecializzati** (guardiani, operai, contadini ecc.); **V Non Specializzati** (manovali, addetti alle pulizie ecc.).

dati che non indicano un aumento delle differenze socioeconomiche di mortalità provengono dalla Norvegia, dove nel periodo che va dal 1971 al 1985 sono rimaste relativamente invariate (Kristofersen, 1991).

In Italia i primi dati disponibili sulla distribuzione dei morti per età, sesso, causa di morte e posizione professionale ricavabili dalle schede di decesso, si hanno solo nel 1956 (ISTAT, 1956). Nella tabella 3 viene descritta la mortalità nel 1956 per alcune cause di morte selezionate e per posizione nella professione tra gli uomini. Tra gli uomini si osserva un indice di mortalità più alto tra i lavoratori manuali per tutte le cause di morte, ad eccezione del diabete e del tumore al polmone. Indici particolarmente accentuati si osservano per i tumori allo stomaco, per la tubercolosi, per le malattie respiratorie e per le morti accidentali. Anche i dati italiani sembrano confermare l'esistenza di un gradiente sociale nella mortalità che come notato da Stevenson (1927) prima e da Marmot in seguito, interessa gran parte delle cause di morte.

Il gradiente invertito per il tumore al polmone potrebbe essere l'espressione della maggiore penetrazione nelle classi agiate dell'abitudine al fumo verificatasi all'inizio del XX secolo. Gli studi successivi sulle dimensioni delle differenze sociali nella mortalità risalgono agli anni ottanta (ISTAT, 1990) e consentono di documentare solo le differenze sociali nella mortalità generale della popolazione tra i 18 e i 74 anni.

La tabella 4 descrive la mortalità generale in Italia ripartita territorialmente, nei mesi successivi al censimento del 1981 secondo il livello di istruzione, la proprietà della casa e la posizione professionale per entrambe i sessi. Dalle tabelle emerge che la mortalità generale cresce con l'abbassarsi del livello di istruzione per entrambi i sessi, con differenze più marcate nella prima fascia di età presa in considerazione e nella ripartizione del Nord-Centro.

Tabella 3. Mortalità (SMR*) per alcune cause di morte selezionate in Italia nel 1956 nella popolazione maschile attiva secondo la posizione nella professione

<i>Causa di morte</i>	<i>Posizione nella professione</i>		
	Autonomi	Dipendenti non manuali	Dipendenti manuali
Tutte le cause	129	101	141
Tubercolosi	83	93	137
Tumori maligni	113	114	134
Tumori stomaco	126	71	161
Tumori al polmone	84	148	111
Diabete	120	202	93
Cardiocircolatorie	88	78	104
Respiratorie	134	81	157
Apparato digerente	121	97	128
Accidentali	104	77	181
Violente	170	133	144

Fonte: Costa e Faggiano, 1994, su statistiche ISTAT

**rapporto tra le morti osservate e le morti attese moltiplicato per 100*

Tabella 4 a. Mortalità (SMR*) per tutte le cause di morte in Italia nel 1981-1982, per sesso, fasce di età, ripartizione territoriale e indicatori sociali

	Donne					
	18-54			55-74		
	NC	S	ITA	NC	S	ITA
<i>Istruzione</i>						
Laurea	91	59	83	74	49	69
Superiore	83	76	82	83	64	79
Media	95	70	93	96	79	93
Elementare	105	93	102	101	93	100
Alf/analfabeti	171	147	144	103	108	104
<i>Abitazione</i>						
Proprietà	96	98	96	95	98	96
Affitto	107	105	108	109	107	109
<i>Posizione professionale</i>						
Imprend./profess.			73			60
Dirigenti			107			67
Impiegati			73			40
Lav. in proprio			63			56
Operai			56			46
Inattivi			123			103
<i>Settore economico</i>						
Agricoltura			79			81
Industria			97			76
Terziario			107			108

Fonte: Costa e Faggiano, 1994 su dati Istat sulla mortalità differenziale nel 1981-1982. Istat, 1990

* Mortalità in tutta la popolazione = 100

NC = Nord-Centro; S = Sud e Isole; ITA = Totale Italia

Tabella 4 b. Mortalità (SMR*) per tutte le cause di morte in Italia nel 1981-1982, per sesso, fasce di età, ripartizione territoriale e indicatori sociali

	Uomini					
	18-54			55-74		
	NC	S	ITA	NC	S	ITA
<i>Istruzione</i>						
Laurea	51	79	58	75	103	82
Superiore	71	74	73	85	102	90
Media	87	96	90	99	111	103
Elementare	117	104	114	103	99	104
Alf/analfabeti	201	149	155	104	59	97
<i>Abitazione</i>						
Proprietà	93	96	94	93	94	92
Affitto	112	113	113	118	123	121
<i>Posizione professionale</i>						
Imprend./profess.			75			75
Dirigenti			64			61
Impiegati			69			63
Lav. in proprio			73			57
Operai			80			53
Inattivi			359			118
<i>Settore economico</i>						
Agricoltura			91			77
Industria			101			104
Terziario			103			112

Fonte: Costa e Faggiano, 1994, su dati Istat sulla mortalità differenziale nel 1981-1982.

Istat, 1990

* Mortalità in tutta la popolazione = 100

NC = Nord-Centro; S = Sud e Isole; ITA = Totale Italia

Per gli adulti-anziani del Sud e Isole l'andamento del rischio è invertito. Le differenze hanno un'a maggiore regolarità, invece, nella mortalità correlata al titolo di abitazione dove i soggetti che godono della proprietà della casa presentano un tasso di mortalità minore per entrambe i sessi distribuito uniformemente nel territorio nazionale e nelle classi di età. Un incremento notevole di mortalità si presenta tra gli uomini giovani-adulti inattivi, mentre per le donne inattive il profilo di rischio è più favorevole in quanto include anche le casalinghe. In sintesi, dall'indagine dell'ISTAT emerge che la mortalità in Italia negli anni ottanta presenta differenze sociali molto pronunciate, soprattutto tra gli uomini compresi nella fascia di età tra i 18 e i 54 anni e nelle regioni del centro e del nord del paese. Per l'ordine di grandezza della differenza l'Italia si colloca insieme alla Francia, nella fascia con maggiori disuguaglianze nella mortalità (Kunst et al., 1992). Sebbene molti dei lavori migliori sul gradiente sociale di salute siano di matrice inglese, come gli Studi di Whitehall svolti da Marmot e dai suoi collaboratori, differenze socioeconomiche nella salute sono state rilevate anche negli Stati Uniti. Kitagawa e Hauser nel 1973, pubblicarono uno studio basato su un campione di 340000 individui suddivisi per sesso, età e razza, morti negli Stati Uniti nel periodo maggio-agosto dell'anno 1960¹³. I risultati della ricerca mostrano una significativa relazione inversa fra anni di studio e mortalità per tutti gli individui compresi nella fascia di età 25-64 anni. I due ricercatori, in alcuni casi individuano una differenza del 65% nei tassi di mortalità fra gli individui appartenenti a categorie situate agli estremi. Risultati simili si sono ottenuti sullo stesso campione inserendo nella regressione la variabile reddito: si è evidenziata una relazione inversa altamente significativa tra la variabile reddito e il tasso di mortalità più accentuata per gli individui di sesso maschile. Per verificare i risultati ottenuti, Kitagawa e Hauser, condussero un'ulteriore analisi su una diversa fonte di dati: il Chicago Area Study¹⁴. Dall'analisi emerse che,

¹³ Ci si riferisce alla banca dati Matched Record Study

¹⁴ si tratta di una banca dati sulla popolazione residente a Chicago fra il 1930 e il 1970, suddivisa in base ai valori mediani dei canoni di affitto in cinque diverse categorie socioeconomiche.

nonostante nel quarantennio si fosse assistito ad un calo della mortalità media in tutta la popolazione, per ognuno dei quattro decenni era possibile stabilire una differenza di circa il 60% tra i tassi di mortalità, pesati per sesso ed età, della popolazione appartenente alla classe economica più agiata e la mortalità della classe economica indigente. Tale divario, a differenza di quanto riscontrato per la popolazione inglese da Davey Smith et al. (1990), non sembra subire incrementi nel tempo. Rogot e i suoi collaboratori (1992), utilizzando i dati dello Studio Longitudinale sulla Mortalità nell'arco di tempo che intercorre tra la fine degli anni settanta e la metà degli anni ottanta, calcolano l'aspettativa in anni di vita della popolazione suddivisa in sette gruppi in base al reddito. I risultati della ricerca mostrano che l'aspettativa di vita si incrementa proporzionalmente al reddito. Gli studi di Crimmings e Saito (2001) sullo stato di salute (espresso in speranza di vita all'età di trenta anni) di diversi gruppi di popolazione statunitense- bianchi e afro-americani con differenti livelli di scolarizzazione- tra il 1970 ed il 1990, registrano crescenti disuguaglianze sia tra i gruppi che all'interno di essi.

La panoramica sui dati delle indagini passate in rassegna suscita una serie di considerazioni al riguardo. In primo luogo, se lo stato di salute individuale fosse dipeso esclusivamente dal reddito assoluto, si sarebbe dovuto assistere nell'arco di tempo considerato, dato l'incremento del reddito stesso, ad una diminuzione dei tassi di mortalità ugualmente distribuiti tra le categorie sociali. Il fatto che non si sia verificato lascia supporre che esistono altri fattori, oltre al reddito e all'accesso alle cure sanitarie, che influiscono negativamente sulla salute delle classi sociali meno agiate (Evans, 2002).

Al riguardo gli studi di Kitagawa e Hauser, mettono in rilievo il ruolo giocato dal livello di istruzione e dalle relazioni di interdipendenza con la variabile reddito nel determinare il gradiente sociale di salute. Gli Studi di Whitehall, confermando l'esistenza di un gradiente sociale di salute che si estende attraverso l'intera società, aprono un fronte nuovo nel tentativo di spiegazione delle disuguaglianze di salute. La constatazione che il

peggiore stato di salute non interessa solo coloro che sperimentano condizioni di povertà e forte deprivazione, contribuisce al nascere di un nuovo filone interpretativo che si interessa al ruolo giocato da altre variabili, oltre al reddito e l'istruzione, nel determinare lo stato di salute: i fattori psicosociali e la disuguaglianza di reddito.

2.2 Indagini su correlazioni specifiche

Gli studi sinora citati segnano l'inizio dell'interesse scientifico sul tema, a cui si susseguono negli anni successivi una serie di ricerche empiriche che restringono il focus su specifiche patologie, su cause determinate e su particolari modalità di misurazione delle principali variabili. Ciò che accomuna la maggior parte dei lavori è l'obiettivo di controllare una serie di variabili correlate in varia misura alla classe sociale di appartenenza e, che si ritiene esercitino una determinante influenza sulla salute individuale, come il tabagismo, l'alimentazione inadeguata, l'uso di sostanze alcoliche, l'assenza di esercizio fisico. L'interesse degli studi si concentra su quelli che vengono definiti "comportamenti a rischio", più diffusi nelle classi socioeconomiche disagiate e, che potrebbero inquinare la validità della correlazione reddito-salute. Negli Stati Uniti, per esempio, nel 1995, il 40% degli uomini che non possedevano la licenza media superiore fumava, mentre la percentuale si abbassava al 14% fra coloro che avevano finito le superiori (Smith, 1999).

Feldman et al. (1989), intraprendono uno studio sulla distribuzione delle patologie per classe sociale attraverso l'analisi dei dati sulla mortalità per malattie coronariche relative alla popolazione statunitense d'età compresa fra i 45 e i 64 anni nel periodo tra il 1971 e il 1984. Nel modello di analisi vengono controllate una serie di variabili esplicative, quali il peso, il tasso di colesterolo, la pressione arteriosa e il tabagismo, mentre la variabile utilizzata come regressore è il titolo di studio. I risultati dimostrano che il rischio di mortalità per malattie coronariche è circa il doppio per gli individui appartenenti alla categoria caratterizzata da minore livello di scolarizzazione rispetto agli individui compresi nella categoria situata

nell'estremo opposto. A risultati simili giunge uno studio condotto sulla popolazione femminile finlandese compresa fra i 30 e i 65 anni (Wamala et al., 2001).

Tale studio mette in evidenza che tenuti sotto controllo i fattori di rischio tradizionali, l'esperienza ripetuta di condizioni socioeconomiche svantaggiate incrementa il rischio di sviluppare patologie coronariche¹⁵. In uno studio condotto in Gran Bretagna (Chaturvedi et al., 1998) su pazienti diabetici è emerso che vi è una prevalenza di malattie cardiovascolari superiore del 14% fra i pazienti appartenenti alla classe socioeconomica più disagiata, rispetto a quelli situati all'apice della scala sociale¹⁶.

Anche in Italia, dagli anni settanta, si avviano una serie di ricerche sulle differenze sociali nella mortalità per cause specifiche. Un esempio è rappresentato dallo Studio Longitudinale Torinese (Costa et al., 1988), che si propone di misurare le differenze sociali nella mortalità per patologie dagli anni settanta agli anni ottanta tra i residenti torinesi, correlate con il titolo di studio, il sesso e il titolo di godimento dell'abitazione. Le tabelle 5-8 descrivono le differenze nella mortalità per grandi gruppi di cause di morte secondo il titolo di studio e sesso nella popolazione tra i 18 e i 64 anni. Dall'esame delle tabelle riportate emerge che le differenze osservate sulla mortalità generale a Torino sembrano aumentare nell'arco di tempo considerato, sia considerando il titolo di studio che il godimento del titolo di abitazione. Inoltre le differenze nella mortalità osservate a Torino sono comparabili per dimensione a quelle osservate a livello nazionale per la stessa fascia di età, e citate nel paragrafo precedente. Le differenze a sfavore dei gruppi sociali più svantaggiati si riflettono per quasi tutte le cause di morte considerate. Quelle che presentano differenze più significative e costanti nei due decenni presi in esame tra gli uomini sono le malattie infettive, le malattie dell'apparato respiratorio e digerente. Per le donne le differenze rilevanti si registrano nell'incidenza di malattie

¹⁵ Il rischio sembra aumentare nel caso in cui la persona sperimenti tali condizioni in età avanzata.

¹⁶ Tale relazione risulta valida anche dopo aver controllato le variabili tabagismo e pressione arteriosa.

dell'apparato digerente, respiratorio, circolatorio e metabolico, mentre per i tumori si registrano differenze sociali a sfavore delle donne con un più alto titolo di studio. Costa e i suoi colleghi valutano anche l'indipendenza e il peso di altri indicatori sociali disponibili nel determinare le differenze nella mortalità a Torino. La tabella 9 registra, ad esempio, differenze rilevanti secondo la posizione e la condizione professionale: a conferma dei dati emersi nello studio del decennio precedente (1971-81) si registra una quota significativa di decessi tra i disoccupati per tutte le cause di morte.

Tabella 5. Mortalità negli uomini tra i 18-64 anni, per gruppi di cause di morte e per titolo di studio a Torino nel periodo 1971-1981

Cause di morte	Laurea/ Maturità			Licenza Media		
	OSS	SMR	95% I.C.	OSS	SMR	95% I.C.
Tutte le cause	2651	81	78-84	4151	98	95-101
Infettive	7	28	nov-58	24	75	48-112
Tumori	802	77	72-82	1385	102	97-108
Endoc/Nutr/Metab/Immunitario	52	113	84-148	63	106	81-135
Sangue e Org. Ematopoietici	4	77	21-196	9	137	63-260
Psichiche	5	73	24-171	8	91	39-179
SNC e organi di senso	31	90	61-127	43	97	70-130
Sistema circolatorio	1039	90	84-95	1535	102	97-107
App. respiratorio	90	63	51-78	177	96	82-111
App. digerente	181	52	45-61	369	83	75-92
App. genitourinario	33	128	88-180	30	88	60-126
Cause accidentali e violente	262	91	81-103	339	91	81-101
Altre cause	145	104	88-123	169	95	81-110

Fonte: Costa e Faggiano, 1994

Tabella 5. segue Mortalità negli uomini tra i 18-64 anni, per gruppi di cause di morte e per titolo di studio a Torino nel periodo 1971-1981

Cause di morte	Licenza elementare			Alf. / Analfabeti		
	OSS	SMR	95% I.C.	OSS	SMR	95% I.C.
Tutte le cause	10483	104	102-106	3944	107	104-110
Infettive	82	111	88-137	42	175	126-236
Tumori	3455	105	102-109	1242	103	97-109
Endoc/Nutr/Metab/Immunitario	148	100	85-118	48	83	61-110
Sangue e Org. Ematopoietici	13	87	46-149	6	115	42-249
Psichiche	19	110	66-172	5	121	39-283
SNC e organi di senso	98	100	81-122	38	116	82-159
Sistema circolatorio	3823	103	100-106	1425	99	94-104
App. respiratorio	466	101	92-110	249	130	114-147
App. digerente	1189	111	105-118	496	133	121-145
App. genitourinario	85	104	83-128	26	81	53-119
Cause accidentali e violente	723	104	97-112	224	116	102-133
Altre cause	382	97	88-108	143	110	93-129

Fonte: Costa e Faggiano, 1994

Tabella 6. Mortalità negli uomini tra i 18-64 anni, per gruppi di cause di morte e per titolo di studio a Torino nel periodo 1981-1989

Cause di morte	Laurea/Maturità			Licenza Media		
	OSS	SMR	95% I.C.	OSS	SMR	95% I.C.
Tutte le cause	2429	81	78-84	3620	98	95-101
Infettive	4	82	22-210	5	75	24-174
Tumori	916	81	75-86	1441	101	96-107
Endoc/Nutr/Metab/Immunitario	24	70	45-105	40	95	68-129
Sangue e Org. Ematopoietici	10	88	42-162	12	89	46-155
Psichiche	5	64	21-148	8	84	36-165
SNC e organi di senso	34	86	60-121	43	92	66-124
Sistema circolatorio	774	85	79-91	1133	100	94-106
App. respiratorio	71	69	54-87	101	79	64-96
App. digerente	133	56	47-66	260	89	78-100
App. genitourinario	17	91	53-145	14	61	33-102
Cause accidentali e violente	259	84	74-95	346	98	88-108
Altre cause	182	97	84-112	217	96	84-110

Fonte: Costa e Faggiano, 1994

Tabella 6 segue. Mortalità negli uomini tra i 18-64 anni, per gruppi di cause di morte e per titolo di studio a Torino nel periodo 1981-1989

Cause di morte	Licenza elementare			Alf. / Analfabeti		
	OSS	SMR	95% I.C.	OSS	SMR	95% I.C.
Tutte le cause	6864	107	104-109	1250	119	113-126
Infettive	14	125	68-210	2	109	12-392
Tumori	2811	107	103-111	448	104	94-114
Endoc/Nutr/Metab/Immunitario	76	120	94-150	13	126	67-216
Sangue e Org. Ematopoietici	19	100	60-155	6	195	71-425
Psichiche	17	116	68-186	4	178	48-455
SNC e organi di senso	82	110	87-136	13	110	58-187
Sistema circolatorio	2195	104	100-109	404	116	105-128
App. respiratorio	283	112	100-126	72	169	132-213
App. digerente	600	115	106-125	140	166	140-196
App. genitourinario	51	122	91-160	8	116	50-229
Cause accidentali e violente	403	109	99-120	76	141	111-177
Altre cause	313	97	87-108	64	126	97-161

Fonte: Costa e Faggiano, 1994

Tabella 7. Mortalità nelle donne tra i 18-64 anni, per gruppi di cause di morte e per titolo di studio a Torino nel periodo 1971-1981

Cause di morte	Laurea/Maturità			Licenza Media		
	OSS	SMR	95% I.C.	OSS	SMR	95% I.C.
Tutte le cause	795	85	79-91	2318	99	95-103
Infettive	0	0	0-96	9	96	44-182
Tumori	399	102	93-113	1035	108	101-115
Endoc/Nutr/Metab/Immunitario	10	43	21-80	41	65	46-88
Sangue e Org. Ematopoietici	2	110	12-397	7	156	62-321
Psichiche	2	149	17-539	3	96	19-282
SNC e organi di senso	11	81	40-145	42	131	95-178
Sistema circolatorio	175	67	57-78	626	90	83-97
App. respiratorio	15	55	31-90	81	112	89-140
App. digerente	36	48	33-66	148	80	67-94
App. genitourinario	4	1	0-2	37	130	92-179
Cause accidentali e violente	94	116	94-142	187	108	93-125
Altre cause	47	100	73-133	102	97	79-117

Fonte: Costa e Faggiano, 1994

Tabella 7 segue. Mortalità nelle donne tra i 18-64 anni, per gruppi di cause di morte e per titolo di studio a Torino nel periodo 1971-1981

Cause di morte	Licenza elementare			Alf. / Analfabeti		
	OSS	SMR	95% I.C.	OSS	SMR	95% I.C.
Tutte le cause	5764	99	96-101	3575	107	103-110
Infettive	26	108	71-159	15	117	65-193
Tumori	2400	100	96-104	1253	94	89-99
Endoc/Nutr/Metab/Immunitario	180	108	93-125	130	120	100-143
Sangue e Org. Ematopoietici	10	88	42-161	5	80	26-186
Psichiche	7	92	37-190	4	101	27-259
SNC e organi di senso	75	98	77-123	35	83	58-116
Sistema circolatorio	1811	100	96-105	1293	114	108-120
App. respiratorio	173	93	80-108	132	114	95-135
App. digerente	456	98	89-108	347	133	119-148
App. genitourinario	58	85	64-109	49	2	02-mar
Cause accidentali e violente	334	91	81-101	181	104	89-120
Altre cause	234	98	86-112	131	106	89-126

Fonte: Costa e Faggiano, 1994

Tabella 8. Mortalità nelle donne tra i 18-64 anni, per gruppi di cause di morte e per titolo di studio a Torino nel periodo 1981-1989

Cause di morte	Laurea/Maturità			Licenza Media		
	OSS	SMR	95% I.C.	OSS	SMR	95% I.C.
Tutte le cause	970	91	85-97	1836	97	92-101
Infettive	2	83	9-301	4	106	29-272
Tumori	515	104	95-113	977	107	101-114
Endoc/Nutr/Metab/Immunitario	16	76	43-126	22	58	36-88
Sangue e Org. Ematopoietici	4	65	17-165	10	111	53-203
Psichiche	6	104	38-227	10	102	49-188
SNC e organi di senso	14	67	37-113	35	100	69-138
Sistema circolatorio	164	72	61-84	367	83	75-92
App. respiratorio	12	41	21-72	54	102	76-132
App. digerente	41	65	47-88	93	79	64-97
App. genitourinario	6	58	21-126	12	67	35-117
Cause accidentali e violente	121	103	86-123	159	104	88-121
Altre cause	69	98	76-124	93	89	72-109

Fonte: Costa e Faggiano, 1994

Tabella 8 segue Mortalità nelle donne tra i 18-64 anni, per gruppi di cause di morte e per titolo di studio a Torino nel periodo 1981-1989

Cause di morte	Licenza Elementare			Alf./Analfabeta		
	OSS	SMR	95% I.C.	OSS	SMR	95% I.C.
Tutte le cause	3897	100	97-104	1083	116	109-123
Infettive	7	101	41-208	2	125	14-451
Tumori	1864	98	94-103	418	91	83-100
Endoc/Nutr/Metab/Immunitario	85	108	86-133	31	159	108-226
Sangue e Org. Ematopoietici	16	99	57-161	6	156	57-339
Psichiche	17	85	50-137	7	144	58-297
SNC e organi di senso	63	93	72-119	25	156	101-231
Sistema circolatorio	1027	105	99-112	336	138	124-154
App. respiratorio	120	106	88-126	36	127	89-176
App. digerente	264	106	94-120	92	153	124-188
App. genitourinario	42	114	82-155	14	160	87-268
Cause accidentali e violente	212	93	81-106	56	114	86-149
Altre cause	180	97	83-112	60	142	108-182

Fonte: Costa e Faggiano, 1994

Tabella 9. Anni di vita persi tra i 18 e i 64 anni standardizzati per età tra gli uomini di Torino nel periodo 1981-1989, secondo gli indicatori sociali e alcune cause di morte selezionate

	tumori	cirrosi	Morti accidentali	Suicidi/ omicidi
Laurea/M. sup.	35.4	3.4	6.8	4.1
Media inf.	44.3	6.4	8.8	4.2
Elementari	46.7	9.8	12.0	4.1
Alf./analf.	47.1	15.1	20.0	7.9
Proprietà	37.5	4.6	8.0	3.7
Affitto	49.3	9.0	9.2	4.3
Dirig./imprenditori	32.0	2.7	5.9	2.1
Impiegati	38.2	4.2	5.5	2.9
Lavor. Auton.	39.2	4.2	8.6	6.5
Operai	42.1	7.5	8.6	3.8
Disoccupati	72.0	20.5	18.8	12.7

Fonte: Costa e Faggiano, 1994

Alcuni studi sulle patologie polmonari (Martikanen et al., 2001; Hart et al., 2001) che partono dall'associazione fra un indicatore di classe, il consumo di sigarette, e il tasso di tumori ai polmoni, rispettivamente nella popolazione finlandese e in quella scozzese, suggeriscono che l'appartenenza ad una determinata classe socioeconomica incide in qualche misura sulla probabilità di sviluppare malattie polmonari. Infatti, ponendo sotto controllo la variabile consumo di sigarette presente e passato, nonostante l'associazione fra classe e patologia diminuisca, essa non viene completamente eliminata.

Anche Smith (1999) in un'attenta analisi empirica sulla popolazione statunitense trova che tale relazione diminuisce solo di un terzo quando le variabili di comportamento a rischio vengono tenute sotto controllo. La causa dei valori residui viene ricondotta ad un generico "scarse condizioni socioeconomiche" che durante l'arco della vita possono esercitare

un'influenza negativa sullo stato di salute dell'organo in questione. Questa conclusione si appoggia ad una teoria diffusasi negli ultimi anni e che affianca a fattori comportamentali una causalità di tipo biologico e/o genetico.

I sostenitori di tale teoria ritengono che le condizioni di salute individuale durante la gestazione ed i primi mesi di vita del bambino svolgono un ruolo determinante per lo stato di salute futuro¹⁷.

Lo studio sulla diffusione di determinate patologie fra le classi sociali disagiate trova un valido contributo in Middelkoop et al. (2001), Turrel e Mathers (2001), i quali indicano come l'infarto, le malattie cardiocircolatorie e il tumore ai polmoni si presentino come patologie ad alto gradiente sociale. Il fatto che i principali determinanti di queste patologie siano il tabagismo, una dieta squilibrata, una scarsa attività fisica e il consumo di alcol, ossia comportamenti a rischio maggiormente diffusi nelle classi sociali più disagiate non basta a spiegare l'entità del fenomeno. Infatti, dagli studi sopra citati emerge che controllando tali variabili, permane un'associazione fra classe sociale e indici di salute. L'interpretazione comportamentista, infatti, si accompagna a fondate obiezioni. Sul piano logico, tale paradigma conduce ad uno slittamento del problema verso le spiegazioni della variabilità degli stili di vita in relazione alla classe sociale e, glissa invece la spiegazione dei differenziali di salute e di speranza di vita degli individui in ragione della loro classe sociale.

A tale proposito, l'assunto per cui l'adozione di comportamenti lesivi dipenderebbe dalla mancanza di informazioni accurate e dalla consapevolezza circa gli effetti dannosi delle proprie abitudini, non ha trovato conferma empirica. La consapevolezza delle conseguenze negative di specifici comportamenti non sempre riesce a spiegare la diversa incidenza tra le classi sociali di quegli stessi comportamenti (Jarvis et al., 1999). Inoltre, per molte altre abitudini, come l'esposizione a rischi

¹⁷ Baker (1999) sostiene che i bambini sottopeso o di dimensioni ridotte alla nascita, hanno maggiori probabilità di sviluppare in età adulta malattie cardiovascolari, infarti, diabete e ipertensione. Alcuni sventagliano anche un effetto intergenerazionale (Kaplan et al., 2001) fra status socioeconomico dei genitori e attitudine verso comportamenti a rischio per i discendenti maschi.

professionali, i margini di libera scelta sono molto ristretti, rendendo eticamente discutibile l'interpretazione generica in termini di stili di vita. Un approccio così generico conduce inevitabilmente ad una colpevolizzazione della vittima a cui si attribuisce tutta la responsabilità dello stato di salute. Infine, se all'argomentazione stili di vita è stata riconosciuta una certa validità euristica in relazione a disuguaglianze di morbosità e mortalità per certe patologie eziologicamente correlate a determinate condotte, sarebbe difficile collocare in questa cornice teorica le cause di morte scarsamente correlate con determinati stili di vita rischiosi per la salute.

La maggior parte dei comportamenti rischiosi per la salute, inoltre, possono esprimere non tanto l'esito di una libera e consapevole scelta, quanto la ricerca di un adattamento a condizioni di stress cronico. L'esperienza di stress cronico può innescare o far precipitare alcuni dei processi patologici presenti in nuce nell'individuo. Tale constatazione sposta l'attenzione sul contributo dei fattori psicosociali alle disuguaglianze di salute. tale contributo sebbene sia ampiamente riconosciuto viene spesso sottovalutato a favore delle spiegazioni neomaterialiste o degli stili di vita (Wilkinson, 1999).

Sono due i modelli analitici più comunemente impiegati per spiegare la tossicità delle diverse circostanze sociali, in particolar modo quelle nell'ambiente di lavoro: il modello *demand/control*, che attribuisce le responsabilità dell'origine delle disuguaglianze sociali di salute allo squilibrio esistente tra le classi sociali nell'accesso alle risorse di controllo, in relazione alle richieste psicofisiche subite (Karasek, 1979), e il modello di *effort/reward imbalance*, che individua come causa determinante della disuguaglianza di salute lo squilibrio tra l'impegno profuso per svolgere i compiti connessi ai ruoli sociali assunti e ricompense ottenute (Siegrist, 1999).

Se le ricerche sopra citate nell'intento di dimostrare la correlazione tra reddito e salute si interessano della distribuzione di determinate patologie fra le classi sociali, un altro filone di studi si interessa alla percezione personale dello stato di salute e alla sua misurazione (Gerdtham e

Johannesson, 2000; Ettner, 1966). Lo studio di Gerdtham e Johannesson si basa su un'indagine longitudinale di 10-16 anni su un campione di 40000 uomini e donne svedesi. Dall'indagine emerge che le classi sociali a reddito più elevato vivono più a lungo e godono di migliori condizioni di salute per ogni raggruppamento di età¹⁸.

Ettner nella misurazione dello stato di salute della popolazione statunitense nel periodo che va dal 1986 al 1988, propone un modello nel quale vengono considerati i seguenti indicatori di salute: limiti funzionali nello svolgimento dell'attività lavorativa, giorni di malattia¹⁹, stima personale del proprio stato di salute, livello medio del consumo di alcol, sintomi depressivi legati al consumo di alcol. I risultati della ricerca suggeriscono una forte correlazione positiva fra reddito e valutazione personale della propria salute.

Gli indicatori legati all'attività lavorativa, come sintomatologia depressiva, incapacità di lavorare, limiti funzionali e giorni di malattia, subiscono un decremento all'aumentare del livello di reddito. Un dato interessante ed in contrasto con molte indagini è la correlazione positiva fra livello di reddito alto e consumo di alcol. Tale dato porta a riflettere sul rapporto non univoco tra alto reddito e cultura, nel senso che certi comportamenti autolesivi possono nascere da carenze di cultura più che da carenze di reddito.

¹⁸ Nello studio viene inserita la variabile "speranza di vita", calibrata per QALY (Quality Adjusted Life), un indice che misura la qualità della vita per ogni anno vissuto.

¹⁹ La scelta di queste prime due variabili è dettata dall'esigenza di stabilire una causalità univoca fra reddito e salute.

2.3 Il problema della doppia causalità

Non tutti gli studiosi concordano sul fatto che siano le variabili socioeconomiche a determinare il livello di salute individuale. Alcuni suggeriscono di esaminare il nesso causale opposto, ossia la possibile influenza dello stock di salute sul benessere economico della persona e sulla sua posizione sociale. Questa era una delle possibili spiegazioni del gradiente sociale di salute prese in considerazione dal rapporto Black (1998) e respinta come causa principale di disuguaglianza di salute. Recentemente c'è stato molto interesse riguardo la possibilità che la selezione in base alla salute attuata in una fase precoce, per esempio tra l'infanzia e l'ingresso nel mercato del lavoro, sia un importante determinante delle disuguaglianze nella salute (West, 1991). Ciò potrebbe verificarsi in due modi: se le condizioni di salute durante l'infanzia determinino sia la salute sia la classe sociale nell'età adulta; o se un antecedente comune determini sia le condizioni sanitarie sia la futura classe sociale di appartenenza in età adulta. Nella letteratura sebbene sia riconosciuto un effetto delle precoci condizioni di cattiva salute sulla mobilità sociale, questo effetto non è così rilevante da giustificare e spiegare i differenziali sociali nella salute (Lundberg, 1991). Una diversa versione dell'ipotesi di selezione suggerisce che, mentre la selezione sociale basata sullo stato di salute non dà un contributo cruciale ai differenziali di salute, dei fattori comuni di fondo determinano sia la posizione che la salute in età adulta. Questo processo viene chiamato "selezione indiretta" (Wilkinson, 1986) e ritiene che le persone ereditino i risultati dei molteplici condizionamenti dei loro primi anni di vita: fattori genetici, biologici, istruzione, cultura, psicologici e sociali. Può anche darsi

che siano le condizioni di vita in età adulta ad essere in relazione con la malattia che compromette lo status socioeconomico, e l'importanza dei condizionamenti infantili può essere indiretta. Entrambe i fattori, quelli che agiscono nella prima infanzia e quelli che agiscono in età adulta, possono influenzare gli status di salute degli individui. Ad ogni modo è importante distinguere questi due insiemi di condizionamento, in quanto la loro importanza è cruciale per determinare le strategie da adottare sia per migliorare la salute in età adulta sia per ridurre le disuguaglianze sociali nella salute. La ricerca sia attualmente procedendo per ridurre il grado di polarizzazione delle opinioni tra chi pensa che lo stato di salute futuro sia virtualmente programmato nell'infanzia (Barker, 1999) e chi sostiene il ruolo determinante dei condizionamenti attivi in età adulta (Elford et al, 1991).

C'è un ulteriore fronte di ricerca che negli ultimi anni sta riscuotendo sempre maggiore interesse nella comunità scientifica internazionale e riguarda la relazione che intercorre tra benessere economico e salute. Tale approccio che nella letteratura è conosciuto come "ipotesi della doppia causalità salute-reddito" si sviluppa conseguentemente sia alle implicazioni dell'approccio del capitale umano promosso dagli economisti della scuola di Chicago, Schultz (1959) e Becker (1964) nel corso degli anni sessanta e alle ulteriori elaborazioni di Grossman (1972), sia dei lavori di Fogel (1997, 2004) sul ruolo determinante della salute sullo sviluppo economico dei paesi ad alto reddito. Questo approccio di ricerca si diversifica in due tradizioni di ricerca empirica: l'una di matrice economica e sviluppatasi negli Stati Uniti e solo recentemente in Europa, indaga sul contributo della salute nello sviluppo economico attraverso il suo impatto sul lavoro e quindi sui guadagni; l'altra di più ampio respiro si interessa di spiegare le dinamiche di povertà e della sua persistenza.

Per esemplificare l'approccio economico citiamo il lavoro di Smith (1999) che a nostro avviso coglie al meglio la prospettiva di analisi. Mutuando il modello di Grossman (1972), secondo cui lo stato di salute in ogni unità di tempo varia in funzione di alcune variabili, quali lo stock di salute nel

periodo precedente, l'accesso alle cure sanitarie, l'adozione di atteggiamenti salutari, l'esposizione a determinati fattori ambientali, Smith (1999)²⁰ insiste sull'importanza di considerare lo stock di salute come un patrimonio che, data la dotazione genetica di base e un tasso di ammortamento naturale dovuto all'invecchiamento, può essere migliorato e peggiorato a seconda dell'importanza attribuita durante il corso degli anni alle variabili sopra citate.

Tale stock di salute rappresenta capitale umano in grado di generare flussi benefici finali ed intermedi, ovvero migliore è lo stato di salute, più elevata è la produttività e dunque il reddito realizzabile. Secondo questo approccio, lo stock di salute al tempo t , che influisce sul reddito Y , dipende dallo stock al tempo $t - 1$, cioè da comportamenti passati e presenti, dal reddito generato in passato a sua volta condizionato dallo stock iniziale di salute. La relazione intertemporale ha effetto per distanze di tempo rilevanti: esiste ad esempio una correlazione fra il livello di pensione di un individuo ed eventi che hanno influito sulla propria salute in età lavorativa. I risultati della ricerca di Smith sono interessanti: uno stock rilevante di salute non sembra tanto influire sui costi clinici o sanitari, quanto sul reddito da lavoro con conseguenti effetti duraturi sulla ricchezza della famiglia. Nelle sue conclusioni, Smith, riconoscendo i limiti della propria indagine per quanto riguarda la mancanza di controllo su variabili comportamentali, suggerisce di non trascurare l'effetto della salute sul reddito ogniqualvolta si prenda in considerazione l'associazione statistica fra variabili socioeconomiche e salute. In particolare l'autore sostiene che dalla mezza età in poi la salute assume un peso determinante sulla produzione di reddito e sull'accumulo di ricchezza futura.

Lo sviluppo di questa prospettiva di analisi verrà trattato dettagliatamente nel terzo capitolo, qui ci preme mettere in rilievo come questa prospettiva abbia dato vita ad un acceso dibattito internazionale in quanto apre

²⁰ L'autore costruisce un modello a regressione semplice per studiare l'impatto che variazioni nello stock di salute possono esercitare sulla ricchezza delle famiglie. I dati provengono da due fonti: Health and Retirement Survey (HRS) che riguarda famiglie con almeno un componente nato tra il 1931 e il 1941, e Asset and Health Dynamics of the oldest Old Survey (AHEAD) che raccoglie informazioni riguardante persone nate nel 1923.

scenari di discussione tanto sul piano filosofico e sociologico, quanto su quello politico.

Il tema su cui si è concentrato il dibattito riguarda il pericolo e le possibili ripercussioni sulle scelte politiche che ha una lettura esclusivamente economica della salute di un individuo intesa come capitale biologico indipendente dalle condizioni economiche e sociali in cui lo stesso vive. Una lettura che si richiama ad un effetto selezione letto in un registro quasi darwiniano, dove è il capitale biologico proprio di un individuo a condizionare l'accesso alle diverse posizioni sociali, così come la mobilità tra di esse.

Nonostante le critiche, le evidenze empiriche dell'intreccio tra salute – reddito e indirettamente sviluppo economico, ci invita a soffermarci su tali studi e sulle implicazioni che possono portare per le scelte politiche.

2.4 La teoria del reddito relativo e sue implicazioni

Il dibattito sulla disuguaglianza nella salute si è prevalentemente incentrato sui danni provocati dalla povertà, ma gli studi intrapresi (Marmot et al., 1984) hanno dimostrato che il gradiente sociale di salute si muove trasversalmente all'intera società interessando in modo differenziato tutti gli strati sociali. Come mostrano gli Studi di Whitehall (1984) sugli impiegati britannici, c'è un gradiente di salute anche tra quelli che poveri non sono: risalendo, infatti, la gerarchia sociale si trovano progressivamente indici di mortalità e morbilità più bassi. Gli studi di Whitehall hanno messo anche in evidenza che sebbene il tasso di mortalità assoluta sia diminuito in Gran Bretagna, la disuguaglianza nella mortalità tra i gruppi sociali si è incrementata. Questi dati suggeriscono che probabilmente le sole condizioni materiali non sono la chiave per spiegare i differenziali di salute presenti all'interno dei paesi.

Negli ultimi anni il dibattito riguardante i determinanti di salute si è spostato sull'impatto che una distribuzione poco equa del reddito può provocare sugli indici di salute. I dati internazionali portano a conclusioni che sono coerenti con quelle dei confronti interni alle nazioni. Alcune ricerche hanno messo in evidenza come popolazioni che vivono in paesi caratterizzati da un alto grado di disuguaglianza nella distribuzione del reddito hanno una minore aspettativa di vita (Wilkinson, 1992; Kenney et. Al., 1996).

Anche gli studi intrapresi da Sen (2000, 1995, 1993), mettono in crisi il nesso fra mortalità e reddito assoluto in quanto la deprivazione patita da certi gruppi sociali all'interno degli stati ad economia avanzata è paragonabile a quella esperita nei paesi in via di sviluppo. Negli Stati Uniti,

ad esempio, gli afroamericani hanno un'aspettativa di vita inferiore a quella di chi nasce in paesi decisamente più poveri come la Cina, il Bangladesh, lo Sri Lanka, la Giamaica o il Costa Rica.

Proprio in virtù dei risultati emersi da questi studi e da altri, in anni più recenti il dibattito riguardante i determinanti di salute si è spostato sull'impatto che una distribuzione poco equa del reddito può provocare sugli indici di salute. I sostenitori di questa teoria, denominata "teoria del reddito relativo", tentano di dimostrare che la salute, più che dalla disponibilità di reddito individuale, viene influenzata dalla distribuzione del reddito all'interno della società attraverso l'influenza dei fattori psicosociali. Wilkinson (1992), uno dei principali sostenitori di questo approccio ritiene che, confrontando i paesi, ci sia una relazione tra prodotto interno lordo pro capite e aspettativa di vita alla nascita soltanto per i paesi poveri, mentre per quelli ad alto reddito la relazione più significativa è tra aspettativa di vita e misure di dispersione del reddito. Attraverso una accurata analisi ecologica l'autore mostra come la speranza di vita nei paesi industrializzati vari, non già in ragione della ricchezza delle nazioni, espressa dal prodotto interno lordo, ma in ragione della sua distribuzione. Le argomentazioni di Wilkinson muovono dai precedenti lavori di un illustre studioso Preston (1975), che negli anni settanta svolse degli studi empirici comparativi per verificare la relazione tra reddito e salute ai diversi livelli di sviluppo economico.

La figura 1 rappresenta una versione aggiornata della curva di Preston (1975) e mette in relazione l'aspettativa di vita con il reddito a parità di potere di acquisto calcolato in dollari, della maggior parte dei paesi ad alto, medio e basso reddito (Banca Mondiale, 2002). Come è possibile osservare, tra i paesi più poveri incrementi nel reddito medio sono fortemente associati con incrementi dell'aspettativa di vita media, ma non appena il reddito pro capite sale la relazione flette fino a divenire debole o assente tra i paesi ricchi.

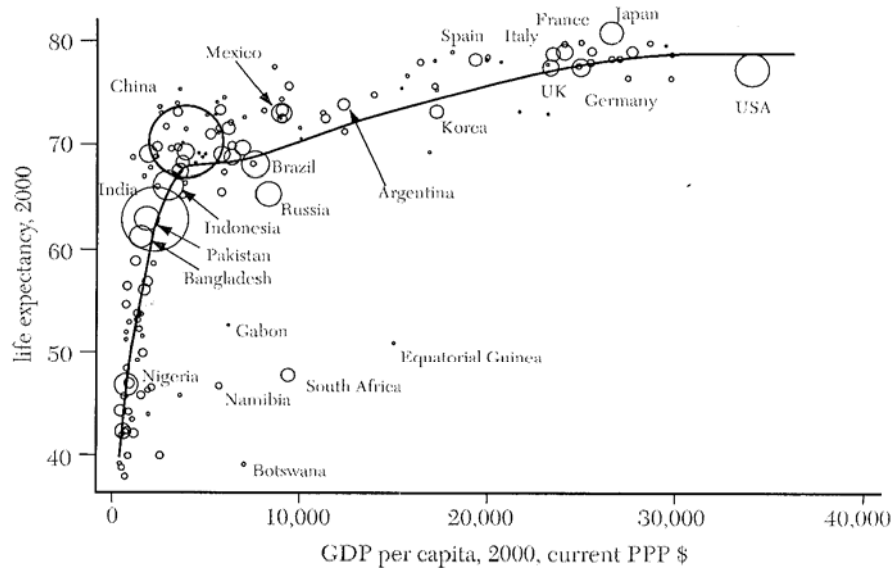


Figure 1. The Preston Curve: Life Expectancy versus GDP Per Capita

Source: World Development Indicators CD-ROM, World Bank (2002)

Note: Circles are proportional to population and some of the largest (or most interesting) countries are labeled. The solid line is a plot of a population-weighted nonparametric regression. Luxembourg, with per capita GDP of \$50,061 and life expectancy of 77.04 years, is excluded.

Come suggerì Preston (1975) la correlazione mortalità e reddito è presente anche nei paesi ad alti livelli di reddito (fig.2), i cui differenziali di salute potrebbero essere, dunque, spiegati dalla disuguale ripartizione del reddito all'interno degli stessi.

Da questi presupposti teorici ed empirici Wilkinson articola le sue argomentazioni a sostegno dell'idea che quanto minori sono le disuguaglianze nella distribuzione del reddito, tanto maggiore è la speranza di vita media della popolazione. Due sono i fattori a cui Wilkinson attribuisce la responsabilità di questa associazione: la presenza di consistenti disuguaglianze di reddito produce un diffuso senso di privazione relativa e, al contempo, innesca un processo di erosione della coesione sociale.

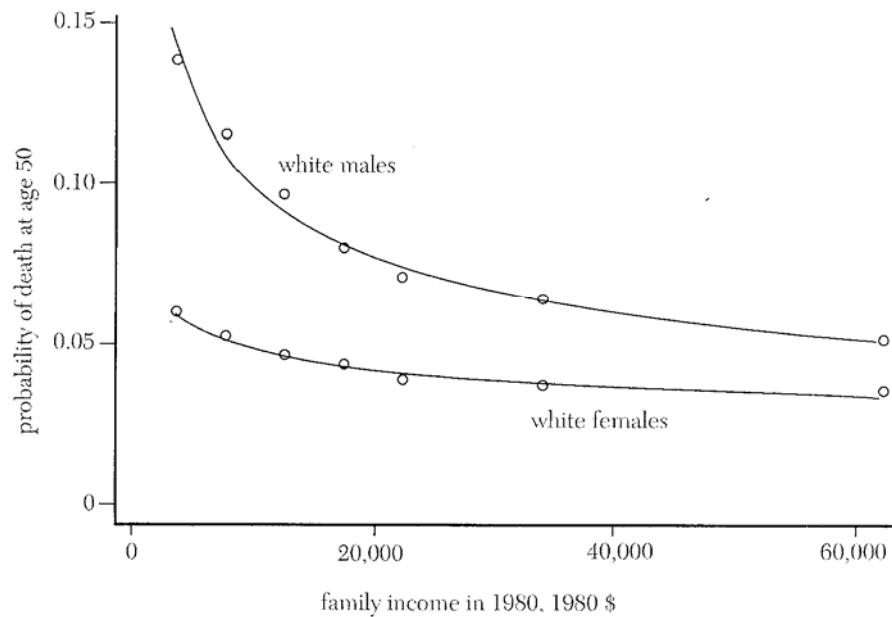


Figura 2. Probabilità di morire all'età di 50 anni per reddito familiare

Fonte: Elaborazione di Rogot et al., 1992, su dati dello Studio Longitudinale Nazionale sulla Mortalità negli Stati Uniti, 1980

Le due cose insieme hanno come conseguenza un diffuso stress cronico responsabile sia del profilo di cause di morte osservate nei paesi industrializzati, sia del deterioramento della qualità della vita²¹. Stati di depressione, isolamento e ansietà dovuti ad una posizione di povertà relativa sembrano interessare maggiormente le popolazioni abitanti in paesi caratterizzati da una minore coesione sociale, mentre società meno individualizzate e con un alto grado di coesione sociale, mostrerebbero indici di salute migliore. Il sentimento della perdita o della mancanza di controllo si configura come il riflesso sul piano delle coscienze individuali

²¹ Wilkinson asserisce che nei paesi ricchi che hanno già sperimentato la transizione epidemiologica, la causa delle differenze di mortalità si muove dalla deprivazione materiale allo svantaggio sociale. Condizioni di deprivazione materiale provocano povertà e malattie infettive, mentre lo svantaggio sociale provoca stress e malattie croniche

dell'erosione a livello societario, della coesione sociale. L'uso che Wilkinson fa del concetto di coesione sociale presenta molti punti di contatto con le tesi sostenute da Durkheim ne "Il Suicidio", un'affinità che lo studioso britannico non manca di sottolineare (1996).

Lo squilibrio distributivo che caratterizza alcune società contemporanee, come gli Stati Uniti, incrementa il livello di stress psicosociale individuale di coloro che si trovano negli ultimi gradini della scala sociale. Tale disagio si riflette, attraverso meccanismi di natura biologica, sulla salute individuale provocando un aumento delle malattie cardiocircolatorie o dei casi di depressione.

Questa teoria riprende i risultati degli studi condotti sul comportamento di animali che vivono in società gerarchizzate come i primati, e che dimostrano gli effetti protettivi della posizione sociale sulla salute (R. Sepolsky, 1993 e S. Cohen, 1991, 1997). Sepolsky (1993), autore di numerosi studi sui primati verificò un alto valore di glucocorticoide, un ormone associato alla presenza di stress psicologico, nei babbuini adulti maschi situati nei livelli più bassi della scala sociale. L'incremento di questo ormone veniva riscontrato anche nei babbuini provenienti da altre colonie e introdotti nel gruppo di studio, con un grado gerarchico inferiore rispetto a quello di provenienza.

Questi risultati vennero utilizzati in seguito da Marmot (1999), uno degli autori maggiormente citati dai sostenitori di questa teoria, il quale mise a confronto la società dei babbuini e un campione di lavoratori britannici nel pubblico impiego (Whitehall study). Marmot utilizzò un diverso indicatore di salute, il livello di colesterolo HDL, che entro determinati livelli è indice di un buon status di salute. I risultati della ricerca misero in evidenza come tale indice aumenti all'aumentare dello status sociale, in entrambe i tipi di società, sebbene appaia più evidente nella società dei babbuini. I risultati ottenuti da queste ricerche portarono ad interpretare il malessere diffuso fra le fasce più deboli della popolazione, come potenzialmente dannoso per la collettività in quanto può causare esternalità negative che si riflettono sugli indici di salute dell'intera popolazione: alti tassi di mortalità

per incidenti stradali, una numerosità significativa di omicidi, suicidi e violenza che si ripercuotono sullo stato di salute di terzi.

Wilkinson (1996) come prova ulteriore dell'ipotesi della disuguaglianza di reddito ha disegnato i cambiamenti nella speranza di vita contro i cambiamenti nella distribuzione del reddito per i paesi per cui questi dati erano disponibili. Il Giappone ha la maggiore crescita dell'eguaglianza nella distribuzione del reddito e la maggior crescita nella speranza di vita di tutti i paesi dell'OCSE. Svezia e Norvegia, note per il loro alto grado di coesione sociale, offrono una speranza di vita di 2/3 anni maggiore rispetto a paesi con un divario sociale più accentuato, come gli Stati Uniti, la Gran Bretagna e la Germania.

Evans (2001), ad esempio, rileva a favore di questo approccio, che Cuba nonostante abbia un reddito pro capite molto basso presenta un indice di salute simile a quello dei paesi industrializzati.

Interessanti sono i contributi degli studi compiuti in Gran Bretagna da Davey Smith et al. (2002), a sostegno della teoria del reddito relativo. Tali autori dopo aver individuato un trend positivo nell'andamento del coefficiente di Gini fra il 1980 e il 2000, fatto che conferma una tendenza verso uno squilibrio distributivo, si concentrano nell'analisi dei trend del decennio 1990-2000. L'indice di povertà relativa, misurato su aspetti relativi alla qualità della vita dei nuclei familiari, quali la proprietà di una casa, dell'automobile, la categoria professionale, la presenza o meno di entrambe i genitori ecc., viene correlato al tasso di mortalità prematura (prima dei 75 anni) pesato per età e sesso. Ne deriva una tabella che mette in evidenza contemporaneamente due fenomeni: da un lato, una crescita nel tempo del livello assoluto di questo indicatore di salute, dall'altro un incremento dei differenziali di morte prematura per classe sociale. Tali fenomeni vengono imputati ad una crescita del divario fra ricchi e poveri nel periodo considerato.

Partendo dalla tesi sostenuta da Wilkinson, Davide Coburn (2000), sposta il discorso ancora più avanti giungendo a sostenere che esiste una particolare affinità tra le dottrine politiche neo-liberali, la disuguaglianza di

reddito, la bassa coesione sociale e lo status di salute. La dottrina neo-liberale che si è sviluppata negli anni settanta, argomenta Coburn, produce sia un alto grado di disuguaglianza nella distribuzione del reddito sia un basso livello di coesione sociale. I conseguenti effetti negativi sullo stato di salute della popolazione sono dovuti al conseguente declino e indeterminatezza del welfare state.

Società con scarsa coesione sociale, sembrerebbero meno propense a destinare risorse a favore delle fasce deboli. Scarsa assistenza sanitaria e sociale ai più poveri, scarsa attenzione alle emergenze sociali come disoccupazione, malattie sociali, così come insufficienti risorse da destinare all'educazione pubblica, vengono individuate come cause che contribuiscono direttamente e indirettamente sulla salute delle fasce della popolazione più disagiata che, a loro volta, possono ripercuotersi sull'intera popolazione.

Kaplan et al. (1996) studiano la relazione fra la distribuzione del reddito negli Stati Uniti e andamento della mortalità per tutte le cause nel decennio 1980-1990. Con il fine di individuare specifici fattori di rischio, gli autori, indagano sull'associazione fra porzione di reddito percepito dal 50% della popolazione più povera ordinata in base al reddito, e variabili che possono influire sugli indici di salute, quali il tasso di omicidi, la percentuale dei bambini nati sottopeso, il tasso dei crimini violenti, la percentuale di popolazione con inabilità lavorativa, la percentuale dei fumatori ecc. Per tutti i fattori considerati nello studio esiste una correlazione positiva con il grado di iniquità nella distribuzione del reddito, misurato in termini di porzione di reddito totale percepita dal cinquantesimo percentile meno abbiente.

Lo stesso tipo di analisi viene effettuata utilizzando come variabili dipendenti alcuni indicatori sociali: stati caratterizzati da una distribuzione iniqua del reddito sperimentano tassi maggiori di disoccupazione, di reati e connesse misure punitive, percentuali maggiori di persone senza copertura sanitaria. Sempre nello stesso studio viene dedicata una particolare attenzione al tema delle risorse destinate all'educazione e alla

promozione culturale con il risultato che, maggiori sono le differenze nella distribuzione del reddito, minori sono le risorse pubbliche destinate a questo settore, con conseguenze negative sugli indici di scolarizzazione che nel lungo periodo tendono ad influenzare negativamente gli indici di salute.

Questo approccio potrebbe avere un impatto rilevante sulle misure di politica economica, nella misura in cui ridurre le iniquità nella distribuzione del reddito diventi un obbligo nei confronti di tutta la popolazione e non solo nei confronti dei più poveri. Sembra evidente, infatti pensare che, distribuire in modo più equo le risorse tra le classi sociali potrebbe avere un effetto positivo sulla salute di tutta la collettività. Sebbene i sostenitori della teoria del reddito assoluto non neghino l'importanza di una distribuzione più equa del reddito, essi considerano un differente nesso causale: gli incrementi del reddito pro capite per le fasce più deboli avrebbero un impatto marginale sulla salute di questi individui più elevato rispetto ai possibili decrementi negli indici di salute dei più ricchi, causati dalla diminuzione del proprio reddito. Una redistribuzione del reddito è pertanto positiva in termini di miglioramento paretiano potenziale.

Evans (2002), autore di un importante saggio su tale argomento, giunge a considerazioni piuttosto sottili riguardo alle misure di politica economica sottese a queste due diverse posizioni. Nell'ottica del reddito assoluto, se maggiore reddito significa migliore stato di salute, vi sono ragioni in più per incrementarlo e migliorare la propria posizione socioeconomica, generando una spinta verso la crescita economica del Paese. Mentre, se lo Stato, al fine di garantire un miglioramento generale della popolazione, implementa una più equa politica redistributiva del reddito volta a stemperare gli effetti delle barriere sociali, l'incentivo alla crescita economica viene a mancare. Le conclusioni di Evans, sebbene possano apparire estreme, sono uno stimolo prezioso per il dibattito sul fine e l'utilità di determinate misure di politica economica, nonché sull'idea di sviluppo sociale negli anni a venire.

2.5 Il dibattito in corso: privazione assoluta o privazione relativa

La teoria del reddito relativo è oggetto di numerose critiche, molte delle quali hanno a che vedere con ragioni di ordine metodologico, oltre che teorico e di conseguenza politico. Il dibattito concerne in sostanza la disputa tra privazione relativa o privazione assoluta, tra chi sostiene che siano le condizioni materiali di vita, in termini di reddito e ricchezza, a giocare un ruolo determinante per la salute, e tra chi invece sostiene che siano i fattori psicosociali, come stress, disagio, perdita della coesione sociale, a determinare i differenziali di salute.

I primi sistematici studi per verificare gli effetti della disuguaglianza di reddito sulla mortalità ipotizzata da Preston (1975) furono studi comparativi tra paesi svolti da Rodgers (1979) e Flegg (1982), i cui risultati sono piuttosto discordanti. Rodgers usando i dati Paukert (1973)²² di 56 paesi e tenendo sotto controllo il reddito e altre variabili, rileva che gli effetti della disuguaglianza di reddito ha un effetto statisticamente significativo sull'aspettativa di vita alla nascita, all'età di cinque anni e sul tasso di mortalità infantile solo nei paesi ad alto reddito presenti nel campione. Mentre Flegg (1982) utilizzando i dati Jain (1975) trovò significativi effetti della disuguaglianza di reddito sulla mortalità infantile nei paesi in via di sviluppo. I diversi risultati ottenuti da queste come da altre ricerche comparative, suscitano nella comunità scientifica dubbi sulla validità di studi che utilizzano fonti diverse sulla distribuzione del reddito.

²² Per molti anni le più popolari fonti di dati sulla distribuzione del reddito ai diversi livelli di sviluppo sono stati i lavori di Shail Jain (1975) e Felix Paukert (1973), ora disponibili rispettivamente presso la World Bank e l'International Labor Office.

Diverso è l'esito della ricerca svolta da Robert Waldmann (1992), il quale integrando i dati sulla distribuzione del reddito desunti da Jain (1975) con quelli della Banca Mondiale trovò, invece, significativi effetti diretti della disuguaglianza di reddito sulla mortalità infantile: il tasso di mortalità infantile tra i poveri cresce all'aumentare della ricchezza delle fasce alte della gerarchia sociale anche quando i redditi alla base della stratificazione sociale non subiscono variazioni, mentre decresce quando quote di reddito vengono distribuite al 20% della popolazione più povera. Per verificare i risultati dell'indagine svolta da Waldmann (1992), Baumbusch (1995) replicare lo studio usando i dati provenienti dalla stessa fonte ma aggiornati nell'edizione del 1993 del World Development Report, e trova che incrementi nel reddito al vertice della scala sociale riduce il tasso di mortalità infantile.

Ad esempio, Gravelle, Wildman e Sutton (2002) usando i dati desunti da Deininger e Squire (DS, 1996)²³ replicano lo studio di Rodgers svolto nel 1979 ma non raggiungono gli stessi risultati. Jeffrey Mellor e Jennifer Milyo (2001) su un campione di 47 paesi sia sviluppati che in via di sviluppo nel 1990 trovano che la correlazione positiva tra il coefficiente di Gini e la mortalità infantile svanisce quando viene controllata la variabile educazione, mentre la correlazione negativa tra disuguaglianza di reddito e aspettativa di vita scompare controllando il reddito pro capite. Commentando i risultati della ricerca di Mellor e Milyo, e a difesa dell'ipotesi del "reddito relativo" sostenuta da Wilkinson, Kawachi e Blakely (2001) argomentano che se i bassi livelli di istruzione sono la conseguenza di alti tassi di disuguaglianza di reddito, inserirla come variabile di controllo si rivela un'operazione inappropriata.

A conferma di tale critica si leva uno studio condotto da Lynch et al. (2001), su un'unica fonte di dati, il Luxemburg Income Study, che raccoglie informazioni longitudinali sulla distribuzione del reddito in diversi

²³ Nel 1996 la Banca Mondiale ha creato una banca dati internazionale sulla disuguaglianza di reddito. I dati DS contengono 2.600 osservazioni sul coefficiente di Gini per circa 100 paesi sviluppati ed in via di sviluppo tra il 1947 ed il 1994.

paesi OCSE, decisamente più complete rispetto a quelle utilizzate precedentemente da Wilkinson per i suoi studi. I risultati di questo studio non sono in grado di confermare le conclusioni raggiunte da Wilkinson stesso. Lynch e i suoi collaboratori (2001) giungono alla conclusione che non c'è una connessione diretta, o per lo meno è molto debole, tra la disuguaglianza nella distribuzione del reddito e il cattivo stato di salute.

Mellor (2003), invece, critica la mancanza di un arco di tempo sufficiente per collegare le mutazioni nella struttura distributiva del reddito a variazioni significative degli indici di salute. Gli studi di Wilkinson esaminano l'associazione sincronica fra distribuzione del reddito e stato di salute, o fra variazioni nella distribuzione del reddito e variazione negli indici di salute. Perché variazioni nella distribuzione del reddito producano effetti duraturi sullo stato di salute, osserva Mellor (2003), è necessario che si verifichino una serie di eventi, come un aumento della disparità nella distribuzione del reddito, uno stato di stress psicosociale nelle categorie deboli, un aumento dell'incidenza di patologie cardiovascolari e altre in grado di influenzare gli indici di salute della collettività, che richiedono generalmente molti anni per manifestare tali effetti.

Sono necessari, quindi, studi longitudinali su un arco temporale più lungo al fine di stabilire sia un corretto rapporto causale fra distribuzione del reddito e salute, sia isolare l'effetto di altre variabili sui risultati finali.

Negli Stati Uniti a tale tema è stata data una particolare attenzione e sono proliferati molti studi tesi a valutare la relazione che intercorre in modo particolare tra mortalità e disuguaglianza di reddito tra gli stati della confederazione. Tre studi ispirati ai lavori di Wilkinson (1992), quello di Kaplan et al. (1996) e quello di Kennedy, Kawachi e Prothrow-Stith (1996 a,b) trovano una relazione tra varie misure di disuguaglianza di reddito e i tassi di mortalità per causa, così come con i tassi di mortalità infantile, di omicidi, disabilità, il basso peso alla nascita e il crimine. Sebbene Kawachi e Kennedy (1997) sostengono che l'appropriatezza della scelta degli indicatori di disuguaglianza garantisca la validità dei risultati, Lynch et al. (1998) confutano tali risultati replicando lo studio su 282 aree

metropolitane del paese giungendo alla conclusione che la perdita di vita dovuta alla disuguaglianza di reddito è comparabile alla perdita di vita cumulata per cancro, diabete, incidenti stradali, infezioni HIV, suicidio e omicidio.

Smith (1999) usando i dati del Panel Survey Income Dynamics che documentano la distribuzione del reddito nel trentennio che va dal 1964 al 1994, elabora una tabella (tab. 10) che mostra che tra il 1984 e il 1994, nonostante il significativo aumento dell'inequità nella distribuzione del reddito e della ricchezza, lo stato di salute degli appartenenti alla fascia più povera è migliorato.

Tabella 11. Distribuzione del reddito e salute autoriportata

	Reddito: rapporto fra percentile 81-90/0-20	% di individui in scarsa salute entro l'ultimo 20% della scala sociale	Ricchezza: rapporto fra 81- /90 percentile e ricchezza mediana	% degli individui in scarsa salute entro l'ultimo 20% della scala sociale
1984	8.11	41.9	3.90	35.3
1994	9.20	37.8	4.32	34.3

Fonte: Smith, 1999

Altri autori, inoltre, sostengono che molti studi condotti a sostegno della teoria del reddito relativo non tengono conto di altri fattori, come ad esempio quello razziale che negli Stati Uniti sembra giocare un ruolo determinante.

Deaton (2003), ad esempio, dimostra che tenuto conto della variabile razziale, l'associazione fra disomogeneità nella distribuzione del reddito e mortalità negli Stati Uniti viene a mancare.

Nello studio in questione, Deaton, prende in esame buona parte della letteratura a favore e contro la teoria del reddito relativo, giungendo alla conclusione che non è possibile dimostrare una significativa correlazione fra indici di salute e distribuzione del reddito, con la sola eccezione rappresentata dal tasso di omicidi, che risulta invece, statisticamente associato al grado di iniquità nella distribuzione del reddito. Lo stesso Deaton, osserva che il peso della percentuale dei poveri presente nella società esercita un'influenza negativa sugli indici di salute: non sarebbe tanto la distribuzione del reddito a influire sul trend di determinati indici, come la speranza di vita o la mortalità, quanto invece il numero di poveri presenti nella società. Negli Stati Uniti, gli afroamericani sono il gruppo etnico nel quale sono presenti alti tassi di mortalità e bassi redditi rispetto alla popolazione bianca. Gli stati con una alta frazione di tali gruppi etnici, come quelli del sud, presentano alti tassi di mortalità così come un alto livello di disuguaglianza di reddito, mentre gli stati con bassi tassi di mortalità sono quelli che hanno una bassa percentuale di popolazione di colore.

In questo caso, è la frazione di popolazione nera e non la disuguaglianza di reddito, che è importante per i tassi di mortalità sia tra i neri che tra i bianchi. Questa ipotesi trova conferma negli studi effettuati da Gravelle et al. (1998), il quale parla di "distorsione statistica" a favore del reddito relativo. L'associazione a livello aggregato fra disparità distributiva e salute, rifletterebbe soltanto l'associazione fra reddito e salute a livello individuale, propria della teoria del reddito assoluto. La relazione curvilinea tra reddito e livello di salute individuale, sembrerebbe essere una condizione sufficiente per produrre differenze negli indici di salute di Nazioni con lo stesso reddito medio pro capite. Molto spesso la storia della redistribuzione viene considerata non in termini di disuguaglianza ma in termini di povertà. Se un paese con un alta media di reddito ha un

coefficiente di disuguaglianza di reddito molto elevato, è plausibile ritenere che ci siano un gran numero di persone con basso reddito e con un basso status di salute.

Sebbene la figura 2 non riporti la linea di povertà sotto la quale il reddito ha importanza e sopra la quale non lo ha, è all'estremo inferiore della scala di distribuzione del reddito che la relazione tra reddito e salute sembra avere una reale importanza. Lo stesso si può dire negli studi internazionali: se cresce il Pil dei paesi poveri relativamente a quello dei paesi ricchi miglioreranno le condizioni di salute globale.

Tra i paesi poveri la mortalità infantile è particolarmente sensibile ai cambiamenti nei redditi alla base della stratificazione sociale cosicché la redistribuzione di reddito tra i poveri contribuisce a ridurre tale mortalità anche senza l'incremento dei redditi medi. Se un paese ricco ha un'alta percentuale di persone povere avrà anche un basso status di salute relativo ai suoi redditi pro capite. Dunque, il peso della percentuale dei poveri presente nella società esercita un'influenza negativa sugli indici di salute: non sarebbe tanto la distribuzione del reddito a influire sul trend di determinati indici, come la speranza di vita o la mortalità, quanto invece il numero di poveri presenti nella società.

Per questo motivo, secondo Lynch (2000), negli studi comparati fra paesi con lo stesso reddito medio pro capite, le nazioni con una minore percentuale di poveri, mostrano a parità di condizioni, indici di salute migliori. La chiave di lettura risiede, dunque, nel diverso impatto marginale che un aumento o una diminuzione del reddito individuale esercita rispettivamente sulla salute dei ceti sociali. Se si tolgono risorse ai più poveri da destinare ai più ricchi, a causa del divario nell'impatto marginale sulla salute, peggiorano gli indici di mortalità e morbilità dell'intera popolazione. Per lo stesso motivo, se gli individui collocati in cima alla scala sociale vedono aumentare il proprio reddito o la ricchezza, ciò non comporta un peggioramento della salute degli individui collocati all'estremo opposto, fermo restando che questi ultimi mantengano il reddito iniziale.

Wilkinson (1992) mette in evidenza che questa non è la spiegazione più convincente. Se si prende come criterio di disuguaglianza di reddito la parte di reddito ricevuta dal 10% inferiore della popolazione, la relazione con la speranza di vita è molto più debole che con il criterio del reddito ricevuto dal 60 o 70% inferiore. Anche se l'aumento della disuguaglianza di reddito risultasse in più capifamiglia poveri, la proporzione di poveri nei paesi OCSE è ancora troppo piccola per rendere conto della grandezza della relazione tra disuguaglianza di reddito e speranza di vita. Se nei paesi poveri, osserva Wilkinson, sembra essere forte la correlazione fra reddito e aspettativa di vita, è probabile che invece nei paesi ricchi l'influenza principale sulla speranza di vita venga esercitata dalla privazione relativa.

Osservazioni conclusive

Il presente capitolo ha inteso fornire una panoramica generale sugli studi riguardanti l'associazione tra variabili socioeconomiche e salute nei paesi ad economia avanzata, nonché sulle spiegazioni possibili per i differenziali socioeconomici nella salute.

Nella letteratura esaminata è possibile individuare tre correnti di pensiero. La prima, in ordine cronologico e la più avvalorata dalla maggior parte degli studi empirici, è quella che si attiene alla teoria del reddito assoluto secondo la quale il reddito e la posizione sociale influiscono in maniera determinante sugli indici di salute. Meno documentato è il secondo filone di studi prevalentemente di natura economica in senso stretto, il quale indica lo stock di salute iniziale quale variabile causale in un modello dove reddito e ricchezza familiare sono variabili dipendenti. Tale filone di studi non ha generato particolari polemiche nella comunità scientifica internazionale in quanto l'endogeneità del reddito viene riconosciuta dalla maggior parte dei sostenitori della teoria del reddito assoluto.

La terza ipotesi, quella del reddito relativo, ha suscitato invece un notevole dibattito nel panorama internazionale. La teoria del reddito relativo indica, non tanto nel reddito pro capite, quanto nella distribuzione del reddito all'interno della società, la causa principale della variazione negli indici di salute.

La maggior parte degli studiosi che dimostrano perplessità nei confronti di questa interpretazione, non ne negano la validità a priori, riconoscendo che nei paesi dove il livello di coesione sociale è minore hanno una probabilità maggiore di sviluppare esternalità negative che nel lungo

periodo potrebbero riflettersi in maniera negativa sugli indici di salute della popolazione.

Riteniamo che una combinazione dei fattori esaminati possa spiegare le disuguaglianze nella salute sia all'interno dei paesi che tra di essi. Spesso le ricerche si focalizzano su uno di questi temi e non riescono a esaminare i possibili effetti di altri fattori, rendendo difficile l'interpretazione. L'obiettivo dei ricercatori in questo campo è di sviluppare una metodologia adatta per esplorare le interrelazioni e le interazioni tra i condizionamenti sulla salute che si verificano lungo tutto il corso della vita. Solo allora sarà possibile distinguere l'importanza relativa delle varie spiegazioni possibili per i differenziali di salute, che è fondamentale per progettare efficaci strategie per combatterle.

Bisogna, inoltre, sottolineare che la propensione verso l'una o l'altra interpretazioni considerate, è importante per le ripercussioni sulle scelte di politica economica. Per i sostenitori della teoria del reddito assoluto, campagne di informazione e sensibilizzazioni sui danni provocati da comportamenti a rischio (dieta squilibrata, fumo, uso di sostanze alcoliche e scarso esercizio fisico), innalzamento del livello medio di scolarizzazione, miglioramento delle condizioni abitative, potrebbero aiutare a diminuire i tassi di mortalità e morbilità nelle classi sociali più svantaggiate.

Misure diverse comportano le posizioni sostenute dagli economisti, che vedono appunto lo stock di salute iniziale come il fattore determinante della ricchezza familiare. Oltre a specifiche misure di politica sanitaria tese a minimizzare i costi diretti e indiretti dei percorsi assistenziali, come ad esempio, esenzione dal ticket per malattie croniche, priorità di accesso alle cure per patologie invalidanti ecc., si rendono necessarie politiche di maggiori garanzie ai lavoratori. Entrambi le posizioni comportano sia la volontà di tutela delle fasce più deboli e a rischio della popolazione, sia politiche redistributive senza però preoccuparsi di controllare il divario sociale e la differenza di reddito all'interno della società.

Un cambiamento strutturale richiede invece, chi sostiene che la distribuzione del reddito sia la principale determinante della salute di una popolazione. Le misure che dovrebbero adottarsi sposando questa interpretazione, richiederebbero cambiamenti sinergici nelle politiche fiscali, in quelle del lavoro e nelle politiche sociali, i quali per mostrare effetti sostanziali richiederebbero un più ampio respiro in termini temporali. Cambiamenti strutturali di questo genere sarebbero auspicabili per vari motivi a prescindere dalle implicazioni per la salute della popolazione, ma per intraprendere questa strada è necessario contare su un maggior numero di evidenze empiriche. In conclusione, qualsiasi sia la prospettiva di riferimento, migliorare le condizioni socio-economiche che possono produrre effetti dannosi per la salute, come il basso reddito, bassi livelli di istruzione e il limitato accesso al mercato del lavoro, diviene un imperativo a cui le politiche sociali sono chiamate a rispondere.

3. L'impatto della salute sullo sviluppo economico: evidenze empiriche

3.1 Gli studi sul contributo della salute allo sviluppo economico

Come abbiamo avuto modo di mettere in rilievo nel primo capitolo l'allargamento della prospettiva d'analisi sui determinanti dello sviluppo economico promossa dalla teoria del capitale umano ha fatto da volano al proliferare di studi empirici tesi a valutare il peso dei fattori sostanziali del capitale umano: istruzione e salute. Sebbene inizialmente le indagini si siano rivolte sostanzialmente all'analisi dei processi economici nei paesi in via di sviluppo in sintonia con l'implementazione di nuove strategie di sviluppo, negli ultimi dieci anni la riflessione ha coinvolto anche i paesi ad economia avanzata.

Nel corso di questo capitolo ci soffermeremo, in particolare, sulle modalità con cui il rapporto tra "salute e sviluppo economico" sotto il profilo della doppia causalità, è stato affrontato nella letteratura empirica internazionale presa in esame.

Le prospettive di analisi possono essere fatte rientrare in tre principali ambiti di ricerca: una prospettiva storica che si è occupata di indagare sui processi di sviluppo economico degli ultimi duecento anni negli odierni paesi ad economia avanzata, e da cui muove l'ipotesi della doppia causalità, ovvero dell'impatto della salute sullo sviluppo economico e viceversa; una prospettiva "microeconomica" focalizzata essenzialmente all'analisi dell'impatto della salute sulla produttività del lavoro; una prospettiva "macroeconomica" tesa a valutare il contributo della salute alla crescita economica tanto dei paesi a medio e basso reddito quanto di quelli ad alto reddito.

Non entreremo dettagliatamente nel merito della prima prospettiva di analisi menzionata, quella storica, in quanto abbiamo avuto modo di

parlarne precedentemente (cap. I). Ricordiamo solo che si deve agli studi di Robert Fogel (1997) l'aver richiamato l'attenzione sulla salute come uno dei fattori che hanno svolto un ruolo determinante negli attuali livelli di sviluppo economico nei paesi ad economia avanzata.

Per quanto concerne la seconda prospettiva di analisi che abbiamo definito "microeconomica", essa comprende gli studi intrapresi a livello individuale e familiare all'interno dei paesi. Questo non solo è l'approccio di ricerca che è stato maggiormente intrapreso per valutare l'impatto della salute nei paesi ad economia avanzata, ma è anche quello che maggiormente supporta la validità dell'ipotesi della doppia causalità salute-crescita economica negli stessi.

Gli studi che rientrano nella prospettiva "macroeconomica" sono sostanzialmente quelli comparati i cui controversi risultati hanno contribuito a generare un fertile dibattito sul ruolo che la salute e di conseguenza il sistema salute come parte essenziale del welfare state, svolge nel sostenere e promuovere il processo di sviluppo economico nei paesi ad alto reddito.

È a questi ultimi due approcci di ricerca che verrà dedicato il presente capitolo. Un breve cenno verrà fatto su un versante di indagine che è particolarmente sviluppato negli Stati Uniti ed è quello che nella letteratura viene definito "l'approccio dei costi della malattia".

3.2 L'approccio dei costi della malattia

Gli studi conosciuti nella letteratura come “studi sui costi della malattia”, sebbene non si siano interessati direttamente del peso economico della salute/malattia sullo sviluppo economico, sono quelli che per primi hanno richiamato l'attenzione sulla probabile connessione sostanziale tra salute e risultati economici. L'approccio dei costi delle malattie, un filone di studi particolarmente sviluppato negli Stati Uniti fin dagli anni settanta, si interessa sia della stima delle risorse (in termini monetari) utilizzate per la prevenzione, la diagnosi e la cura della malattia, sia dell'entità delle conseguenze negative (in termini di perdita di produttività) della malattia stessa per l'intero sistema sociale.

I costi associati a particolari malattie o fattori di rischio vengono suddivisi in tre componenti: costi diretti, costi indiretti e costi intangibili. I costi diretti comprendono i costi legati alla prevenzione, diagnosi e cura della malattia, compresi i costi di degenza, di dimissione, di presa in carico, di riabilitazione, i costi del servizio di salute pubblica e la spesa farmaceutica.

I costi indiretti rappresentano l'entità della perdita di produttività potenziale di un paziente che è troppo malato per lavorare o che muore prematuramente.

I costi intangibili hanno a che vedere con la dimensione psicologica della malattia, misurati come perdita di utilità associata alla sofferenza causata dalla malattia stessa o alla perdita di una persona cara o alla disabilità che una malattia può causare.

Qui di seguito riportiamo una tabella elaborata da Liu e colleghi in uno studio svolto in Gran Bretagna (2002), dalla quale è possibile avere

un'immagine dell'impatto economico, attraverso i costi indiretti, delle varie categorie di malattie prese in considerazione.

Table 1 –
Costs of selected diseases in the UK (GBP million, 1999 prices)

Disease group	Direct health costs	Indirect costs	Total	Authors and year of publication
Coronary heart disease	1 730	5 325	7 055	Liu et al. 2002
Back pain	1 673	5 143	6 816	Maniadakis and Gray 2000
Rheumatoid arthritis	969	1 049	2 018	McIntosh 1996
Alzheimer's disease	1 993	—	1 993	Gray and Fenn 1993
Lower respiratory tract infections	1 825	—	1 825	Guest and Morris 1996
Stroke	1 655	—	1 655	Dale 1989
Diabetes	1 304	—	1 304	Laing and Williams 1989
Arthritis	978	—	978	Wyles 1992
Multiple sclerosis	85	452	536	Holmes et al. 1995
Migraine	45	378	424	Bosanquet and Zammit-Lucia 1991
Deep vein thrombosis and pulmonary embolism	386	—	386	Griffin 1996
Depression	366	—	366	Jonsson and Bebbington 1994
Insulin dependent diabetes mellitus	273	—	273	Gray et al. 1995
Critical limb ischaemia	269	—	269	Hart and Guest 1995
Epilepsy	235	—	235	Griffin and Wyles 1991
Benign prostatic hyperplasia	134	21	155	Drummond et al. 1993

Source: Liu et al. 2002.

Le problematiche metodologiche connesse alla stima delle voci di costo, nonché la difficoltà nell'individuare una chiara relazione causale tra le due dimensioni, salute e risultati economici, ne fanno un filone che è rimasto chiuso in se stesso e che ha rilevanza più per la misurazione delle

performance del sistema salute e per le attività di programmazione dello stesso.

Bisogna però riconoscere a tale approccio il merito di aver promosso l'allargamento della prospettiva di analisi e ricerca soprattutto nei paesi ad economia avanzata. L'attenzione che l'approccio dei costi delle malattie ha dato ad alcune categorie di malattie (malattie cardiovascolari e malattie mentali) e fattori di rischio (diabete, obesità, fumo e alcol) che caratterizzano lo status di salute della popolazione nei paesi ad alto reddito (Liu et al., 2002), come vedremo, ha contribuito all'apertura di nuovi versanti di ricerca nella prospettiva macroeconomica.

3.3 Gli studi sull'impatto economico della salute a livello microeconomico

L'attenzione posta dagli studi sui costi delle malattie sulla perdita di produttività dovute al cattivo stato di salute hanno contribuito al nascere di un'ulteriore fronte di ricerca interessato a valutare l'impatto che la salute ha direttamente sul lavoro degli individui e indirettamente sui loro guadagni e conseguentemente sullo sviluppo economico. Questa tradizione di ricerca, sviluppatasi negli Stati Uniti, ha preso avvio dall'iniziale elaborazione del modello di domanda di salute elaborato da Grossman (1972), il quale per primo ha richiamato l'attenzione sulla complessa relazione che intercorre tra lavoro, guadagno e salute, nonché sugli effetti positivi che il buon stato di salute ha sulla capacità di produrre reddito (1974). Nel controverso dibattito in corso nei paesi ad alto reddito sulla relazione che intercorre tra salute e sviluppo economico i risultati delle indagini empiriche sugli effetti a livello microeconomico della salute sulla partecipazione al mercato del lavoro e conseguentemente sul reddito, sono quelle che sostanziano maggiormente l'ipotesi secondo cui la salute rappresenta uno dei determinanti sostanziali dello sviluppo economico.

Luft (1975) ispirandosi alla ricerca di Grossman, valuta i diversi effetti dello status di salute della popolazione occupata sui guadagni e sulla loro perdita nell'economia degli Stati Uniti nel 1967. Su un campione rappresentativo della popolazione occupata Luft (1975) misura gli effetti dello status di salute sui differenti componenti dei guadagni (partecipazione al mercato del lavoro, paga oraria e ore settimanali lavorate), giungendo alla conclusione che il cattivo stato di salute spiega la perdita del 6,2% dei guadagni complessivi.

Fukui e Iwamoto (2003) in una indagine svolta in Giappone su un campione di popolazione maschile occupata compresa nella fascia di età 30-54 negli anni 1989, 1992 e 1995, stimano che circa l'1% dei guadagni persi possono essere attribuiti al cattivo stato di salute degli individui. Sebbene la stima della perdita di guadagno imputabile al cattivo stato di salute sia più bassa di quella rilevata nello studio di Luft (1975), l'importo è comunque significativo.

Nell'ambito dello stesso approccio, vi sono tutta una serie di ricerche che si sono interessate di valutare gli effetti che determinate patologie a medio e lungo termine hanno sia sul lavoro sia sulla partecipazione stessa al mercato del lavoro, e conseguentemente, sui redditi degli individui. Un esempio è la ricerca svolta negli Stati Uniti da Bartel e Taubman (1979) su un campione di 2500 uomini bianchi nati tra il 1917 ed il 1927, i cui risultati confermano l'esistenza di una forte correlazione tra la persistenza nel tempo di un cattivo stato di salute e la perdita di guadagni degli individui: per gli individui di 50 anni che nei dieci anni precedenti all'intervista avevano contratto determinate patologie (malattie del cuore, ipertensione, artrite, bronchite, enfisema, asma, disturbi del sistema nervoso e psichico) l'importo della perdita dei guadagni si aggirava tra il 20-30%.

Un ulteriore sostegno empirico all'ipotesi della forte correlazione tra le persistenti condizioni di malattie e decrementi nei livelli di reddito degli individui è fornito dalle indagini svolte da Chirikos e Nestel (1985) e Gustman e Steinmeier (1986). In particolare lo studio di Chirikos e Nestel (1985) mette in risalto che tenendo sotto controllo le variabili età, sesso, razza, categoria professionale, altri redditi familiari e bambini inferiori ai sei anni per donna, è possibile vedere che sebbene l'impatto dello status di salute influenzi il monte ore lavorative di tutti i gruppi presi in esame, la sua intensità cambia di valore in base alle variabili prese in esame. L'impatto negativo di uno scarso status di salute sulla partecipazione al mercato del lavoro è più alto per entrambe i sessi tra le persone di colore rispetto ai bianchi; all'interno dei singoli gruppi distinti in basse

all'appartenenza razziale è più intenso per le donne piuttosto che per gli uomini.

Gustman e Steinmeier (1986) per verificare ulteriormente l'ipotesi di partenza inseriscono nello studio come variabile di controllo l'età di occorrenza della malattia e il tipo di impiego (tempo pieno, part-time) giungendo ai seguenti risultati. Quando una malattia si presenta prima dei 55 anni, la malattia a lungo termine riduce i guadagni di 3,1% tra gli occupati a tempo pieno, e di 4,9 % tra gli occupati a part-time; una malattia a breve termine ha un effetto minore tra gli impiegati a tempo pieno (0,7%) ed un più sostenuto effetto per quelli a part-time (12%). Mentre se una malattia si presenta dopo i 55 anni ed è a lungo termine gli effetti sui guadagni degli occupati a tempo pieno in termini di perdita è dell'8,4% e del 7,2% per gli occupati a part-time; se la malattia è a breve termine gli effetti sono sostanzialmente più piccoli per entrambe le categorie di occupati presi in considerazione nell'indagine ed è rispettivamente del 4,2% e del 3,7%.

Anche una più recente indagine svolta sempre negli Stati Uniti da Pelkowski e Berger (2004) conferma empiricamente l'impatto che le precarie condizioni di salute, distinte in temporanee e permanenti, hanno sulla partecipazione al mercato del lavoro misurato in termini di ore lavorative. Un impatto decisamente più significativo sulla riduzione di ore di lavoro si ha in presenza di un cattivo stato di salute permanente con un'intensità del 6,9% per gli uomini e del 4,5% per le donne, mentre statisticamente non significativi vengono considerati gli effetti di temporanei episodi di malattia su entrambi i sessi. Inoltre, quando gli autori (2004) inseriscono nel modello di analisi come variabile di controllo l'età di insorgenza dei problemi di salute trovano che i più rilevanti decrementi sia nei guadagni sia nelle ore lavorate sono stati osservati per quegli individui i cui problemi di salute sono iniziati ad una determinata età: per gli uomini all'età di quaranta anni, per le donne all'età di trenta.

In Europa l'interesse per questo tipo di indagini empiriche è recente. Le tematiche maggiormente investigate riguardano sia l'impatto che le

malattie croniche debilitanti hanno sulla partecipazione al mercato del lavoro e conseguentemente sul reddito, sia la disuguaglianza di genere (Hansen, 2000; Gambin, 2004). In questo ambito di ricerca possono essere collocati gli studi intrapresi in Spagna (Pagàn e Marchante, 2004), in Svezia (Lindholm, 2001), in Germania (Lechner e Vazquez-Alvarez, 2004), in Olanda (Van de Mheen et al., 1999), in Gran Bretagna (Disney et al., 2003), in Irlanda (Gannon e Nolan, 2003), in Svezia (Andrén e Palmer, 2001; Hansen, 2000).

In tutte le indagini sopra citate viene trovata una forte correlazione positiva tra deterioramento dello status di salute dovuto malattie croniche e riduzione della partecipazione al mercato del lavoro ed anche fuoriuscita dallo stesso. Inoltre gli studi di Hansen (2001) e Gambin (2004) mettono in rilievo come la correlazione tra salute e lavoro e indirettamente reddito abbia un'intensità maggiore nelle donne rispetto agli uomini.

Un'altro filone di ricerca si è interessato al ruolo di alcune variabili fisiologiche come l'altezza, il peso e l'indice di massa corporea utilizzate come proxy di salute, nel determinare direttamente i risultati nel mercato del lavoro e indirettamente il reddito. Inizialmente questo tipo di indagini sono state svolte principalmente nei paesi in via di sviluppo, dove la prestanza fisica ha certamente maggiore importanza in un mercato del lavoro prevalentemente manuale, e solo recentemente hanno trovato applicazione nei paesi ad alto reddito. Sebbene le evidenze empiriche confermino una significativa relazione tra queste variabili ed i risultati economici degli individui (Strass e Thomas, 1998), l'interpretazione si rivela complessa poiché chiama in causa gli effetti sociali correlati a queste variabili in termini di prestigio sociale per quanto concerne l'altezza (Judge e Cable, 2004) e in termini di processi di stigmatizzazione per quanto concerne l'obesità (Thomas e Frankenberg, 2002).

Abbiamo avuto modo di constatare l'esistenza di una consistente letteratura empirica che si è interessata di indagare a livello microeconomico l'impatto della salute sul mercato del lavoro, ovvero sul ruolo svolto dalla salute nell'incrementare o ridurre il tempo di lavoro degli

individui e di conseguenza il loro guadagno. Sebbene ci siano delle forti evidenze empiriche che confermano quanto il buon status di salute incrementi la partecipazione al mercato del lavoro e conseguentemente la performance del sistema economico, non vi è un accordo univoco sull'intensità di tale relazione. Data l'eterogeneità dei protocolli di ricerca la comparabilità dei dati delle indagini svolte nei singoli paesi risulta di difficile attuazione.

3.4 Gli studi sull'impatto economico della salute a livello macroeconomico

Negli ultimi quindici anni di dibattito sullo sviluppo si è assistito ad un crescente interesse per il ruolo della salute nel determinare processi di crescita economica a lungo termine. Un interesse che ha promosso il proliferare di ricerche empiriche tese sia a valutarne il peso in termini economici sia a spiegare i differenti livelli di benessere tra i paesi ricchi e poveri in base alla salute stessa. La maggior parte di questi studi si sono dedicati a misurare l'impatto macroeconomico della salute sui tassi di crescita economica nei paesi in via di sviluppo, convalidando l'ipotesi della doppia causalità salute-reddito. Da questi studi è emersa una significativa influenza dell'aspettativa di vita o della mortalità adulta²⁴ sullo sviluppo economico dei paesi a basso e medio reddito (Barro, 1996; Sachs e Warner, 1997; Bloom, Canning e Savilla, 2001; Jamison et al., 2004).

Un incremento del 40% nell'aspettativa di vita della popolazione nei paesi in via di sviluppo promuove, secondo Barro (1996), l'aumento di 1,4 punti percentuali del prodotto interno lordo degli stessi. Bloom e colleghi (2001) forniscono delle sostanziali evidenze empiriche sui potenziali effetti positivi degli investimenti nella salute e nell'educazione sulla crescita economica di un gran numero di paesi presi a campione. Il loro modello di analisi è costruito in modo da poter esaminare quanto gli effetti della salute a livello microeconomico (come capitale umano) sul reddito pro capite degli individui possono essere estesi a livello aggregato, determinando un

²⁴ In questo tipo di indagini gli indicatori principali che vengono utilizzati per misurare lo status di salute della popolazione di riferimento sono l'aspettativa di vita o la mortalità adulta. Altri indicatori utilizzati e che consentono più approfondite e significative analisi sono la mortalità infantile, la mortalità sotto i cinque anni di vita e la mortalità materna.

positivo effetto a livello macroeconomico. Altri studi utilizzano l'approccio promosso da Bloom e colleghi (2001) nei quali gli effetti microeconomici del capitale umano di salute e di istruzione sono utilizzati per calibrare il modello della funzione aggregata di prodotto (Bloom e Canning, 2002; Weil, 2004).

Nella letteratura internazionale se l'ipotesi della linearità della relazione tra salute e crescita economica trova solide conferme negli studi empirici a livello microeconomico, i risultati ottenuti negli studi macroeconomici sollevano controverse interpretazioni in merito alla linearità della relazione tra reddito e salute, e dunque, alla relazione di causalità tra le due dimensioni.

Già Preston (1974) aveva messo in evidenza la non linearità della relazione internazionale tra reddito e salute, misurata con l'aspettativa di vita al crescere del reddito stesso nei paesi presi in considerazione. Evidenza confermata in uno studio più recente intrapreso da Bhargava e colleghi (2001) e teso a valutare gli effetti della salute sulla crescita economica di un set di paesi a basso, medio ed alto reddito nell'arco di tempo che va dal 1965 ed il 1990. Prendendo come proxy di salute il tasso di sopravvivenza adulta tra i 15 ed i 60 anni e mettendolo in relazione con i redditi pro capite nello stesso periodo di tempo, gli autori (2001) giungono alla conclusione che al di sopra di una certa soglia di reddito il tasso di sopravvivenza adulta ha un effetto trascurabile e in alcuni casi negativo sul tasso di crescita. Mentre invece al di sotto di tale soglia di reddito l'effetto è positivo come ad esempio nei paesi a basso e medio reddito dove un incremento dell'1% nel tasso di sopravvivenza in età adulta è positivamente associato con l'aumento dello 0,05% del tasso di crescita economica.

Dunque se le ricerche per valutare gli impatti economici del fattore salute nei paesi in via di sviluppo sono in numero considerevole e buona parte confermano ne il determinante apporto positivo, altrettanto non si può dire per quelle ricerche che si sono dedicate specificatamente alla salute come determinante fondamentale dei livelli di reddito e della crescita economica

nei paesi ad alto reddito. Nei casi in cui questo è stato fatto non sempre è stata trovata una relazione positiva tra la salute e la crescita economica, anzi in alcune ricerche è emersa una relazione negativa.

I pochissimi studi intrapresi, seppure da prospettive diverse e con l'utilizzo di diversi indicatori di salute, giungono alla comune conclusione che gli effetti della salute sia sui tassi di crescita economica (Knowles e Owen, 1995) sia sui livelli di reddito pro capite ((Knowles e Owen, 1997) sono statisticamente insignificanti.

In contrasto con i risultati delle indagini sopra citate sono i lavori di Rivera e Currais (1999 a, b) e Beraldo e colleghi (2005), i quali utilizzano la spesa pubblica per la salute in termini di percentuale del prodotto interno lordo come proxy per misurare lo status di salute dei paesi appartenenti all'OECD. In tutti e tre gli studi viene trovato un significativo impatto della spesa pubblica per la salute sia sui tassi di crescita economica che sui livelli di reddito pro capite. Il ruolo fondamentale della politica pubblica a sostegno della salute come chiave per creare le condizioni per un costante processo di crescita economica viene messa in rilievo anche da uno studio storico svolto da Brinkley (2001) negli Stati Uniti. L'autore (Brinkley, 2001) utilizza come proxy della ricchezza del paese il prodotto interno lordo dal 1900 al 1991 e lo mette a confronto con quattro indicatori di salute di salute, l'aspettativa di vita, il tasso di mortalità infantile, il tasso di mortalità e gli investimenti nella ricerca medica. Brinkley (2001) vaglia entrambe le direzioni causali nella relazione salute-ricchezza: l'ipotesi che la ricchezza in termini di reddito sia il principale determinante della salute; l'ipotesi che la salute determini il reddito. I risultati della ricerca di Brinkley (2001) mostrano che per tutti e quattro gli indicatori di salute considerati la relazione causale si muove dalla salute alla ricchezza e non viceversa. Nonostante le critiche sull'attendibilità di queste ricerche, dovute principalmente alla scelta dell'indicatore per misurare la salute, sono molte le controverse implicazioni politiche che tali risultati suscitano.

Nei paesi ad economia avanzata il dibattito verte proprio sulla sostenibilità del welfare state, sul ruolo che esso gioca nel sostenere e promuovere la

crescita economica o nell'impedirla. Le argomentazioni a sfavore del welfare state si basano essenzialmente sull'idea che il sistema di tassazione utilizzato per finanziare lo stesso ha degli effetti distorsivi sull'ottimale allocazione e distribuzione della ricchezza e di conseguenza sulla salute sia a livello individuale che aggregato.

Sul versante opposto viene messo in risalto come le risorse finanziarie recuperate attraverso il sistema di tassazione permettono al sistema di welfare state di implementare politiche pubbliche che hanno effettivi positivi sulla salute della popolazione, sul lavoro e sull'istruzione e attraverso questi canali, sullo sviluppo che compensano ampiamente gli effetti distorsivi del sistema di tassazione (Lindert, 2004); Atkinson, 1994).

Le recenti performance economiche di alcuni paesi del Nord Europa sembrano fornire una valida argomentazione per respingere l'ipotesi che l'elevato sistema di tassazione per finanziare la politica pubblica rappresenti un freno per lo sviluppo economico. Un recente lavoro di ricerca svolto da Suhrcke e Urban (2005) si è occupato proprio di indagare sul ruolo che la salute svolge sui processi di crescita economica di una ampio campione di paesi, di cui 26 sono ad alto reddito, nel periodo che va dal 1960 al 2000. In questa indagine non vengono usati i tradizionali indicatori di salute, quali l'aspettativa di vita o la mortalità, ma bensì l'incidenza delle malattie non trasmissibili come le malattie cardiovascolari che caratterizzano maggiormente il modello di salute delle società ad alto reddito piuttosto che quelle a medio e basso reddito. Il risultati della ricerca evidenziano come i tassi di mortalità dovute alle malattie cardiovascolari nella popolazione in età lavorativa spiegano una buona parte della crescita economica nei paesi ad economia avanzata: una riduzione del 10% della mortalità per questo tipo di patologie è associata con un incremento del tasso di crescita del prodotto interno lordo di un punto percentuale. Mentre nei paesi a medio e basso reddito l'impatto della mortalità dovuta alle malattie cardiovascolari risulta avere un insignificante impatto sulla crescita economica degli stessi.

Abbiamo avuto modo di vedere come negli studi che utilizzano l'aspettativa di vita (Knowels e Owen, 1997) o la mortalità o la speranza di vita (Bhargava et al., 2001) in generale registrino un impatto economico positivo della salute nei paesi a basso e medio reddito ma un insignificante relazione se non di segno negativo tra la salute e lo sviluppo economico nei paesi ad alto reddito. Questa ricerca mette proprio in evidenza come sia necessario scegliere gli indicatori di salute adeguati ai contesti di riferimento.

La mortalità o l'aspettativa di vita media può rivelarsi un valido indicatore di salute nei paesi a basso e medio reddito e rivelarsi adeguato nelle operazioni di correlazione con le variabili economiche. Mentre, per i paesi ad alto reddito, dove tendenzialmente l'aspettativa di vita è piuttosto alta a livello aggregato e i tassi di mortalità sono relativamente bassi, è chiaro che la relazione tra crescita economica e salute perde di significato.

Osservazioni conclusive

Nel corso di questo capitolo abbiamo avuto modo di vedere come è nato e come si è sviluppato il filone di studi empirici che indagano sul rapporto che sussiste tra sviluppo economico e salute tanto nei paesi in via di sviluppo quanto in quelli ad economia avanzata. Un filone di studi che negli Stati Uniti ha ormai una consolidata tradizione, ma che in Europa è stato intrapreso solo negli ultimissimi anni. Si tratta di studi che sebbene abbiano una matrice squisitamente economica, nascono infatti dalla teoria economica del capitale umano (Becker, 1964), si impongono all'attenzione tanto della riflessione sociologica quanto di quella politica.

Dal punto di vista sociologico le implicazioni sono molteplici e investono sia la dimensione strutturale sia quella etica, in quanto riguardano l'idea che si ha della società complessiva, delle relazioni tra le parti che la compongono e del suo sviluppo. Ci sembra di notare che la tesi di fondo di questo tipo di approccio si richiama ad un effetto selezione letto in un registro quasi darwiniano: lo stato di salute degli individui dipenderebbe solo in minima parte dalle condizioni economiche e sociali del proprio ambiente; piuttosto sarebbe il capitale biologico proprio di un individuo a condizionare l'accesso alle diverse posizioni sociali, così come la mobilità tra di esse.

Nonostante tutto e con le dovute avvertenze e precisazioni per l'uso, dal punto di vista politico, tali risultati implicano che gli investimenti nella salute, proprio in virtù del peso economico della salute stessa, rappresentano una parte essenziale della strategia di sviluppo economico tanto dei paesi poveri quanto di quelli ricchi. Sebbene queste indagini siano nate e abbiano trovato una maggiore applicazione nell'ambito strettamente economico, questo non vuol dire che non possano fornire

spunti di riflessione che ne allarghino la prospettiva di analisi e di interpretazione.

In questo senso le abbiamo volute intendere, come supporto alla tesi che muove questo nostro lavoro di ricerca e che vuole richiamare l'attenzione sul ruolo svolto da una delle libertà sostanziali e che connota il grado e la qualità dello sviluppo stesso: la salute.

PARTE II
ASPETTI METODOLOGICI

4. Metodologie e metodi di ricerca

4.1 La misurazione dello status di salute

È possibile studiare il fenomeno salute ed il suo andamento nel tempo in molti modi, ovviamente dipendenti dalle necessità teorico-esplicative o politiche. Come abbiamo più volte sottolineato nel corso del presente lavoro, “salute” è un concetto multidimensionale e viene definita come la capacità degli individui di essere in equilibrio con se stessi e con il contesto nel quale sono inseriti e di godere quindi di un “completo benessere, fisico, mentale e sociale”²⁵. Non viene concepita, quindi solo come assenza di malattia sia essa fisica o mentale, ma come benessere globale che investe tanto le dimensioni fisiche quanto quelle relazionali. Data la complessità del concetto e dei molteplici fattori che si interrelazionano con essa è chiara anche la difficoltà nell’aver una singola misura standard dello status di salute sia a livello individuale che per le popolazioni.

Le condizioni di salute si possono misurare con vari indici, “soggettivi” o “oggettivi”, che vanno dalla morbilità riferita direttamente dai soggetti colpiti alla prevalenza di invalidità o disturbi cronici diagnosticati dai medici.

Tuttavia vi sono molti limiti nella disponibilità e validità di tali indici. Spesso il tasso di mortalità, che pure presenta molti punti deboli come indice di salute, è l’indicatore più usato per misurare la salute di una popolazione, Ed è l’unico dato che si può considerare relativamente attendibile soprattutto per i raffronti tra i vari paesi e la descrizione delle tendenze in atto. Nella terza edizione di Health at Glance, il recente rapporto pubblicato dall’OECD (Organization for Economic Co-operation and

²⁵ O.M.S. Dichiarazione di Alma Alta, 1978.

Development, 2005) sullo stato di salute e sui sistemi sanitari in 30 paesi sviluppati, viene presentata e suggerita una selezione di indicatori chiave per misurare lo stato di salute delle popolazioni. Per misurare lo stato di salute, oltre al già citato tasso di mortalità per tutte le cause e per determinate cause di morte (malattie cardio-vascolari, cancro), vengono utilizzati altri indicatori come la speranza di vita alla nascita, la mortalità per cause esterne (incidenti stradali, morti accidentali, omicidi, suicidi), la mortalità infantile ad un anno di vita, il basso peso alla nascita, lo stato della salute dentale tra i bambini (2005). Ma sullo stato di salute incidono anche determinanti che esulano dal campo strettamente sanitario e che hanno a che vedere con gli stili di vita degli individui, o con le caratteristiche strutturali e funzionali dei sistemi sanitari stessi. Per valutarne il peso possono essere usati indicatori relativi al consumo di tabacco, di alcol, di cibo e il tasso di soprappeso e obesità²⁶. Nel citato rapporto OECD (2005) per valutare le caratteristiche strutturali e funzionali dei sistemi sanitari sono stati selezionati molteplici indicatori che permettono valide comparazioni tra i diversi sistemi di cura.

La costruzione di indicatori di funzionalità del sistema di cura possono essere ricavati dai dati offerti dalle rilevazioni degli Istituti di Statistica Nazionale dei singoli paesi, e permettono a livello nazionale la valutazione dei sistemi di cura stessa, e a livello internazionale la comparazione tra sistemi di cura. Tra i principali indicatori utilizzati nelle ricerche valutative dei sistemi di cura figurano il tasso di ospedalizzazione della popolazione²⁷, il tasso di dimissione ospedaliera e la dotazione media dei posti letto ogni mille abitanti²⁸. Da queste informazioni è possibile ricavare ulteriori indicatori di funzionalità che rappresentano a loro volta anche degli indicatori di efficienza, come la degenza media (DM)²⁹, il tasso di

²⁶ La misura di soprappeso e obesità si basa sull'indice di massa corporea (BMI) espresso dal rapporto tra peso e altezza dell'individuo.

²⁷ È il rapporto tra il numero dei degenti e la popolazione residente nell'anno.

²⁸ Esistono degli standard medi che fissano 5.5 posti letto necessari ogni 1000 abitanti. L'indice è anche denominato Indice di recettività.

²⁹ Misura il rapporto tra le giornate di degenza e i degenti ed esprime il tempo che mediamente intercorre tra l'ingresso in ospedale e la sua dimissione.

utilizzazione dei posti letto (TU)³⁰, l'indice di rotazione (IR)³¹, l'indice dell'intervallo di turn-over³², il tasso di ricorso al pronto soccorso³³, i dati relativi agli ammessi ai servizi psichiatrici o agli aborti spontanei e volontari³⁴. Ai precedenti indicatori, si aggiungono: il rapporto tra posti letto e, rispettivamente, il numero dei medici³⁵ e del personale paramedico; il rapporto tra il numero delle unità di personale e la popolazione media residente; i livelli di remunerazione dei professionisti della salute; la diffusione della tecnologia medica (TAC, Risonanza Magnetica, Radio Terapia, Mammografia); il numero dei contatti con il sistema di cura³⁶; le vaccinazioni dei bambini; l'immunizzazione degli anziani per l'influenza; le procedure cardio-vascolari (Angio-plastica e Bypass coronario; il tasso dei parti cesarei); le procedure in Day-Hospital (es. cataratta).

Ulteriori variabili utili sia per la valutazione nazionale del sistema di cura, sia per esigenze di comparabilità dei sistemi a livello internazionale sono la spesa e il finanziamento del sistema stesso i cui indicatori sono:

il livello di spesa pro capite; il livello di spesa pro capite in relazione al prodotto interno lordo; il livello di spesa in base alle diverse funzioni di cura (cura, prevenzione, riabilitazione e cure a lungo termine); la spesa farmaceutica; le fonti di finanziamento.

Gli indicatori passati sommariamente in rassegna sono quelli maggiormente utilizzati nelle indagini sia nazionali che internazionali, ma vi è tutta una letteratura che si è occupata e si occupa di costruire un

³⁰ Esprime il rapporto tra le giornate di degenza effettive e quelle teoricamente possibili, ed esprime la reale occupazione dei posti letto rispetto alla dotazione disponibile.

³¹ Misura il numero dei ricoveri mediamente sopportati da ciascun posto letto nell'arco di un anno. L'IR rappresenta un importante indice di produttività.

³² Misura il rapporto tra la differenza fra le giornate di degenza teoriche e le giornate effettive per il numero dei ricoveri effettuati. Questo indice misura il tempo medio che intercorre tra la dimissione di un paziente e l'ammissione di un altro.

³³ Il tasso di ricorso al pronto soccorso esprime il rapporto tra il numero dei contatti con il pronto soccorso e la popolazione media residente

³⁴ Per quanto concerne gli indicatori sugli ammessi ai Servizi Psichiatrici ci riferiamo alla percentuale di primo ricovero, alla percentuale di ricovero obbligato, al tasso di ammissione per disturbi psichici ogni 100.000 abitanti. Per i dati sugli aborti gli indicatori sono più complessi e si riferiscono al tasso specifico per età di abortività, al tasso grezzo di abortività e al tasso di abortività totale.

³⁵ Vengono utilizzati separatamente gli indicatori che si riferiscono ai medici di medicina generale e specialistica e quelli relativi all'area pediatrica.

³⁶ Tale misura si riferisce al rapporto tra il numero dei contatti con medici generici e specialisti e l'intera popolazione.

sistema di misurazione più dettagliato dello stato di salute e della qualità della vita. A tal proposito la comunità scientifica converge su un'idea misurabile di salute intesa come capacità di svolgere adeguatamente funzioni ascrivibile a tre aree fondamentali:

area fisica, che si riferisce all'ambito delle attività che richiedono la capacità dell'individuo di muoversi e di agire come camminare, vestirsi e alimentarsi (Bucchi e Neresini, 2001); area psicologica che comprende le funzioni cognitive dell'individuo, quali il linguaggio, le capacità logico-deduttive, la memoria, nonché l'autopercezione (2001); area sociale che concerne la sfera relazionale dell'individuo.

Per ciascuna di queste aree sono disponibili molteplici indicatori e di scale di funzionalità la maggior parte dei quali sono di matrice anglosassone. Tra i principali indicatori relativi all'area fisica figurano l'indice di Karnofsky, il quale misura la funzionalità fisica e il livello di autosufficienza mediante descrittori generici; la scala ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) adottata dall'OMS e molto simile al precedente indice, misura lo stato funzionale fisico di un individuo; la scala ADL (Activities of daily living) attraverso la quale viene misurata la capacità di un individuo di svolgere le principali attività della vita quotidiana; la scala IADL (Instrumental Activities of Daily Living), misura otto funzioni fisiche più complesse che vanno dal parlare al telefono, alla preparazione del cibo, alla capacità di maneggiare denaro, alla responsabilità nell'uso dei medicinali.

Vi sono poi, indicatori multidimensionali costituiti da questionari in grado di misurare lo stato generale di salute autopercepito come il Nottingham Health Profile (NHP), lo Short Form 36 (l'SF-36), il Sickness Impact Profile (SIP).

Di numero certamente più consistente sono gli indicatori relativi all'area psicologica in quanto vengono rilevate varie dimensioni quali gli stati ansiosi e depressivi, il benessere e la soddisfazione, l'efficienza intellettuale³⁷.

³⁷ Per maggiori approfondimenti si rimanda al testo di Labrozzi (1995), in appendice del quale sono riportate numerose scale e questionari per la valutazione della salute.

Per quanto riguarda gli indicatori relativi all'area sociale citiamo due principali strumenti: The Social Relationship Scale (SRS) che permette di misurare estensione e struttura delle reti sociali individuali in sei aree della vita quotidiana (lavoro, economia, famiglia, salute, vita sociale, collettività di appartenenza); The Social Health Battery, il quale attraverso undici items cerca di individuare oggettivamente le risorse sociali possedute dagli individui, e il livello di integrazione in famiglia, con gli amici e nella comunità.

4.2 Indicatori utilizzati nelle indagini sul rapporto tra sviluppo e salute

Nel corso degli ultimi anni si sono moltiplicate le indagini sul rapporto che intercorre tra salute e sviluppo economico. Un tema che inizialmente ha interessato i paesi in via di sviluppo ma che recentemente assume sempre maggiore rilevanza anche nelle strategie di sviluppo dei paesi ad economia avanzata. Promotrici di questo recente campo di interesse sono state le Nazioni Unite, attraverso il lavoro dell'Agenzia per lo sviluppo (UNDP), e la Banca Mondiale. Nel gennaio del 2000 anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha istituito una specifica Commissione (CMH)³⁸, per stabilire il ruolo della salute nello sviluppo economico globale e nelle strategie di riduzione della povertà. Nel 2001 la Commissione ha pubblicato il primo rapporto focalizzato sui paesi a basso e medio reddito caratterizzati da una bassa aspettativa di vita e da alti tassi di mortalità rispetto al resto del mondo. Nel rapporto vengono utilizzati una serie di indicatori tesi a valutare il peso delle dimensioni ecologiche, sociali, demografiche, economiche e politiche che influenzano la salute ed il livello di sviluppo economico delle popolazioni.

I tradizionali indicatori dello stato di salute della popolazione (aspettativa di vita alla nascita, mortalità infantile, mortalità materna ecc.) e delle caratteristiche funzionali dei sistemi di cura esposti nel paragrafo precedente, vengono messi in relazione con il reddito pro capite, con il prodotto interno lordo, con i tassi di spesa sanitaria, con i tassi di finanziamento pro capite, con i tassi di fertilità, con i tassi di crescita della popolazione, con i tassi di prelievo fiscale, con i tassi di alfabetizzazione

³⁸ Commission on Macroeconomics and Health.

generali e delle donne in particolare, accesso alle medicine essenziali, tassi di donazione internazionale.

Sono state, inoltre, analizzate le influenze dirette e indirette di alcune condizioni di salute come HIV/AIDS, malaria, tubercolosi, malattie infettive dei bambini (alcune delle quali sono prevenibili mediante opportune campagne di vaccinazione), condizioni materne e perinatali, malattie correlate al consumo di tabacco e deficienze alimentari, sia sui deficit di salute che sullo sviluppo economico. Oltre ai costi associati direttamente con episodi di malattia (tassi di mortalità e mortalità prematura), vengono valutati gli effetti di episodi di malattie non fatali, occorse nel periodo di sviluppo, sull'intero ciclo di vita³⁹.

Dal 1990, l'UNDP (United Nation Development Programme) pubblica un rapporto annuale su ampi aspetti dello sviluppo umano, attraverso l'elaborazione di un indice di sviluppo umano (ISU) che combina le dimensioni di sviluppo economico con quelle sociali. Le principali dimensioni dello sviluppo umano prese in considerazione sono la longevità, la conoscenza e lo standard di vita. L'indice, calcolato ogni anno per i vari paesi nei Rapporti sullo Sviluppo Umano dell'UNDP, è costruito combinando tre diversi indicatori per ogni dimensione considerata a livello nazionale: il PIL pro capite, la speranza di vita alla nascita e il tasso di alfabetizzazione. La dimensione della conoscenza viene misurata mediante due indicatori: il tasso di alfabetizzazione degli individui, e il rapporto lordo di iscrizione scolastica congiunta al primo, secondo e terzo livello. L'indice di mortalità infantile è ampiamente usato come indicatore dello status di salute della popolazione in quanto è associato con l'educazione, con lo sviluppo economico e con la disponibilità di servizi sanitari.

L'ISU è un indice complesso che varia da 0 a 1, a seconda di quanto il Paese si è avvicinato ai seguenti obiettivi: speranza di vita di 85 anni, accesso all'istruzione per tutti e reddito adeguato. Il settimo Rapporto sullo Sviluppo Umano, pubblicato nel 1996, esplora proprio la natura e la forza

³⁹ L'altezza in età adulta, utilizzato come indicatore di malnutrizione e di esperienze di malattia nell'infanzia, viene messo in relazione con il livello di istruzione e con i guadagni in età adulta.

dei legami tra crescita economica e sviluppo umano. Per quanto concerne il profilo strettamente sanitario, nel rapporto vengono utilizzati i seguenti indicatori: tasso di fumatori adulti; consumo di alcol pro capite; probabilità di morire per cardiopatie dopo i 65 anni; probabilità di morire per cancro dopo i 65 anni; persone disabili; spesa sanitaria sostenuta dall'assicurazione sanitaria pubblica; spesa pubblica per la sanità; spesa privata per la sanità.

Gli indicatori sintetici utilizzati per la costruzione dell'indice di sviluppo umano sono proxy di altre importanti variabili dello sviluppo umano. La speranza di vita alla nascita, ad esempio, misura indirettamente il livello e la qualità di nutrizione e di salute di una popolazione. L'indice di Sviluppo umano viene comparato con altri indicatori, alcuni dei quali influiscono sullo stato di salute di una popolazione quali l'accesso ai beni e ai servizi di base come l'acqua potabile, i servizi di cura e promozione della salute, gli impianti igienico-sanitari, altri riguardano l'esercizio dei diritti sociali e le opportunità di vivere a livelli adeguati. Indicatori esemplificativi di queste dimensioni possono essere il tasso di mortalità infantile sotto i cinque anni, il tasso dei bambini vaccinati nel primo anno di vita, il tasso di malnutrizione dei bambini al di sotto dei cinque anni di vita, il tasso di abitanti per medico, il tasso di scienziati e tecnici impegnati nella ricerca; la diffusione dei quotidiani e di apparecchi televisivi, di internet, ecc.

Un altro versante di ricerca di matrice essenzialmente economica nato negli Stati Uniti negli anni settanta, sulla scia delle elaborazioni teoriche della scuola di Chicago (Becker, 1964), si è interessato di misurare l'impatto economico della salute sul lavoro e sui guadagni a livello individuale e per aggregazione sui livelli di crescita nazionale dei paesi ad economia avanzata. Questo approccio di studio che rientra nell'ambito dell'ipotesi della doppia causalità salute-reddito, e di cui si è parlato in modo più dettagliato nel terzo capitolo, solo recentemente è stato intrapreso in contesto europeo.

4.3 I principali indicatori per la descrizione, l'analisi e la valutazione delle disuguaglianze di salute

Il presente paragrafo introduce le principali misure di frequenza delle condizioni di salute e passa in rassegna gli indicatori maggiormente utilizzati nella letteratura per la descrizione, l'analisi e la valutazione delle disuguaglianze di salute.

La maggior parte degli indicatori di salute usati generalmente in epidemiologia rientrano in due ampie categorie: misure di prevalenza e misure di incidenza. La prevalenza viene definita come il numero dei casi con una data condizione, presenti in una data popolazione in uno specifico intervallo temporale. Quando tale numero viene diviso per il totale della popolazione a rischio di sviluppare quella specifica condizione nello stesso intervallo di tempo si ottiene una misura definita "tasso di prevalenza"⁴⁰. L'incidenza esprime, invece, il numero di nuovi casi insorti in una popolazione in un determinato intervallo di tempo. In questo caso il rapporto tra tale valore e la popolazione a rischio nello stesso periodo produce due diversi indicatori: il "tasso o densità di incidenza", quando il denominatore è espresso in unità tempo/persona, o "l'incidenza cumulativa", quando il denominatore è costituito dal totale della popolazione a rischio all'inizio dell'intervallo⁴¹.

Il tasso di prevalenza e di incidenza sono entrambi delle proporzioni e rappresentano una stima rispettivamente della probabilità che un individuo sia affetto dalla condizione di studio nell'istante o nel periodo di tempo considerato, e della probabilità di contrarre la condizione nell'intervallo temporale preso in esame. La prevalenza di una malattia dipende dalla

⁴⁰ Last JM. A dictionary of epidemiology. New York, Oxford University Press, 2001

⁴¹ Ibidem

sua incidenza e dalla sua durata: tanto più la durata di una malattia è breve, tanto più le misure di incidenza e prevalenza tendono a coincidere. Viceversa, nel caso di una malattia cronica, il numero dei casi presenti tenderà ad aumentare e la prevalenza sarà maggiore dell'incidenza.

La distribuzione delle voci nosologiche, come le cause di decesso, riflette lo stato di salute della popolazione e la struttura dei fattori che la condizionano. Qui di seguito non verranno discusse in modo sistematico tutte le voci nosologiche, ma solo quelle che sono legate in modo significativo ai principali fattori di rischio con la mediazione dei quali le disuguaglianze sociali agiscono sulla salute. Sono queste le voci nosologiche che compaiono più spesso nei sistemi informativi sanitari disponibili per tutta la popolazione.

Il *tumore allo stomaco* viene solitamente considerato un indicatore di esperienza di vita prolungata in condizioni socioeconomiche sfavorevoli. La particolare concentrazione di fattori di rischio legati alla povertà, come le insalubri condizioni igienico-abitative o una scorretta alimentazione (base di amidi, di cibi conservati, poca frutta e verdure fresche) sembra significativamente correlata con l'alta incidenza sia di questa patologia sia delle malattie infettive. Qualunque sia la dimensione dello status socioeconomico e in tutti i paesi dei quali si hanno dati pertinenti, il rischio di morte per questa causa è doppia negli appartenenti agli strati più svantaggiati. Inoltre, è stata osservata un'estrema variabilità geografica nell'incidenza di questo tumore, e le popolazioni migranti tendono ad acquisire il rischio di quelle ospitanti avvalorando l'ipotesi di una forte influenza delle condizioni ambientali.

I *tumori del colon retto* rappresentano circa il 13-15% di tutti i tumori nei paesi occidentali. Si osservano consistenti differenze geografiche nella distribuzione della malattia associate a differenti stili di vita, all'interazione fra fattori genetici e ambientali e alle differenze di accesso alle cure appropriate. Anche in questo caso le popolazioni migranti tendono ad acquisire il rischio di quelle ospitanti anche in un breve arco temporale.

A differenza del tumore allo stomaco, il tumore del colon retto è più frequente nei gruppi sociali più avvantaggiati e nelle aree urbane in quanto correlati a stili di alimentazione e di vita sedentaria che sono, o meglio sono stati, tipici di queste classi. Il tumore al colon retto è a prognosi favorevole, se diagnosticato tempestivamente, e la mortalità esprime sia la differenza nell'incidenza sia nella sopravvivenza e quindi nel pronto accesso alle cure adeguate.

Il *tumore al polmone* continua a rappresentare una delle principali cause di morte nei paesi occidentali. Tra gli anni cinquanta e gli anni ottanta questa malattia ha vissuto una intensa stagione epidemica, che negli ultimi anni ha registrato un decremento soprattutto tra gli uomini, mentre tra le donne ha subito un incremento. Si tratta di una malattia poco curabile, la cui mortalità rispecchia l'incidenza e che risulta in larga misura legata sia a comportamenti rischiosi per la salute come il fumo e l'alimentazione, sia a rischi occupazionali .

Il *tumore della mammella* è il più comune tra le donne. La mortalità per questa patologia in Italia è cresciuta negli ultimi vent'anni e ultimamente sembra decrescere leggermente. I fattori di rischio noti per il tumore alla mammella (menarca precoce, menopausa tardiva, obesità postmenopausale, terapia ormonale sostitutiva), e tutti quelli protettivi (precocità di prima gravidanza a termine, numero di figli, allattamento al seno, attività fisica) possono venire interpretati come esposizione cumulativa agli estrogeni che promuovono lo sviluppo del cancro della mammella. Altri fattori di rischio sono la familiarità genetica, l'alimentazione, e l'abuso nel consumo di alcol. La mortalità per il tumore alla mammella potrebbe essere interpretata come un indicatore di effetto sia degli svantaggi sociali tanto nella propensione e nell'accesso alla diagnosi precoce, quanto alle cure appropriate e tempestive.

Il gruppo di cause di morte imputato alle malattie nervose e psichiche viene generalmente utilizzato come indicatore di morbosità cronica a cui possono essere legati processi di selezione nella carriera sociale di un individuo. La presenza di una di queste malattie soprattutto nell'infanzia e

nell'adolescenza, può contribuire ad ostacolare la carriera scolastica, quella professionale e relazionale. La mortalità per questo gruppo di cause di morte che va dalle psicosi alle demenze, al morbo di Parkinson, alle malattie dei neuroni motori, è tendenzialmente stabile negli ultimi vent'anni.

Uno degli andamenti più significativi che emerge nell'area delle disuguaglianze a livello internazionale è lo stretto legame che si osserva tra AIDS, tossicodipendenza e povertà. Questo profilo avvicina i paesi in via di sviluppo a quelli ad economia avanzata, con eccessi di mortalità legati al consumo di eroina e all'infezione HIV nelle aree più povere delle metropoli. L'AIDS o Sindrome da Immunodeficienza Acquisita è la più importante minaccia per la salute pubblica emersa negli ultimi venti anni. È una patologia che richiede alti costi di trattamento e di assistenza e genera preoccupazione sia per l'incertezza sulle possibilità di cura sia perché la prevenzione richiede modificazioni di comportamenti profondamente radicati nella cultura. Il miglioramento delle cure in grado di rallentare l'evoluzione della patologia potrebbero dare alle differenze di mortalità anche il significato di misura delle disuguaglianze nell'accesso a cure innovative più appropriate.

La mortalità per *overdose* è un indicatore di frequenza della tossicodipendenza e di insuccesso dei programmi e delle politiche di contenimento del danno legato al consumo di sostanze stupefacenti. Nella popolazione giovanile e adulta giovane italiana gli esiti della tossicodipendenza e l'AIDS si avviano a diventare il gruppo di causa di morte più frequente. Per questo motivo sono considerate importanti indicatori delle differenze sociali nella diffusione di questi fenomeni e nella capacità della società di limitarne i danni.

Nell'ambito dello studio delle disuguaglianze sociali, la causa di morte per *diabete* viene utilizzato come indicatore imperfetto sia della prevalenza dei principali fattori di rischio, soprattutto dell'obesità, sia di un'inadeguata capacità di controllo sanitario della patologia.

Le *malattie cardiovascolari* sono le principali cause di morte nei paesi occidentali industrializzati. In passato sono state considerate le “malattie dell’opulenza”, oggi invece molti indizi portano a pensare in modo diverso. Infatti, questo gruppo di cause di morte, stanno emergendo nei paesi in via di sviluppo e dell’Est europeo, mentre sta diminuendo nei paesi più avanzati dove è più frequente nelle classi sociali più povere. La malattia coronaria e le malattie cerebrovascolari hanno numerosi fattori di rischio e di protezione in comune (genetici, fumo, consumo di alcol, dieta troppo ricca di grassi saturi, obesità, ritardata o incompleta maturazione dei tessuti in epoca fetale e infantile e fattori psico-sociali). La morte per malattia ischemica del cuore e quella per malattia cerebrovascolari vengono utilizzati come marcatori sia dei fattori di rischio tipici della transizione epidemiologica (alimentazione troppo ricca di grassi e calorie e povera di fibra; fumo; ipertensione, obesità, sedentarietà) sia di fattori di rischio psicosociali legati alle condizioni di vita e di lavoro.

La mortalità per *malattie respiratorie* è andata progressivamente diminuendo nell’ultimo secolo e rappresenta un indicatore di una traiettoria di vita che ha accumulato numerosi svantaggi per il buon funzionamento dell’apparato respiratorio, sia a causa delle condizioni di vita nel periodo prenatale e nell’infanzia, sia a causa dell’inquinamento ambientale.

I problemi di salute legati al *consumo di alcol* sono la principale causa di mortalità prematura tra i giovani adulti. Oltre alla cirrosi epatica, gli alcolisti sono soggetti ad essere colpiti da tumori alcol correlati (vie aeree, digestive e fegato) e da morti violente e accidentali. Pur sapendo che l’incidenza di cirrosi può essere spiegata con il contributo indipendente delle infezioni da virus dell’epatite B e C, usualmente la mortalità per cirrosi epatica viene utilizzata come indicatore dell’effetto sulla salute del sovraconsumo di alcol.

Le *morti per incidenti stradali* rappresentano una delle principali cause di morte prematura tra i giovani e gli adulti giovani. Le morti per incidenti stradali mettono in evidenza differenze sociali legate al tipo di lavoro, alla

sensibilità personale per la sicurezza⁴², all'organizzazione della viabilità, al grado di sicurezza del veicolo, all'uso di alcol. Pertanto, dato l'alto numero di anni di vita potenziali persi, il loro costo sociale è molto elevato.

Le morti per cadute o infortuni sul lavoro esprimono l'entità dei rischi per la sicurezza nei luoghi di lavoro se occorrono in persone in età lavorativa, mentre rappresentano un indicatore dei rischi per la sicurezza nei luoghi di vita se occorrono a persone anziane.

In tale ambito, questo gruppo di cause di morte rappresenta un indicatore della disuguaglianza nella presenza di un rischio per la sicurezza nelle diverse fasce di età.

La mortalità per suicidio è circa quattro volte più frequente di quella per omicidio e negli ultimi trent'anni il tasso è leggermente aumentato nella maggior parte dei paesi europei. Il suicidio è un fenomeno complesso che ha le sue radici in fattori sia sociali che individuali. La causa di morte per suicidio è preso come indicatore di situazioni di disagio sociale ed esistenziale e di difficoltà ad ottenere supporto sociale in condizioni di vita difficili.

La mortalità per omicidio viene utilizzata per rappresentare le differenze sociali negli effetti più violenti del disagio sociale e della criminalità.

La mortalità per cause evitabili costituisce un indicatore indiretto della qualità del sistema sanitario. È indiretto in quanto misura i benefici per la salute che si ottengono a livello di popolazione grazie a cure appropriate attraverso alcune cause di morte che sarebbero evitabili se l'assistenza funzionasse bene. Dalle numerose classificazioni delle morti evitabili, consideriamo quella più utilizzata dalla letteratura, soprattutto europea. È una classificazione che utilizza i decessi prima dei sessantacinque anni e comprende un gruppo di cause di morte eterogenee (alcune malattie infettive, tumore maligno all'utero, linfoma di Hodgkin, cardiopatia reumatica cronica, ipertensione e malattie cerebrovascolari, malattie respiratorie sotto i quattordici anni, asma bronchiale, appendicite, ernia,

⁴² Wilkinson interpreta le morti per incidenti stradali quali misura del disinteresse per il benessere "di altri sconosciuti", dunque quale conseguenza della erosione dei processi di coesione sociale di cui abbiamo parlato nel capitolo II.

colecistite, complicanze della gravidanza, morte perinatale), la cui manifestazione rimanda ad una responsabilità della prevenzione primaria e secondaria dell'assistenza diagnostica e terapeutica.

Un indicatore indiretto di accesso differenziale alla prevenzione primaria può essere fornito dallo studio della distribuzione socio-economica dei fattori di rischio cardio-vascolare riconoscibili e contrastabili attraverso periodici e accurati controlli medici.

4.4 Classificazione delle misure di disuguaglianza

La descrizione delle disuguaglianze di salute, in una popolazione classificata secondo gli indicatori di posizione sociale, deve partire sempre dalla semplice presentazione delle misure di frequenza degli indicatori di salute, per ciascun gruppo di studio. D'altra parte un indice sintetico che esprima l'entità delle disuguaglianze osservate in un unico valore è spesso necessario sia per favorire l'esposizione e la spiegazione dei risultati, sia a scopo di confronto nel tempo o con altre popolazioni. È importante riconoscere che l'interpretazione del rapporto tra posizione sociale e salute dipende molto dalla misura di associazione e dall'indice sintetico utilizzati. Un primo criterio di classificazione delle misure riguarda la possibilità di esprimere le disuguaglianze in termini sia relativi, attraverso il rapporto tra tassi, sia assoluti, come differenza tra tassi. Le misure relative vengono spesso utilizzate per interessi analitici negli studi eziologici, in quanto rappresentano la forza dell'associazione tra un potenziale determinante e la salute.

Le misure assolute, invece, danno conto del peso complessivo che uno specifico fattore di rischio ha sul problema di salute collegato. Per avere un quadro completo delle relazioni tra le variabili analizzate, è consigliabile produrre entrambi.

Un'altra dimensione da analizzare è quella che distingue le misure di effetto da quelle di impatto. Nel primo caso ci si concentra sugli effetti sulla salute (assoluto, relativo) prodotto da ogni modifica nello stato socio-economico. Le misure di impatto combinano l'informazione sull'effetto del determinante (il reddito) con quella sulle dimensioni del gruppo suscettibile (le persone con basso reddito). In questo insieme di indici, alcuni si

basano sul concetto di redistribuzione delle risorse di salute in modo da raggiungere lo status di completa eguaglianza, che può essere definito alternativamente come lo stato in cui tutti hanno la stessa mortalità o morbosità del gruppo più avvantaggiato, o come lo stato in cui tutti hanno la stessa mortalità o morbosità della media. Anche in questo caso è opportuno utilizzare sia le misure di effetto che di impatto poiché forniscono indicazioni complementari. In particolare la distinzione può essere utile nell'ambito delle scelte di politica di contrasto alle disuguaglianze. Se è vero che entrambe le misure possono adeguatamente indirizzare politiche volte alla riduzione degli effetti sulla salute dello status socio-economico, tuttavia le misure di impatto appaiono più efficaci nel sensibilizzare altri settori della politica, potenzialmente promotori di interventi non sanitari e non espressamente mirati alle disuguaglianze, che però possono avere come effetto concomitante la riduzione degli svantaggi di salute di alcuni gruppi sociali: come è nel caso di interventi di sostegno al reddito e di quelli di recupero urbano.

L'ultima distinzione che è possibile fare è quella tra misure semplici, direttamente ottenibili dai tassi e di facile interpretazione, e misure complesse, basate su modelli di regressione lineare, che sono maggiormente in grado di utilizzare tutta l'informazione disponibile. Su questo piano, da un lato si pongono le misure che confrontano solo due gruppi tra loro, per esempio le classi estreme dell'indicatore sociale, oppure ciascuna classe verso un unico riferimento; dall'altro lato si costruiscono indici sintetici che possono tener conto contemporaneamente delle differenze tra tutte le classi e della distribuzione della popolazione nelle classi.

4.5 Indici sintetici e loro applicazione

Dalla combinazione dei criteri di classificazione esposti nel paragrafo precedente discende la ripartizione in dieci raggruppamenti di indici sintetici. Per semplicità, viene riportata una tabella descrittiva a cui segue una breve descrizione del metodo di calcolo e delle principali caratteristiche dell'indicatore.

L'Indice di effetto misura l'entità degli effetti sulla salute (assoluto o relativo) prodotti da ogni modifica nello stato socio-economico. Il problema principale degli Indici di effetto che confrontano due gruppi sta nella scelta dei due gruppi da confrontare: nel compierla è infatti necessario raggiungere il giusto compromesso tra la necessità di considerare gruppi abbastanza ampi, e la rappresentatività delle differenze. Nel caso di indicatori sociali continui come il reddito, è comune utilizzare il confronto tra i percentili estremi (quartili o quintili) della distribuzione osservata. Se si utilizzano classi definite a priori, come laurea vs licenza elementare, è opportuno verificare la numerosità perché i tassi potrebbero risultare poco stabili e condizionare troppo la differenza e il rapporto.

Un modo per tenere conto contemporaneamente di tutti i livelli di classificazione sociale e quindi per poter confrontare tutti i gruppi, è ricorrere ad un'analisi di regressione lineare in cui l'indicatore di salute è la variabile dipendente e l'indicatore socioeconomico è la variabile indipendente.

La versione assoluta e relativa dell'indice di effetto rappresentano rispettivamente l'incremento assoluto e percentuale di salute associato ad un incremento unitario dell'indicatore sociale.

Le misure di impatto combinano l'informazione sull'effetto del determinante (il reddito) con quella sulle dimensioni del gruppo suscettibile (le persone con basso reddito). Gli indici di impatto che definiscono l'eguaglianza rispetto alla classe più alta o alla media possono essere semplici o basati su modelli di regressione. Il rischio attribuibile nella popolazione (RAP), assoluto o percentuale, esprime il numero o la porzione di casi di malattia o morte che si potrebbero evitare se tutta la popolazione avesse lo stesso tasso di morbosità o mortalità della classe più avvantaggiata.

Schematizzazione degli indici sintetici di disuguaglianza		
	Misure relative	Misure assolute
Indice di effetto		
Che confrontano due gruppi	Rapporto tra tassi	Differenza fra tassi
Che confrontano tutti i gruppi	Indice di effetto relativo	Indice di effetto assoluto
Indici di impatto		
Uguaglianza rispetto alla classe più alta (semplici e su regressione)	Rischio attribuibile percentuale nella popolazione (RAP%)	Rischio attribuibile nella popolazione (RAP)
Uguaglianza rispetto alla media (semplici e basati sulla regressione)	Indice di dissimilarità percentuale (ID%)	Indice di dissimilarità (ID)
Costruiti sulla posizione sociale relativa (basati sulla regressione)	Indice di disuguaglianza relativa (IDR) o Relative Index of Inequality (RII)	Indice di pendenza di disuguaglianza (IPD) o Slope Index of Inequality (SII)
(basato sulla curva di Lorentz)	Indice di concentrazione di Gini	

Si calcola come differenza tra il tasso complessivo nella popolazione e quello del gruppo di riferimento, e riflette la numerosità della popolazione: più alto è il numero di persone nelle classi basse con indici elevati maggiore è il potenziale di miglioramento complessivo di salute nella popolazione. Come nel caso degli indici che confrontano due gruppi, il rischio attribuibile è molto sensibile alla variabilità del tasso di riferimento.

Contrariamente al rischio attribuibile che implicitamente punta ad innalzare tutta la popolazione ai livelli di salute del gruppo più avvantaggiato, l'indice di dissimilarità (ID) rappresenta il numero o la percentuale di casi che dovrebbero essere ridistribuiti nella popolazione affinché tutti i gruppi sociali risultino avere lo stesso livelli di morbosità e mortalità. L'indice di dissimilarità ha molteplici svantaggi, uno fra questi è quello di non distinguere la direzione del gradiente sociale, essendo basato solo sul concetto di livellamento degli estremi. Si tratta di un indice di disuguaglianza utile più per variabili continue relative a grandezze ipoteticamente ridistribuibili, come il reddito e il benessere materiale, che per *outcome* di salute.

L'ultimo gruppo di indici impatto costruiti sulla posizione sociale relativa differisce dai precedenti soprattutto rispetto al modo di generare la classificazione sociale: le modalità sono rappresentate non dal valore originario, ma dal punto centrale dell'intervallo corrispondente alle stesse modalità nella distribuzione di frequenza cumulata. La costruzione dell'indice di disuguaglianza relativa (RII) e dell'indice di pendenza della disuguaglianza (SII) è simile a quella degli indici di effetto basati sulla regressione. I valori che ne risultano possono essere interpretati come il rapporto (RII) o la differenza (SII) dei tassi stimati dal modello ai due estremi della gerarchia sociale. Questi indici richiedono due condizioni: che sia possibile disporre di un ordinamento delle categorie sociali e che abbia senso pensarle in un continuum lineare da 0 a 1.

Il grande vantaggio di tale costruzione è costituito dalla possibilità di effettuare confronti geografici, temporali e fra indicatori sociali diversi,

avendo già tenuto conto delle differenze nella struttura per posizione sociale delle diverse popolazioni.

4.6 Le indagini sulla salute in Italia

In Italia la tradizione di ricerca sulle disuguaglianze di salute è molto giovane. I primi studi sistematici su questo tema risalgono alla fine degli anni ottanta. Diverso, invece, è il livello di sviluppo degli studi in materia in Gran Bretagna o nei paesi scandinavi, dove al riconoscimento della centralità delle disuguaglianze di salute si accompagna la disponibilità di una ricca documentazione empirica e di procedure di analisi consolidate. La base delle analisi nazionali in ambito sanitario è data da due fonti principali, entrambe fornite dall'ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica). L'ISTAT esegue da tempo numerose rilevazioni mirate nel settore della sanità che consentono, tramite opportune elaborazioni di acquisire delle conoscenze sulle manifestazioni differenziali del fenomeno salute, in funzione del sesso, del livello socio-economico e della distribuzione geografica della popolazione presa in considerazione. Da una parte troviamo le indagini campionarie condotte con frequenza annuale o pluriennale su un considerevole numero di famiglie italiane (*Indagini Multiscopo*), che forniscono informazioni sullo stato di salute della popolazione e sul ricorso ai servizi sanitari. Dall'altra ci sono le rilevazioni correnti, che riportano dati raccolti periodicamente attraverso la compilazione di moduli che ospedali e case di cura pubbliche e private inviano all'Istituto statistico.

La prima ricerca tematica sulla salute è stata realizzata dall'Istat nel 1980, su un campione di oltre 25 mila famiglie. L'ISTAT sposa la nuova filosofia che tende a considerare la salute dell'individuo come "il risultato globale che scaturisce dall'interazione di fenomeni fisiologici e patologici, dalle capacità dell'organismo di far fronte agli attacchi che ne compromettono la

normalità complessiva, non solo in termini di efficienza fisica ma anche di equilibrio psichico e relazionale” (ISTAT, 1994, pp. 29-30). All’indagine ISTAT del 1980 ne seguono altre condotte nel 1981/82⁴³, nel 1986/87, e da allora con cadenza periodica l’Istituto ha posto a regime il sistema di rilevazione sanitaria incorporandola nelle indagini Multiscopo sulle famiglie nel 1990/1991, nel 1994⁴⁴ e nel 1999/2000⁴⁵.

Grazie a queste indagini oggi possediamo una notevole mole di dati diacronici articolati per variabili socio-demografiche e ambientali che consentono analisi descrittive della salute e del ricorso ai servizi sanitari, analisi comparative nel tempo sulle tendenze evolutive dei fenomeni e analisi causali che mettono in relazione eventi di ordine biologico e con fattori socio-demografici, culturali e ambientali. Gli strumenti di rilevazione sono stati perfezionati nel tempo permettendo la raccolta di dati che fanno riferimento a quattro ordini: dati che si riferiscono alle caratteristiche socio-demografiche della popolazione (genere, età, stato civile, struttura familiare, residenza, istruzione, status socio-economico), a cui si aggiungono informazioni relative al peso corporeo e alla statura degli individui; dati relativi alle condizioni di salute soggettivamente percepite, gli stati di malattia presenti e le situazioni di invalidità permanente; informazioni pertinenti al ricorso ai servizi sanitari articolati in quattro settori (visite mediche, accertamenti diagnostici, ricoveri ospedalieri ed extra-ricovero, consumo dei farmaci, uso di medicina alternativa); dati relativi ad alcuni comportamenti salutari e a rischio connessi alla salute della popolazione.

Se le indagini nazionali sulle condizioni di salute della popolazione rappresentano una novità degli ultimi vent’anni, è dal 1954 che l’ISTAT conduce indagini annuali sugli Istituti di cura pubblici e privati che si occupano della cura in regime di ricovero (tassi di ospedalizzazione, mortalità e morbosità) e sugli ammessi nei servizi psichiatrici degli Istituti

⁴³ “La mortalità differenziale secondo alcuni fattori socio-economici. Anni 1981-1982”.

⁴⁴ Indagine Multiscopo sulle famiglie “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari: Anno 1994”.

⁴⁵ *ibidem*

di cura, nonché la rilevazione statistica delle malattie infettive⁴⁶. L'ultimo gruppo di informazioni rilevato annualmente riguarda gli aborti. La prima indagine effettuata dall'ISTAT sulle dimissioni dagli Istituti di cura per aborto spontaneo risale al 1956 ed è proseguita fino al 1974. Con l'approvazione della legge 194/1978 sull'interruzione volontaria della gravidanza, sono state avviate due nuove rilevazioni: la prima ha come campo di osservazione i casi di aborto spontaneo per cui è stato necessario il ricovero ospedaliero; la seconda registra le interruzioni volontarie di gravidanza effettuate nelle strutture pubbliche e private.

Oltre alle statistiche sulla salute, l'ISTAT pubblica annualmente anche le indagini relative alle cause di morte attraverso cui vengono raccolte le informazioni relative ai nati morti, alla mortalità infantile, ai decessi per età, sesso residenza e causa. Vi sono poi altre e diverse informazioni che si inseriscono in modo indiretto nell'area sanitaria e che riguardano gli aspetti finanziari e assicurativi relativi alla salute come la spesa sanitaria pubblica e privata, la quota delle assicurazioni sulla salute, delle modalità di partecipazione della popolazione al costo delle prestazioni sanitarie.

⁴⁶ In Italia la rilevazione delle malattie infettive e diffuse ebbe inizio nel 1888, quando furono varate le prime leggi organiche sulla Sanità Pubblica.

4.6.1 Le fonti informative nella ricerca sulla salute in Italia

Come abbiamo avuto modo di sottolineare nel corso del presente lavoro, un campo di grande interesse che percorre trasversalmente gli studi sulla salute pone l'accento sulla relazione tra disuguaglianze socio-economiche e la salute. Gli studi su questo tema in Italia hanno spesso tralasciato il tema della disuguaglianza socio-economica, limitandosi a disaggregare i dati per sesso, per età e per area geografica o territoriale, omettendo variabili come la classe sociale o l'istruzione. Solo recentemente l'ISTAT, nei rapporti annuali sulla situazione del Paese, utilizza i dati desunti dalle Indagini Multiscopo per mettere in relazione i consumi sanitari con il reddito e il titolo di studio (ISTAT, 2000 a, pp. 393-423).

Di seguito vengono riportate in una scheda descrittiva, le principali fonti informative e le variabili socio-economiche disponibili, utilizzate nelle ricerche sulla salute, che per esigenze di semplificazione e facile descrizione, abbiamo distinto in fonti di origine sanitaria e amministrativa.

Due delle principali fonti informative sanitarie sono i certificati o schede di morte e l'archivio dei ricoveri ospedalieri. Quest'ultimo rispetto al sistema informativo della mortalità permette di documentare il peso sulla popolazione di tutte quelle patologie, che pur di notevole rilevanza nel determinare lo stato di salute di una popolazione, sono raramente causa di decesso e sfuggono così alla documentazione. Tuttavia non si è assistito ad un intensivo uso di questa fonte per documentare i bisogni di salute.

La scheda di dimissione ospedaliera (SDO), istituita nel 1991 dal Ministero della sanità presenta molteplici problematiche ai fini descrittivi dello stato di salute. Uno dei principali ostacoli all'utilizzo delle SDO è legato alle

modalità stesse di codifica delle patologie. Infatti, dovendo essere riportata come diagnosi principale quella che ha comportato il massimo dispendio di risorse, esiste la possibilità che queste caratteristiche non coincidano con quelle cliniche⁴⁷.

Schema delle principali fonti e delle informazioni socioeconomiche disponibili	
Fonte informativa	Variabili socioeconomiche essenziali
Sanitaria	
Schede di morte	Titolo di studio; condizione professionale; professione
Scheda di dimissione ospedaliera	Titolo di studio; condizione professionale; professione
Amministrativa	
Censimento	Titolo di studio; condizione professionale; professione; posizione professionale; indicatori di benessere economico relativi all'abitazione
Indagini Multiscopo ISTAT	Titolo di studio; condizione e posizione professionale; fonte di reddito principale; situazione economica percepita
Rilevazioni INPS	Storia professionale
Anagrafe tributaria	Reddito

La principale conclusione che si può trarre da tutti gli studi internazionali di valutazione della qualità della diagnosi codificata sulle SDO, è che l'affidabilità dell'informazione è variabile e fortemente dipendente dal tipo

⁴⁷ Nel 1995 è stato introdotto in Italia il sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere sulla base dei raggruppamenti omogenei di diagnosi, DRG. Il sistema funziona attribuendo ad ogni DRG un valore economico che corrisponde al rimborso che la struttura erogante riceve per la propria prestazione di ricovero. Se agganciare il sistema di rimborso alle schede di dimissione ha avuto il pregio di attirare l'attenzione degli operativi sullo strumento di rilevazione, con l'innegabile vantaggio di aumentare la qualità dell'informazione, ha anche significato una grande attenzione agli aspetti gestionali e amministrativi dell'attività di ricovero e poca alla qualità del servizio stesso in termini di efficacia.

di patologia e dal luogo di studio. Queste condizioni rendono difficilmente generalizzabili e comparabili i risultati ottenuti da studi locali. Nonostante gli svantaggi, le SDO sono una fonte informativa preziosa che va perfezionata come è avvenuto in alcune regioni dove accanto ai dati strettamente sanitari, vengono riportate informazioni socio-demografiche, quali il titolo di studio, la condizione e la posizione professionale, che sono di potenziale interesse per classificare i soggetti su base sociale.

Tra le principali fonti informative che abbiamo chiamato amministrative, vi sono le indagini di censimento e gli studi condotti dall'ISTAT (l'Istituto Nazionale di Statistica) di cui abbiamo parlato sopra, l'INPS e l'Anagrafe tributaria. Per semplicità le indagini possono essere sostanzialmente suddivise in tre gruppi. Nel primo gruppo si inseriscono le indagini condotte presso i Comuni in cui l'unità di rilevazione è l'individuo. Rientra in tale gruppo, ad esempio, la rilevazione mensile della mortalità che viene poi elaborata sui dati annuali, così come la rilevazione della mortalità per causa, o anche la rilevazione delle cause di nati-mortalità. Lo strumento di rilevazione in questo tipo di indagini è la scheda individuale di decesso o nel caso dell'indagine sulle cause di nati-mortalità la scheda di nascita, nelle quali sono presenti informazioni relative sia all'eziologia dell'evento morte/nascita che alle caratteristiche socio-economiche. I dati di tali indagini vengono pubblicati in forma analitica annualmente nel volume "Cause di morte".

Nel secondo gruppo figurano le indagini campionarie ad hoc sulle famiglie. In questo gruppo rientrano, ad esempio, le indagini multiscopo "Sullo stato di salute della popolazione e sul ricorso ai servizi sanitari, e l'Indagine sulla mortalità per condizione socio-economica e per gruppo professionale (1981-1982). Il sistema di indagini sociali Multiscopo avviato nel 1993 è articolato in una indagine annuale sugli "Aspetti della vita quotidiana"⁴⁸, un'indagine trimestrale su "Viaggi e vacanze", e cinque indagini tematiche che ruotano con cadenza quinquennale su "Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari", "Tempo libero e cultura", "Sicurezza dei cittadini",

⁴⁸ L'indagine sugli "Aspetti della vita quotidiana" avviata nel 1993, consente di rilevare alcune delle principali informazioni relative alla salute e alle condizioni generali di vita dei cittadini.

“Famiglia, soggetti sociali e condizione dell’infanzia”, Uso del tempo”. Tra le indagini quinquennali multiscopo quelle di particolare interesse per gli studi sulla disuguaglianza di salute sono le indagini sulla “Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari effettuate nel 1994 e nel 1999-2000, in quanto offrono un vasto panorama sulle condizioni di salute poste in relazione con le caratteristiche demografiche e socio-economiche della popolazione. Un vantaggio delle indagini Multiscopo consiste nel fatto che sono rappresentative di tutta la popolazione non istituzionalizzata e consentono di effettuare confronti fra le Regioni. Mentre un limite di queste indagini è che sono trasversali e quindi non forniscono informazioni di tipo longitudinale con l’impossibilità di ricostruire le singole carriere di salute o lavorative degli individui.

Nel terzo gruppo possono rientrare quelle indagini eseguite presso le strutture sanitarie pubbliche e private, generali o specialistiche. Le unità di rilevazione possono essere molteplici e diverse: entità fisiche, eventi, individui: ad esempio, la consistenza e la struttura dei servizi ospedalieri, come i posti letto, i reparti, le denunce delle malattie infettive e parassitarie o i dimessi dagli istituti di cura.

Vi è una quarta possibilità per ottenere informazioni di tipo trasversale sugli aspetti differenziali di salute della popolazione. Questa consiste nell’analisi di particolari quesiti inseriti nei modelli di rilevazione sanitarie, o per le quali gli aspetti sanitari costituiscono solo una parte del fenomeno indagato. Possono effettuarsi, ad esempio, analisi su dati secondari presi da dati del censimento generale della popolazione e delle abitazioni, o da dati delle indagini multiscopo sulle famiglie.

Anche la fonte INPS è in grado di alimentare modelli di studio delle disuguaglianze nella salute via record-linkage. Infatti, attraverso i dati dell’INPS si può ricostruire le carriere lavorative nel lavoro dipendente privato dal 1974 e nel lavoro autonomo anche precedentemente. Questa fonte informativa si rivela strategica per la sorveglianza delle differenze di mortalità o morbosità conseguenti a esposizioni professionali, ma risulta essere di minor interesse per lo studio delle disuguaglianze sociali. Anche

gli archivi dell'Anagrafe tributaria sono importanti fonti informative, in quanto contengono informazioni relative al reddito percepito e a quello disponibile. Tuttavia, per motivi di sicurezza i dati sono disponibili solo aggregati, in termini di indicatori di distribuzione del reddito in una determinata area geografica. Una potenziale fonte di distorsione dei dati è costituito dal fenomeno dell'evasione fiscale che, se concentrato in specifiche aree geografiche, può produrre una importante sottostima dei valori di distribuzione del reddito.

Nonostante la ricchezza delle informazioni esistenti, permangono delle reali difficoltà nell'implementazione di un valido sistema di monitoraggio delle disuguaglianze di salute. Uno dei punti critici per lo sviluppo della ricerca e del monitoraggio delle disuguaglianze di salute in Italia è proprio la povertà di fonti informative adeguate che rendano disponibili sia il dato sanitario che quello socio-economico. Con poche eccezioni infatti, i sistemi informativi sanitari benché offrano una accurata documentazione del profilo epidemiologico della popolazione, non forniscono informazioni altrettanto accurate per quanto riguarda la posizione sociale. Questo può accadere sia perché lo strumento di rilevazione non è abbastanza accurato, sia perché alla progettazione dello strumento accurato non segue un impiego metodico. Per colmare questa lacuna, negli anni novanta, sono state intraprese varie iniziative sistematiche: è stato avviato un programma di sorveglianza della mortalità per professioni denominato *ReSò*, promosso dal Ministero della Sanità e curato dalla Regione Piemonte; indagini ISTAT sulla mortalità differenziata e sullo stato di salute (1990).

4.6.2 Le strategie di studio in Italia

Nell'esperienza delle agenzie di statistica si sono consolidati due principali modelli di studio: il *Decennial Supplement* ed il *record linkage*. Nel modello del Decennial Supplement britannico in corrispondenza dei censimenti di popolazione si confrontano trasversalmente tutti i deceduti classificati secondo l'indicatore sociale rilevato dalla scheda di morte con la popolazione a rischio classificata secondo il corrispondente indicatore sociale ricavato dalla scheda di censimento. Il punto critico nell'utilizzo di questo modello consiste nella formulazione e rilevazione dell'indicatore sociale presente nella scheda di morte e nella fonte censuaria. Una variante di questo primo modello, sebbene limitato, è quello della mortalità proporzionale che permette di studiare trasversalmente le differenze sociali nella mortalità per specifiche cause di morte. Questa variante se da un lato risolve i problemi di comparabilità, in quanto le informazioni necessarie vengono desunte dalla stessa fonte informativa (le schede di morte), dall'altro rimane aperta la questione della scarsa qualità delle informazioni contenute nelle schede di morte e della distorsione tipica delle analisi proporzionali.

Un secondo modello che sembra risolvere radicalmente il problema della validità comparativa è quello attraverso i sistemi di record-linkage, tra scheda di morte e scheda censuaria, o altre fonti amministrative capaci di fornire informazioni attendibili sull'indicatore sociale. Questo modello è disponibile in due varianti, una in cui la procedura di record-linkage viene applicata solo per l'evento morte o altri esiti sanitari, e la seconda in cui viene utilizzata anche per l'indicatore sociale a livello individuale. Le due varianti configurano due livelli di longitudinalità dello studio. Nel primo

caso lo studio è longitudinale in quanto il periodo di osservazione della mortalità si può prolungare per anni dopo il censimento. Nel secondo caso è longitudinale perché permette di ricostruire la storia dei cambiamenti individuali nella posizione sociale.

Le strategie di studio della disuguaglianza di salute dunque, si differenziano secondo due criteri: la fonte dell'informazione socioeconomica sia per i casi (numeratore) che per i suscettibili (denominatore); l'unità statistica a cui si riferisce l'indicatore socioeconomico. Per misurare correttamente le disuguaglianze di salute occorre disporre di dati socio-economici di valore comparabile sia per il numeratore che per il denominatore. I dati relativi al numeratore e al denominatore possono provenire dalla stessa fonte informativa, in genere da una fonte sanitaria da cui si rileva lo stato di salute, oppure da fonti diverse. Per semplicità, è possibile individuare in base alla fonte informativa, cinque strategie di studio in Italia che si distinguono per avere un'unica fonte completa delle informazioni sui casi e sui suscettibili o due fonti distinte, associate attraverso una chiave di record-linkage (Costa, 2004), che per semplicità espositiva elencheremo utilizzando le lettere dell'alfabeto:

A) le indagini trasversali condotte dall'ISTAT, su base regionale o nazionale, che utilizzano informazioni complete e provenienti da un'unica fonte. Questo tipo di studi hanno il vantaggio di avere misure di rischio non distorte. Un esempio di questo tipo di indagini sono le indagini Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, condotte dal 1994 con cadenza quinquennale, o le indagini sugli stili di vita e l'uso dei servizi sanitari;

B) le indagini che utilizzano dati provenienti da fonti diverse, come quelle sulla mortalità infantile, dove il numeratore è tratto dalle schede di morte e il denominatore dalle schede di assistenza al parto; indagini sull'occorrenza di infortuni, con il numeratore da fonte INAIL sugli eventi e il denominatore da fonte ISTAT sugli addetti;

C) le indagini a livello nazionale nelle quali l'informazione socioeconomica viene trasferita via record-linkage ai flussi informativi sanitari. Un esempio di tale modello sono le indagini nazionali ISTAT sulla mortalità differenziale e gli studi longitudinali locali su mortalità e morbosità e condizione socio-economica, quali quello torinese (SLT) e quello toscano (SLTo), nei quali l'informazione socioeconomica deriva dal censimento o dall'anagrafe tributaria e viene trasferita via record linkage ai flussi informativi sanitari. In questo tipo di modello le misure di rischio sono soggette a distorsione del record-linkage;

D) le indagini sulla mortalità e morbosità proporzionale nelle quali il dato socioeconomico sui casi è disponibile sulla stessa fonte informativa sanitaria ma non sono disponibili informazioni analoghe sui suscettibili;

E) le indagini sulla mortalità o morbosità proporzionale nelle quali il dato socio-economico sui casi è disponibile solo via record-linkage con una fonte esterna come l'INPS o l'INAIL, ma non sono disponibili analoghe informazioni sui suscettibili.

Tra le strategie di studio brevemente presentare, ricorrono quelle fondate sul record-linkage tra più fonti. Qualche parola è necessario spenderla per la quanto concerne la validità dei modelli di studio e la possibilità di confrontabilità dei dati. Tutti i modelli in cui la fonte informativa utilizzata per il dato socioeconomico del numeratore e denominatore è la stessa (indicatore diretto) assicurano ovviamente buona confrontabilità, ma data la sua onerosità, viene riservato allo studio di eventi o stati ad alta prevalenza. Anche il modello fondato su due fonti con indicatore socioeconomico misurato in modo diretto da una fonte e portato all'altra via record-linkage, rappresenta una valida soluzione.

I modelli basati sulle analisi proporzionali soffrono dei problemi di validità nella stima dei differenziali di rischio, in quanto si assume che la distribuzione socioeconomica complessiva dei casi sia una rappresentazione valida di quella dei suscettibili.

4.7 Fonti e strategie di studio sui differenziali di salute: studi comparativi tra paesi, studi di area, studi sugli individui

L'acceso dibattito scientifico suscitato dagli studi di Preston (1975) sull'entità e la qualità della relazione tra il prodotto interno lordo dei paesi e la sua distribuzione con la salute e l'aspettativa di vita, ha contribuito al proliferare di ricerche internazionali. All'interno di organizzazioni come l'ONU⁴⁹ (Organizzazione delle Nazioni Unite), la WHO (Organizzazione Mondiale della Salute), l'ILO (Organizzazione Mondiale del Lavoro), l'OECD (Organizzazione per la Cooperazione Economica e lo Sviluppo), la WB (Banca Mondiale), solo per citarne alcune, sono stati avviati sistematici programmi di ricerca la cui vocazione è quella di poter orientare scelte politiche più consapevoli nelle soluzioni dei problemi economici, sociali e di salute del pianeta. Nel corso degli anni ottanta anche in Europa, si sono moltiplicate ricerche sul rapporto fra disuguaglianze sociali e mortalità, alcune delle quali, per la loro rilevanza, vanno menzionate: *Health Inequalities in European Countries* (Fox, 1989), *Socio-economic Differential Mortality in Industrialized Societies (1981-1991)*, una ricerca promossa da CICRED (Committee per Cooperazione Internazionale nella ricerca demografica nazionale), e dall'ONU ; *The Health Burden of Social Inequalities*, un rapporto pubblicato nel 1986 dall'Ufficio regionale Europeo dell'OMS. Vi sono diversi approcci nella misura del gradiente sociale di salute e ovviamente dipendono dagli assunti teorici di base, i quali orientano la scelta di quali misure cercare: quelle che riflettono il benessere materiale o quelle dello stile di vita, quelle che riflettono la povertà o una più o meno correlata alla posizione

⁴⁹ Il programma di sviluppo (UNDP) avviato dall'ONU, dal 1990 pubblica un rapporto annuale sullo Sviluppo Umano.

sociale che comprenda anche i non poveri. La maggior parte degli studi europei sulle differenze di mortalità fra le nazioni è orientata alla ricerca della relazione tra posizione sociale e salute. Le variabili socioeconomiche più efficaci utilizzate per rappresentare la posizione sociale sono a classe occupazionale, l'istruzione e il reddito. Nei modelli di rappresentazione della posizione sociale più diffusi l'età, il genere e l'etnia non contribuiscono alla qualificazione della posizione sociale degli individui, poiché si assume che questi attributi ascritti mostrino il loro effetto sulle disuguaglianze attraverso l'istruzione e l'occupazione. La classificazione delle classi sociali utilizzata come standard nelle statistiche britanniche, ad esempio, è quella dell'impieghi secondo il livello e il grado di responsabilità a cui possono essere aggiunte informazioni relative alle condizioni materiali degli individui come la proprietà dell'abitazione e di automobili come proxy del reddito. Generalmente, i dati attinenti all'occupazione e ad altre caratteristiche socio-economiche che figurano nel certificato di morte, sono spesso incomplete e poco attendibili. Per poter determinare tassi di mortalità attendibili per le varie categorie socio-economiche occorrono informazioni sicure e comparabili sia sugli individui deceduti sia sulla popolazione a rischio. Una metodologia abbastanza affidabile è quella di raccogliere dati sulle caratteristiche socio-economiche dei deceduti attraverso il censimento della popolazione. In Finlandia, Svezia, Norvegia e Danimarca, ad esempio gli studi sulle differenze di mortalità per cause socio-economiche hanno una tradizione consolidata, grazie anche all'esistenza di un sistema di codici di identificazione personale che rende possibile la combinazione dei dati statistici desunti da differenti fonti.

Utilizzando questo tipo di classificazione la comparazione internazionale dei dati è resa difficile dal fatto che i sistemi di classificazione potrebbero non essere confrontabili. Il livello sociale e le condizioni materiali di occupazioni apparentemente simili potrebbero variare tra i diversi paesi. Inoltre, oltre alla difficoltà di fare confronti internazionali, ci sono potenziali problemi nell'interpretazione dei dati dovuti alla mancanza di

confrontabilità tra numeratore e denominatore⁵⁰, ai cambiamenti nella composizione delle classi sociali, alla correttezza della classificazione per le donne; all'individuazione della relazione causale tra posizione sociale e salute. In merito a quest'ultima problematica la questione è se queste differenze nella mortalità sono un effetto dell'appartenenza ad una certa classe, o se il livello di salute, o la sua assenza, determini sia il livello sociale sia il rischio di mortalità. In altri termini il problema è se ci sia una selezione sulla base della salute.

Un altro approccio alla misura del gradiente sociale nella mortalità è di prendere come predittore il livello di istruzione e può essere o meno associato alle misure della classe occupazionale (Valkonen, 1989). Inoltre, la classificazione degli individui può essere fatta secondo il reddito, come avviene negli Stati Uniti, ma tale misura anche quando i dettagli sul reddito fossero disponibili, risulta una misura insufficiente per una valida classificazione in quanto non coglie le implicazioni culturali della ricchezza, in termini di stili di vita, sulla salute

Per avere una idea chiara sulle disuguaglianze di mortalità si può ricorrere sia a studi di correlazione geografica sia a studi su base individuale. Negli studi su base aggregata si va alla ricerca di una correlazione tra i tassi di mortalità e gli indicatori sociali a livello di ripartizione territoriale. Questo genere di analisi vengono spesso criticate a causa della cosiddetta "distorsione ecologica", in quanto lo studio di correlazione geografica mette in relazione i valori medi delle caratteristiche prese in esame e non quello specifici degli individui che le compongono. Per questa ragione si ritiene che gli studi su base individuale siano più attendibili e validi nel riconoscere le differenze sociali di mortalità e morbilità.

Per poter realizzare uno studio su base individuale occorre poter classificare secondo un indicatore sociale, ad esempio professione e

⁵⁰ La questione numeratore/denominatore sorge perché gli archivi di mortalità non sono legati ai dati di censimento che forniscono le stime della popolazione a rischio. La registrazione dell'occupazione, e quindi l'assegnazione alle classi sociali al momento della morte può essere diversa da quella del censimento, portando a stime in accurate dei tassi di mortalità.

istruzione, sia i deceduti sia la popolazione a rischio (suscettibili), che costituiscono il numeratore e il denominatore delle misure di mortalità. Se un vantaggio, dunque, è quello di permettere di osservare gli effetti delle disuguaglianze socio-economiche, senza dover considerare l'influenza della disuguaglianza aggregata, una difficoltà è la necessità di avere campioni molto grandi e per lunghi periodi di tempo per stimare i tassi di mortalità.

Un'ulteriore versante di ricerca è quello che indaga sul rapporto che intercorre tra disuguaglianza di reddito e salute. In questo tipo di indagini vengono utilizzati dati internazionali sulla disuguaglianza di reddito che provengono da numerose fonti standard. Probabilmente, la più attendibile è il Luxembourg Income Study (LIS) che contiene informazioni sulle distribuzioni di reddito in venticinque paesi ricchi in un periodo di venti anni. Per quanto riguarda i dati relativi alla distribuzione del reddito nei paesi in via di sviluppo per molti anni la più popolare fonte di dati sulla distribuzione del reddito ai diversi livelli di sviluppo sono stati i lavori di Shail Jain (1975) e Felix Paukert (1973), ora disponibili rispettivamente presso la World Bank e l'International Labor Office.

Inoltre, recentemente la Banca Mondiale ha creato una banca dati sulla disuguaglianza (DS, 1996). I dati DS contengono 2.600 osservazioni sul coefficiente di Gini per circa 100 paesi sviluppati ed in via di sviluppo tra il 1947 ed il 1994. In questo tipo di indagini ci sono alcuni problemi sia di natura metodologica legati alla comparabilità dei dati provenienti dai diversi paesi e alle misure usate per quantificare le disuguaglianze, sia esplicativa riguardante le circostanze che sono associate con tali variazioni nelle dimensioni delle disuguaglianze nella mortalità. L'uso della comparazione tra paesi della disuguaglianza di reddito richiede una peculiare conoscenza delle specifiche ricerche, in quanto differenti paesi utilizzano differenti protocolli di ricerca.

Ci sono anche un considerevole numero di ricerche comparative tra paesi che considerano la relazione di altre variabili di salute con la disuguaglianza di reddito: c'è chi, ad esempio, indaga sulla relazione tra la

statura intesa come indicatore dello status nutrizionale, e la disuguaglianza di reddito (Steckel, 1995), in un campione di paesi sviluppati ed in via di sviluppo (fonte: Jain, 1975); chi sulla correlazione tra i coefficienti di Gini delle ricerche DS (1996) e i tassi di omicidio, furti (Fajnzylber et al., 2000) e suicidio (Mujica O. et al., 2000). Gli studi all'interno dei singoli paesi non sono afflitti dai problemi che interessano le ricerche internazionali comparative, in quanto i dati riguardanti le differenze di mortalità fra le varie regioni o altre unità statistiche geografiche si desumono, generalmente, dalle statistiche di mortalità rilevate a livello nazionale. Generalmente la disuguaglianza di reddito è misurata dai redditi dichiarati nei censimenti, e l'affidabilità dei dati è garantita dalla condivisione delle medesime procedure di ricerca.

Negli Stati Uniti le principali fonti utilizzate da chi investiga sulla relazione tra mortalità, reddito e disuguaglianza di reddito a livello individuale sono principalmente quattro. Il National Longitudinal Mortality Study (NLMS) che utilizza i dati nazionali di censimento, i quali forniscono anche dettagliate informazioni socio-economiche. Il National Health Interview Survey (NHIS), che intervista annualmente circa 50000 famiglie, e il National Health and Nutritional Examination Survey (NHANES) che dal 1971 intervista ogni anno 14000 famiglie. L'ultima fonte statunitense dei dati mortalità è il Panel Study of Income Dynamics (PSID) che, dal 1968, segue, la vita di circa 5000 famiglie e dei loro figli. In molti paesi c'è una tradizione consolidata di statistiche sulle disuguaglianze nella salute. Anche la Svezia ha un sistema di raccolta dati simile al NLMS statunitense, ma più accurato. Inoltre dal 1975, nelle statistiche svedesi sono reperibile per ogni anno ricerche sulle condizioni di vita.

Vi sono poi ricerche che non utilizzano come misura la mortalità, ma misure di status di salute autopercepita. Domande sullo stato di salute autopercepito sono incluse nel NHIS e dal 1995 nel CPS, in quanto è condivisa l'opinione che tale indicatore è un potente predittore di morbilità e mortalità.

Osservazioni conclusive

Come abbiamo avuto modo di notare più volte nel corso di questo lavoro, sulla salute agiscono molteplici determinanti, alcuni in modo diretto altri in modo indiretto, alcuni non possono essere modificati (sesso, età e patrimonio genetico), su altri legati all'ambiente sociale ed economico in cui gli individui vivono, è possibile agire. Le più frequenti misure dello status di salute di una popolazione sono il tasso di mortalità e l'aspettativa di vita. Queste misure ci permettono di delineare un quadro molto generale delle condizioni di salute, ma non ci dicono molto su come sono distribuite nella popolazione, o sui determinanti di salute a basso, medio e lungo termine, né ci permettono di fare inferenze sugli impatti della salute su altre dimensioni come quella economica o quella sociale. Per queste ragioni la scelta di indicatori di salute appropriati ai contesti di indagine è di primaria importanza. Così come è di primaria importanza l'implementazione di strategie di ricerca condivise, che travalichino i confini delle singole nazioni, vuoi per ragioni metodologiche vuoi per ragioni politiche. Nel corso di questo capitolo abbiamo visto come si è declinata la tradizione di ricerca sulla salute, quali sono gli indicatori utilizzati nelle diverse strategie di indagine nonché quali sono le principali fonti informative utilizzate, e ciò che è emerso in modo preponderante al di là delle differenti prospettive di analisi, è proprio la necessità di avere sistemi informativi condivisi e condivisibili che permettano sinergiche azioni di monitoraggio e intervento. È necessario, oggi più che mai, nell'epoca della globalizzazione, immaginare e realizzare strategie di sviluppo e di intervento condivise.

Se in alcuni paesi la tradizione di ricerca sulla salute, sui suoi determinati così come sulla disuguaglianza di salute vantano una solida tradizione, nel nostro paese questa è caratterizzata dalla presenza di alcune peculiarità che vale la pena considerare.

La prima riguarda lo squilibrio che caratterizza la distribuzione della ricerca sul territorio nazionale a cui si accompagna un disomogeneo sistema di documentazione empirica. La seconda specificità riguarda la scarsa integrazione tra i dati sanitari e i dati sociali, tra la descrizione dello stato di salute della popolazione e la descrizione della posizione sociale. Una terza peculiarità riguarda la scarsa integrazione tra la ricerca epidemiologica e la ricerca sociale⁵¹. Date tali peculiarità, non sorprende il ritardo e le difficoltà incontrate nel nostro paese nella rappresentazione delle disuguaglianze di salute. La capacità di studio e il monitoraggio delle disuguaglianze di salute può essere migliorato attraverso una strategia informativa che sviluppi a livello nazionale indagini sistematiche sulla salute in grado di coglierne multidimensionalità. Senza la costruzione di un valido sistema di monitoraggio della salute e dei suoi differenziali nella popolazione difficilmente sarà possibile immaginare politiche sociali coerenti e valide nel tempo.

⁵¹ L'importanza di un approccio multidisciplinare nello studio sulle disuguaglianze di salute viene sottolineata con forza nel Programma di Ricerca dell'European Science Foundation.

PARTE TERZA
APPROFONDIMENTI EMPIRICI

5. Disuguaglianza e salute in Italia

Introduzione

Nella metà degli anni ottanta l'Organizzazione Mondiale della Sanità per la regione Europa, con il primo dei 38 obiettivi della strategia "Salute per tutti nell'anno 2000", affermava che le disuguaglianze nella salute dovevano essere ridotte nella massima misura possibile e, comunque, almeno nella misura del 25 per cento (WHO-Europe, 1985). Alcuni paesi europei hanno sviluppato politiche dedicate a questo obiettivo, sia a livello nazionale sia a livello locale, con risultati non conclusivi ma incoraggianti (Whitehead, 1992). Nell'agenda politica degli anni ottanta in Italia non si parlava molto di disuguaglianze, mentre in questi ultimi anni, in cui gli effetti sociali e sanitari della sfavorevole congiuntura economica e delle politiche di contenimento della spesa pubblica cominciano a farsi sentire, anche l'equità nella salute si impone come una questione attuale. L'equità nella salute è un tema che interessa più di una sfera: quella etica e morale dei diritti umani, quella delle scienze mediche e sociologiche, quella dell'economia e della politica. L'urgenza di parlare dell'equità nella salute nel nostro mondo sviluppato è dettata dal fatto di essere di fronte ad una clamorosa contraddizione. Nel corso del XX secolo i paesi europei sono stati teatro di imponenti transizioni di tipo demografico, epidemiologico e culturali. Si è passati da situazioni di alta mortalità e natalità ad una situazione di bassa mortalità e natalità. Dalla frequenza di malattie infettive e da denutrizione si è passati alla forte incidenza di malattie cronico degenerative. Questo processo è stato però accompagnato da una sostanziale inerzia sociologica, che vede mantenersi praticamente stabili tutte le più importanti differenze sociali nella salute.

Gli studi sulle disuguaglianze sociali nella salute si basano sul concetto sociologico di stratificazione sociale definito come "la disposizione oggettiva o la classificazione soggettiva, dall'alto in basso o viceversa, di

una popolazione di individui o collettività (famiglie, gruppi etnici o religiosi), ovvero di posizioni sociali o ruoli, in fasce contigue e sovrapposte dette strati sociali (o anche classi sociali), i quali si distinguono tra loro per il differente ammontare di ricchezza di potere, di prestigio o di altra importante proprietà socialmente rilevante che ciascuno di essi possiede” (Utet, Dizionario di Sociologia, 1993).

Gli approcci alla misura del gradiente sociale nella mortalità e nella morbosità sono molteplici: alcuni deducono la condizione sociale a partire dall'impiego, altri classificano gli individui in base al reddito, altre in base all'istruzione, altre in base alle condizioni materiali di vita. Alla base di questa discussione c'è una disputa che continua a svilupparsi: quanto dovremmo cercare le misure che riflettono il benessere materiale e quelle che riflettono gli stili di vita, e quanto vogliamo una misura che rifletta la povertà oppure una correlata in modo più generale alla posizione sociale, che comprenda anche i non poveri.

La classificazione basata sull'impiego o sull'istruzione è stata quella maggiormente utilizzata per descrivere le differenze di mortalità, a cui possono aggiungersi informazioni relative alla ricchezza come la proprietà della casa, della o delle macchine ecc. Come abbiamo avuto modo di vedere precedentemente (cap.2) il legame tra posizione sociale, misurata in base all'impiego, e speranza di vita fu messo in evidenza già dalla metà del XIX° secolo in Gran Bretagna. Ad esempio Chadwick, (1965) che nel 1842 in Gran Bretagna l'età media della morte nei gruppi definiti secondo l'occupazione presentava clamorose differenze: “i gentiluomini e le persone occupate in professioni, e le loro famiglie...45 anni; i commercianti e le loro famiglie...26 anni; artigiani, servitù, operai e le loro famiglie...16 anni .

Da allora le condizioni di vita, di lavoro, di opportunità, di istruzione sono migliorate ma la persistenza dei differenziali di salute permane. Come dimostrano gli studi di Marmot e colleghi (1978), o quelli di Valkonen e colleghi (1992), ovunque siano disponibili serie storiche affidabili di dati statistici, si osservano differenze sociali nella mortalità e morbilità,

comunque venga misurata la posizione sociale, e che queste differenze tendono ad accentuarsi negli ultimi decenni a causa di un più accelerato miglioramento delle condizioni di salute degli strati più avvantaggiati della popolazione.

Sia la tradizione di studio geografico, sia l'approccio su base individuale, forniscono delle solide evidenze empiriche della esistenza di stabili differenze sociali nella salute, comunque si definiscano le classi sociali e per quasi tutte le cause di morte e morbilità (Townsend, 1987). A livello di studi comparati tra i paesi la relazione tra mortalità e reddito presenta comportamenti diversi nei paesi sviluppati e nei paesi in via di sviluppo. Nei paesi in via di sviluppo la speranza di vita cresce proporzionalmente all'incremento del reddito medio del paese, mentre nei paesi ricchi la speranza di vita sembra essere correlata alla grandezza delle differenze di reddito di ogni singolo paese indipendentemente dal tipo di sistema sanitario (Wilkinson, 1992).

Eppure uno degli obiettivi prioritari dell'introduzione dei sistemi sanitari nazionali era proprio la diminuzione della mortalità nelle classi sociali più svantaggiate. In Gran Bretagna dopo mezzo secolo di sistema sanitario nazionale sussistono sostanziali differenze sociali nella mortalità, negli indicatori di morbosità, di sopravvivenza, di esposizione a fattori di rischio e a fattori protettivi e di accesso e uso dei servizi (Townsend, 1992). Anche in Italia le indagini sulle differenze sociali nella salute cominciano ad essere consistenti. Costa e colleghi (1980) documentano l'esistenza di importanti differenze sociali nella mortalità in Italia negli anni ottanta. Queste differenze sono di entità comparabile a quelle dei paesi europei e interessano tutte le cause di morte, con una maggiore intensità per le malattie prevenibili.

Il presente studio si prefigge l'esplorazione e la descrizione del rapporto tra "misure di disuguaglianza" e misure di salute" nel contesto italiano dal 1980 a 2000. L'indagine si propone di rispondere ai seguenti interrogativi: quali sono le differenze esistenti nel livello di salute dei diversi strati sociali, in che misura e perché varia la portata. Si tenterà, anche se

necessitano ulteriori e più approfondite analisi, di mettere in luce le possibili cause. Per la realizzazione di questa parte di approfondimento empirico si è fatto ricorso all'analisi secondaria dei dati Istat desunti dalle Indagini Multiscopo sulle condizioni di salute della popolazione e sul ricorso ai servizi sanitari a partire dal 1980.

5.1 Materiali e metodi

I dati che abbiamo utilizzato per la nostra analisi sono quelli dell'Istat delle Indagini statistiche sulle condizioni di salute della popolazione e sul ricorso ai servizi sanitari, svolte nel 1980, 1986-1987, 1987-1991, 1994 e 1999-2000.

L'indagine ha interessato un campione a più stadi comuni-famiglie che nel 1980 ha riguardato 25.018 famiglie, per un totale di 75.397 persone, nel 1986-1987 25.427 famiglie, per un totale di 77.151 individui, nel 1987-1991 ha raggiunto circa 24.000 famiglie per un totale di circa 70.000 individui; nel 1994 e nel 1999-2000 52.300 famiglie per un totale di circa 140.000 individui. Le informazioni riguardanti la salute prese in considerazione riguardano la percezione soggettiva dello stato di salute, le patologie croniche, le disabilità, il ricorso ai servizi sanitari, la diagnostica strumentale e di laboratorio, i ricoveri. Le variabili socio-demografiche della popolazione prese in considerazione sono il sesso, l'età e le caratteristiche socioeconomiche. Le informazioni relative alle caratteristiche socioeconomiche della popolazione riguardano la situazione lavorativa specificata per condizione e posizione, a cui si aggiunge la variabile istruzione. La scelta di queste variabili ci consente di cogliere, anche se in via del tutto generale, la dimensione della ricchezza attraverso la situazione lavorativa e quella della cultura attraverso l'istruzione. Queste non ci forniscono una base ideale per la classificazione, in quanto necessiterebbero maggiori informazioni riguardo alla ricchezza e agli stili di vita, ma ci permettono di avere quanto meno un'idea delle relazioni e interrelazioni possibili tra condizioni socioeconomiche e salute.

I dati raccolti sono stati sistematizzati e ricalcolati in tabelle multivariate tali da permettere di valutare, attraverso il calcolo delle percentuali, la relazione tra le variabili di salute e quelle socioeconomiche prese in considerazione. Per una corretta interpretazione dei risultati riportiamo qui di seguito le definizioni e le classificazioni operate nelle indagini effettuate dall'Istat. La situazione lavorativa o condizione è quella dichiarata come unica o prevalente delle persone di 15 anni e più dichiarata all'epoca dell'intervista e si articola nel seguente modo:

- occupato. Per occupato si intende chi possiede un'occupazione in proprio o alle dipendenze da cui trae un profitto o una retribuzione o chi collabora con un familiare che svolge un'attività lavorativa in conto proprio senza avere un regolare contratto di lavoro (coadiuvante).
- in cerca di nuova occupazione. Per persona in cerca di nuova occupazione si intende chi ha perduto una precedente occupazione alle dipendenze ed è alla ricerca attiva di una nuova occupazione.
- in cerca di prima occupazione. Per persona in cerca di prima occupazione si intende chi non ha mai esercitato un'attività lavorativa o ha cessato un'attività in proprio o ha smesso di lavorare volontariamente per un periodo di tempo di almeno 1 anno ed è alla ricerca attiva di un'occupazione.
- Casalinga. Per casalinga si intende una donna che si dedica prevalentemente alle attività domestiche.
- inabile al lavoro. Per inabile al lavoro si intende chi è fisicamente impossibilitato a svolgere un'attività lavorativa
- ritirato dal lavoro. Per ritirato dal lavoro si intende chi ha cessato un'attività lavorativa per raggiunti limiti di età, invalidità o altra causa. La figura del ritirato dal lavoro non coincide necessariamente con il pensionato in quanto non sempre il ritirato dal lavoro gode di una pensione.

- in altra condizione. Si riferisce a chi si trova in condizione diversa da quelle sopraelencate come ad esempio un benestante, un detenuto, un militare o altro.

La posizione nella professione è quella dichiarata come unica e prevalente dagli occupati di 15 anni e più che viene così aggregata:

- dirigenti, imprenditori e liberi professionisti;
- lavoratori in proprio e coadiuvanti inclusi soci di cooperative di produzione di beni e/o prestazioni di servizio;
- direttivi, quadri e impiegati intermedi;
- capo operai, operai, subalterni inclusi gli apprendisti e i lavoratori a domicilio per conto di imprese;

Dalle invalidità rilevate sono escluse le invalidità temporanee. Vengono considerate invalidità permanenti le invalidità di tipo motorio, le insufficienze mentali, la cecità, il sordomutismo e la sordità e sono così definite:

- per cecità si intende, oltre alla cecità assoluta, anche la cecità parziale con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi, cioè colui che non riesce a discriminare i particolari di ciò che lo circonda;
- per sordomutismo si intende l'incapacità o la difficoltà grave di esprimersi con il linguaggio verbale a causa di sordità congenita o acquisita precocemente;
- per sordità si intende la perdita totale o una forte riduzione dell'udito. Viene considerato sordo anche chi solo con l'uso dell'apparecchio acustico riesce a percepire suoni, rumori, linguaggio parlato;
- per invalidità motoria si intende la limitazione grave o l'impedimento delle capacità di movimento di una o più parti del corpo dovuta a paralisi, anchiloso articolare o mancanza d'arti;

- per insufficienza mentale si intende chi è affetto da una riduzione delle capacità mentali dovuta a malattie congenite, perinatali o insorte in epoca successiva

Per ciò che concerne gli accertamenti diagnostici, le indagini hanno riguardato gli eventi verificatisi durante le quattro settimane precedenti le interviste. Nella voce “Altri esami” sono compresi l’elettrocardiogramma, l’elettroencefalografia, l’oscillometria degli arti inferiori, il metabolismo basale, mentre la misurazione della pressione arteriosa non viene considerata tra gli accertamenti diagnostici

5.2 Risultati e discussione

Il risultato dell'indagine fornisce un quadro di come il paese sia attraversato da profonde differenze fin tutte le dimensioni di salute osservate: salute soggettiva, salute fisica, salute mentale, morbosità, cronicità e disabilità. Le differenze di salute osservate tra i gruppi socioeconomici sono coerenti con quelle riportate in letteratura e non interessano solo gruppi di popolazione particolarmente deprivata ed emarginata, ma tutti i livelli in cui si stratifica la società.

Le differenze più intense si osservano per la disabilità e per la salute soggettiva, segue la morbosità cronica con differenze di minore intensità.

Tali differenze sono fortemente correlate con le condizioni socio-economiche degli individui e a sfavore delle posizioni sociali più svantaggiate in termini di reddito, di istruzione. Come altri studi hanno messo in evidenza (Marmot et al., 1978; Black et al., 1988; Valkonen et al., 1990; Blaxter, 1991), anche il presente studio sembra confermare che le differenze sociali nella salute si estendono attraverso l'intera società.

Questa relazione negativa tra le variabili socioeconomiche prese in considerazione e lo status di salute di alcune categorie sembra subire relativi incrementi negli ultimi dieci anni. Riteniamo che la relazione tra categoria professionale e status di salute, già messo in evidenza negli studi di Marmot (1978), così come quello tra istruzione e salute messi in luce da Valkonen (1989), da Kitagawa e Hauser (1973) o da Feldman e colleghi (1989), possa essere considerata anche per quanto concerne il fenomeno in Italia.

Dal presente studio sembra emergere che dal 1980 al 2000 sia in atto una tendenza incrementale dei differenziali nella salute della popolazione in

base al titolo di studio, ed in modo particolare per alcune tipologie di malattia (malattie del sistema circolatorio, del sistema osteomuscolare, del sistema endocrino e del metabolismo ed i disturbi psichici) che sono fortemente correlate con la collocazione degli individui nel contesto socioeconomico e relazionale, nonché con gli stili di vita. Il divario nell'incidenza di queste patologie tra gli estremi della stratificazione sociale in base al grado di istruzione tende ad incrementarsi dal 1994 a sfavore di coloro che possiedono un basso grado di istruzione. Se si passa dalle considerazioni relative alla popolazione in generale ai singoli sottogruppi, sono identificabili particolari criticità nella distribuzione degli indicatori di salute degli anziani, delle donne, delle categorie professionali manuali e degli inoccupati. Nella popolazione degli anziani sono evidenti profonde differenze sociali nella salute, che agiscono in modo particolarmente intenso sulla disabilità.

È possibile che l'anziano erediti gli svantaggi nella salute dell'età adulta, e che questi svantaggi subiscano un'accelerazione differenziale verso la disabilità in età anziana. È ovvio che il notevole aumento della vita media ha inevitabilmente portato ad un incremento della popolazione anziana colpita da fisiologici processi degenerativi connessi all'invecchiamento stesso, ciò non toglie comunque l'importanza dei dati. L'effetto cumulativo nell'arco della vita di persistenti episodi di malattia o di disagio, può manifestarsi in età anziana con esiti particolarmente negativi.

Di segno simile sono le differenze sociali nella salute osservate nella popolazione lavorativa, con le professioni operaie e usuranti che sono più colpite e accumulano svantaggi nella speranza di vita in buona salute, ed negli inoccupati dove alcune categorie come le casalinghe e i ritirati dal lavoro presentano i peggiori indici di salute.

Lo svantaggio femminile non può essere giustificato dal fatto che le donne sono più longeve e quindi sono soggette maggiormente a processi biologici degenerativi, in quanto esso emerge in tutte le fasce di età messe a confronto.

Gli effetti dei due meccanismi di generazione delle disuguaglianze di salute sembrano agire in una duplice direzione che ne rafforza la correlazione: un primo meccanismo, che si esplica attraverso una diversa probabilità d'insorgenza del problema salute, ed un secondo meccanismo che si riferisce ad una diversa probabilità di soffrire delle conseguenze sfavorevoli di questi problemi di salute sia in termini di salute percepita che di capacità funzionali.

5.2.1 Profilo delle condizioni di salute dichiarata per sesso e per età negli ultimi venti anni

Nelle tabelle 1, 2, 3 viene analizzato la distribuzione dello stato di salute dichiarato per sesso e per classi di età, nel periodo di tempo considerato. Le condizioni di salute percepita, come è ovvio aspettarci, decrescono in relazione all'aumentare dell'età per entrambi i sessi, ma in misura maggiore per le donne con una particolare rilevanza dai 71 anni nel 1980 e dai 75 anni negli anni successivi. Ci sembra opportuno osservare che si riscontra una tendenza in crescita nell'arco di tempo preso in considerazione del peggior stato di salute dichiarato dalle donne in relazione all'aumentare dell'età. qui di seguito riportiamo le quote: nel 1980 la quota delle donne oltre i 71 anni di età che dichiarano un cattivo stato di salute è il 26% a fronte del 21,3% degli uomini nella stessa classe di età; nel 1986-1987 le donne oltre i 75 anni di età che dichiarano di non godere di buone condizioni di salute sono il 12,3% a fronte del 9,8% degli uomini; nel 1987-1991 sono rispettivamente il 32,9% a fronte del 28,1% degli uomini; nel 1994 è dalla classe di età 65-74 anni che le donne dichiarano di stare "molto male e male" nella quota del 32,4% a fronte del 28,2% degli uomini e del 26,9% a fronte del 25,6% oltre i 75 anni; nel 1999-2000 oltre i 75 anni di età il 37,5% delle donne a fronte del 27,4% degli uomini. Tale fenomeno potrebbe essere associato al fatto che, per effetto della maggiore longevità femminile, nella fascia di età più anziana (75 e più) l'età media delle donne è più elevata rispetto a quella degli uomini, si riscontra una maggiore prevalenza di malattie croniche e disabilitanti. In ogni caso l'incremento della tendenza nel tempo richiede comunque maggiore attenzione in quanto potrebbe essere l'espressione

di una disuguaglianza di salute che è andata accumulandosi nel tempo per manifestare in età anziana significativi effetti negativi.

Tabella 1. Persone secondo lo stato di salute dichiarato, il sesso e la classe di età. Dati per migliaia e percentuali di colonna (1)

Sesso	MASCHI					FEMMINE					Totale
	Buono		Non Buono		Totale maschi	Buono		Non buono		Totale femmine	
	N	%	N	%		N	%	N	%		
<i>Anno 1980</i>											
<i>Classi di età</i>											
fino a 13 anni	5420	29,5	233	7,0	5.653	5191	28,9	217	5,1	5.408	11,0
14-29	6.192	33,7	244	7,4	6.436	6.165	34,3	230	5,5	6.395	12,0
30-49	6.686	36,4	710	21,5	7.396	5.776	32,1	903	21,4	6.679	14,0
50-59	2.794	15,2	810	24,5	3.604	2.790	15,5	966	22,9	3.756	7,3
60-70	1.760	9,6	837	25,3	2.597	1.954	10,9	1.007	23,9	2.961	5,5
71 anni e oltre	948	5,2	706	21,3	1.654	1.293	7,2	1.108	26,3	2.401	4,0
Totale	18.380	100,0	3.307	100,0	21.687	17.978	100,0	4.214	100,0	22.192	54,0

Fonte: Elaborazione di Monica Rando su dati Istat, novembre 1980

Tabella 2. Stato di salute dichiarato per sesso e per classe di età. Dati in migliaia e percentuali di colonna (1986-1987)

Sesso	MASCHI					FEMMINE				Totale	
	Buono		Non Buono		Totale masch i	Buono		Non buono			Totale.fe mm.
	N	%	N	%		N	%	N	%		
<i>Anno 1986-1987</i>											
<i>Classi di età</i>											
15-29	5.496	35,5	1260	19,6	6.756	5035	33,7	1613	18,4	6.648	13.404
30-49	5.559	35,9	1.840	28,7	7.399	5.069	33,9	2.408	27,5	7.477	14.876
50-59	2.176	14,0	1.132	17,6	3.308	1.962	13,1	1.550	17,7	3.512	6.820
60-69	1.374	8,9	1.058	16,5	2.432	1.448	9,7	1.433	16,4	2.881	5.313
70-74	449	2,9	497	7,7	946	556	3,7	677	7,7	1.233	2.179
75 anni e oltre	449	2,9	631	9,8	1.080	863	5,8	1.074	12,3	1.937	3.017
Totale	15.503	100,0	6.418	100,0	21.921	14.933	100,0	8.755	100,0	23.688	45.609

Fonte: Elaborazione di Monica Rando su dati Istat, 1986-1987

Tabella 3. Stato di salute dichiarato, sesso per classe di età. Dati in migliaia e percentuali di riga. Anni 1999-2000, 1994, 1987-1991

<i>Stato di salute dichiarato</i>	Molto male e male		Discretamente		Molto bene e bene		Totale
	N	%	N	%	N	%	
ANNO 2000							
Sesso	MASCHI						
<i>Classi di età</i>							
14-24	47	3,2	346	4,6	3.367	22,6	3.760
25-44	185	12,5	1.763	23,6	6.942	46,6	8.890
45-64	453	30,7	2.960	39,6	3.609	24,2	7.022
65-74	387	26,2	1.490	20,0	715	4,8	2.592
75 e più	405	27,4	908	12,2	255	1,7	1.568
Totale	1.477	100,0	7.467	100,0	14.888	100,0	23.832
Sesso	FEMMINE						
<i>Classi di età'</i>							
14-24	45	1,8	519	5,2	3.061	23,3	3.625
25-44	208	8,5	2.428	24,1	6.125	46,7	8.761
45-64	658	26,9	3.691	36,7	2.944	22,4	7.293
65-74	617	25,3	1.918	19,1	651	5,0	3.186
75 e più	915	37,5	1.500	14,9	335	2,6	2.750
Totale	2.443	100,0	10.056	100,0	13.116	100,0	25.615
ANNO 1994							
Sesso	MASCHI						
<i>Classi di età</i>							
14-24	50	2,7	282	4,6	3.858	25,7	4.190
25-44	167	9,0	1.372	22,4	6.774	45,1	8.313
45-64	639	34,4	2.593	42,4	3.565	23,7	6.797
65-74	524	28,2	1.301	21,3	648	4,3	2.473
75 e più	476	25,6	571	9,3	185	1,2	1.232
Totale	1.856	100,0	6.119	100,0	15.030	100,0	23.005
Sesso	FEMMINE						
<i>Classi di età</i>							
14-24	387	4,7	3.626	26,6	61	2,2	4.074
25-44	1.951	23,7	6.117	44,8	212	7,5	8.280
45-64	3.254	39,5	2.986	21,9	881	31,1	7.121
65-74	1.696	20,6	652	4,8	917	32,4	3.265
75 e più	960	11,6	264	1,9	763	26,9	1.987
Totale	8.248	100,0	13.645	100,0	2.834	100,0	24.727

segue

Segue Tabella 3. Stato di salute dichiarato, sesso per classe di età. Dati in migliaia e percentuali di riga. Anni 1999-2000, 1994, 1987-1991

<i>Stato di salute dichiarato</i>	Molto male e male		Discretamente		Molto bene e bene		Totale
	N	%	N	%	N	%	
ANNO 1991							
Sesso	MASCHI						
<i>Classi di età</i>							
14-24	45	3,5	110	3,5	4.448	24,4	4.603
25-44	124	9,6	512	16,3	7.607	41,8	8.243
45-64	427	33,1	1.353	43,0	4.808	26,4	6.588
65-74	332	25,7	685	21,8	938	5,2	1.955
75 e più	362	28,1	485	15,4	396	2,2	1.243
Totale	1.290	100,0	3.145	100,0	18.197	100,0	22.632
Sesso	FEMMINE						
<i>Classi di età</i>							
14-24	49	2,3	117	2,6	3.754	24,7	3.920
25-44	174	8,2	781	17,3	8.840	58,1	9.795
45-64	675	31,9	1.798	39,9	2.098	13,8	4.571
65-74	521	24,6	947	21,0	343	2,3	1.811
75 e più	695	32,9	863	19,2	181	1,2	1.739
Totale	2.114	100,0	4.506	100,0	15.216	100,0	21.836

Fonte: elaborazione di Monica Rando su dati Istat, 1987-1991, 1994, 1999-2000

5.2.2 Lo stato di salute dichiarato e le variabili socioeconomiche

Nelle tabelle che seguono (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10) è stato preso in considerazione lo stato di salute dichiarato per sesso, età, istruzione e per condizione socioeconomica. In tutto l'arco temporale preso in esame è possibile notare che il livello di percezione soggettiva delle condizioni di salute è strettamente correlato negativamente sia al livello di istruzione, sia alla condizione socioeconomica. In relazione al cattivo status di salute dichiarato è possibile notare che tra il 1987-1991 ed il 1999-2000 si è leggermente ristretto il divario tra la popolazione classificata in base al grado di istruzione, mentre nella dimensione del buon stato di salute si è accentuata. Se osserviamo l'andamento in relazione al genere e tenendo sotto controllo la variabile età⁵², emerge che sebbene le donne rispetto agli uomini dichiarino un peggior stato di salute tendenzialmente in tutte le classi di età, l'istruzione sembra svolgere un ruolo di maggior protezione nei confronti del cattivo stato di salute tra le donne dalla classe di età 64 e oltre piuttosto che per gli uomini nelle stesse classi di età. Riportiamo qui di seguito alcuni dati significativi: nel 1980 l'81,8% delle persone con la licenza elementare o nessun titolo dichiara di non godere di un buon stato di salute a fronte del 6,5% di quelle che hanno conseguito la laurea o il diploma; nel 1986-1987 le quote sono del 37,1 a fronte del 4,6%; nel 1987-1991 il 33,5% di coloro che non possiedono alcun titolo ed il 46% di coloro che hanno la licenza elementare dichiarano di stare in cattive condizioni di salute a fronte del 5,2% di coloro che possiedono il diploma e dello 0,9 di quelli che hanno conseguito la laurea; nel 1994 il 74,4% di coloro che hanno la licenza elementare o nessun titolo sono in cattive condizioni di salute a fronte dell'8,8% di quelli che hanno conseguito la laurea o il

⁵² Data la disponibilità dei dati è stato possibile tenere sotto controllo la variabile "età" solo per le indagini dell'Istat relative agli anni 1994 e 1999-2000.

diploma; nel 1999-2000 sono rispettivamente il 70,8% a fronte del 10,7%.
coloro che livello di percezione soggettiva delle condizioni di salute è negativamente correlato al grado di istruzione

Se osserviamo i dati relativi alla condizione socioeconomica emerge a prima vista la presenza di un gradiente sociale di salute rispetto alla condizione professionale, più o meno costante nell'arco di tempo preso in considerazione. Rispetto alla condizione di occupato e alla posizione professionale il gradiente è negativamente orientato rispetto al cattivo stato di salute dichiarato, come segue: categoria degli operai e apprendisti; direttivi, quadri, impiegati, intermedi; lavoratori in proprio e coadiuvanti; imprenditori e liberi professionisti.

Fra i non occupati le categorie che dichiarano di essere in peggiori condizioni di salute in tutto il periodo preso in considerazione sono le casalinghe e i ritirati dal lavoro. Inoltre, i dati sembrano mostrare che negli ultimi anni sia presente una tendenza in aumento delle peggiori condizioni di salute nelle suddette categorie. La consistenza delle quote relative ai "ritirati dal lavoro" nella percezione del peggior stato di salute ci suggerisce una duplice considerazione: da un lato la fragilità della popolazione anziana, per la quale sono evidenti profonde differenze sociali nella salute, dall'altro, dato che in questa categoria rientrano coloro che sono fuoriusciti dal mercato del lavoro per motivi diversi dal pensionamento (diabilità o altre cause) quanto possono influire sulle condizioni di salute fenomeni di scollamento dal tessuto sociale. Riportiamo alcuni dati: nel 1980 il 19,4% delle casalinghe ed il 30,7% dei ritirati dal lavoro dichiarano di essere in cattive condizioni di salute a fronte dello 0,9% degli imprenditori e liberi professionisti, del 3,7% dei dirigenti, direttivi, quadri e impiegati intermedi, del 6% dei lavoratori in proprio e coadiuvanti e dell'11% degli operai; nel 1986-1987 il 17,1% delle casalinghe ed il 19,9% dei ritirati dal lavoro a fronte dello 0,9% degli imprenditori e liberi professionisti, dell'8% dei dirigenti, direttivi, quadri e impiegati intermedi, del 6,2% dei lavoratori autonomi e dell'11,4% degli operai; nel 1987-1991 il 20,1% delle casalinghe ed il 44,9% dei ritirati dal

lavoro a fronte dello 0,5% tra i dirigenti, imprenditori e liberi professionisti, del 2,5% dei direttivi, quadri e impiegati intermedi, il 3% dei lavoratori in proprio ed il 5,1 degli operai; nel 1994 il 29,8% delle casalinghe ed il 54,9% dei ritirati dal lavoro a fronte dello 0,8% dei dirigenti, imprenditori e liberi professionisti, del 3,6 dei lavoratori in proprio e del 3,9% dei direttivi, impiegati, operai ecc.; nel 1999-2000 il 23,1% delle casalinghe ed il 47,3% dei ritirati dal lavoro a fronte dell'1% dei dirigenti, imprenditori e liberi professionisti, del 3,6% dei direttivi, quadri e intermedi, del 2% dei lavoratori in proprio e del 2,8% degli operai e assimilati.

Tabella 4. Persone di 15 anni e più secondo lo stato di salute dichiarato, per istruzione e per condizione professionale.
Anno 1980

STATO DI SALUTE DICHIARATO	Buono		Non buono		Totale
	N	%	N	%	
<i>Istruzione</i>					
Laurea e Diploma di scuola media superiore	6.866	18,4	487	6,5	7.353
Licenza di scuola media inferiore	11.274	30,2	883	11,7	12.157
Licenza di scuola elementare e nessun titolo	19.220	51,4	6.151	81,8	25.371
Totale	37.360	100,0	7.521	100,0	44.881
<i>Condizione professionale</i>					
Occupati	18.340	32,7	1.938	20,2	20.278
Imprenditori, liberi professionisti	362	0,6	88	0,9	450
Dirigenti, Direttivi, Quadri, impiegati, intermedi	5.404	9,6	360	3,7	5.764
Operai e assimilati	8.737	15,6	1.057	11,0	9.794
Lavoratori in proprio e coadiuvanti	4.284	7,6	576	6,0	4.860
in cerca di occupazione	1.330	2,4	106	1,1	1.436
casalinghe	8.131	14,5	1.862	19,4	9.993
Studenti	4.212	7,5	99	1,0	4.311
ritirati dal lavoro	4.723	8,4	2.952	30,7	7.675
altra condizione	625	1,1	563	5,9	1.188
Totale	56.148	100,0	9.601	100,0	65.749

Fonte: Elaborazione di Monica Rando su dati Istat, 1980

Tabella 5. Persone di 15 anni e più secondo lo stato di salute dichiarato, per istruzione e condizione professionale. dati in migliaia e percentuali di colonna. Anno 1986-1987

<i>Stato di salute dichiarato</i>	Buono		Non buono		Totale
	N	%	N	%	
<i>Istruzione</i>					
Laurea	1.440	4,6	411	2,7	1.858
Diploma di scuola media superiore	6.172	19,8	1.828	11,9	8.032
Licenza di scuola media inferiore	11.968	38,4	4.212	27,4	16.246
Licenza di scuola elementare e nessun titolo	11.550	37,1	8.915	58,0	20.560
Totale	31.130	100,0	15.366	100,0	46.696
<i>Condizione professionale</i>					
Occupati	15.406	33,1	5.526	26,5	20.992
Imprenditori, liberi professionisti	772	1,7	181	0,9	956
Dirigenti, direttivi, quadri, impiegati, intermedi	5.364	11,5	1.672	8,0	7.056
Operai e assimilati	5.856	12,6	2.377	11,4	8.257
Lavoratori in proprio e coadiuvanti	3.407	7,3	1.293	6,2	4.714
In cerca di occupazione	2.080	4,5	657	3,1	2.745
Casalinghe	5.614	12,1	3.566	17,1	9.209
Studenti	3.568	7,7	870	4,2	4.450
Ritirati dal lavoro	3.941	8,5	4.156	19,9	8.125
Altra condizione	522	1,1	593	2,8	1.119
Totale	46.530	100,0	20.891	100,0	67.621

Fonte: Elaborazione di Monica Rando su dati Istat, 1986-1987

Tabella 6. Popolazione di 6 anni e più secondo lo stato di salute dichiarato, per istruzione e condizione professionale. Dati in migliaia e percentuali di colonna. Anno 1987-1991

<i>Stato di salute dichiarato</i>	Molto male e male		Discretamente		Molto bene e bene		Totale
	N	%	N	%	N	%	
<i>Istruzione</i>							
Laurea	31	0,9	183	2,4	1831	4,4	2.045
Diploma di scuola media superiore	179	5,2	702	9,0	8.715	20,9	9.596
Licenza di scuola media inferiore	496	14,4	1.692	21,8	15.992	38,3	18.180
Licenza di scuola elementare	1.583	46,0	3.620	46,6	10.768	25,8	15.971
Nessun titolo	1.152	33,5	1.579	20,3	4.472	10,7	7.203
Totale	3.441	100,0	7.776	100,0	41.778	100,0	52.995
<i>Condizione professionale</i>							
Occupati	449	11,7	2.119	23,2	18.928	34,0	21.496
Dirigenti, Imprenditori, liberi professionisti	20	0,5	112	1,2	1.393	2,5	1.525
Direttivi, Quadri, impiegati, intermedi	98	2,5	540	5,9	6.276	11,3	6.914
Operai, apprendisti	198	5,1	189	2,1	6.844	12,3	7.231
Lavoratori in proprio e coadiuvanti	114	3,0	558	6,1	3.697	6,6	4.369
In cerca di occupazione	50	1,3	176	1,9	2.235	4,0	2.461
Casalinghe	772	20,1	1.891	20,7	6.391	11,5	9.054
Studenti	28	0,7	85	0,9	4.720	8,5	4.833
Ritirati dal lavoro	1.727	44,9	3.082	33,7	3.838	6,9	8.647
Altra condizione	393	10,2	382	4,2	1.295	2,3	2.070
Totale	3.849	100,0	9.134	100,0	55.617	100,0	68.600

Fonte: Elaborazione di Monica Rando su dati Istat, 1987-1991

Tabella 7. Persone di anni 15 e più secondo lo stato di salute dichiarato, per istruzione e condizione professionale. Dati in migliaia e percentuali di colonna. Anno 1994

<i>Stato di salute dichiarato</i>	Molto male e male		Discretamente		Molto bene e bene		Totale
	N	%	N	%	N	%	
<i>Istruzione</i>							
Laurea e Diploma di scuola media superiore	420	8,8	2.642	18,0	10.404	30,9	13.466
Licenza di scuola media inferiore	799	16,8	4.185	28,5	13.455	40,0	18.439
Licenza di scuola elementare e nessun titolo	3.540	74,4	7.868	53,5	9.779	29,1	21.187
Totale	4.759	100,0	14.695	100,0	33.638	100,0	53.092
<i>Condizione professionale</i>							
Occupati	565	13,9	4.814	27,9	14.876	39,3	20.255
Dirigenti, Imprenditori, liberi professionisti	32	0,8	357	2,1	1.170	3,1	1.559
Direttivi, quadri, impiegati intermedi, operai, lavoratori a domicilio, apprendisti e altri dipendenti	159	3,9	1.369	7,9	5.068	13,4	6.596
Lavoratori in proprio e coadiuvanti	147	3,6	1.181	6,8	2.973	7,8	4.301
In cerca di occupazione	107	2,6	483	2,8	2.393	6,3	2.983
Casalinghe	1.208	29,8	3.551	20,6	4.343	11,5	9.102
Studenti	50	1,2	290	o	4.144	10,9	4.484
Ritirati dal lavoro	2.225	54,9	4.723	27,3	2.434	6,4	9.382
Inabili al lavoro	339	8,4	192	1,1	54	0,1	585
Altra condizione	232	5,7	315	1,8	430	1,1	977
Totale	4.054	100,0	17.275	100,0	37.886	100,0	59.215

Fonte: Elaborazione di Monica Rando su dati Istat, 1994

Tabella 8. Popolazione di 15 anni e più secondo lo stato di salute dichiarato, per istruzione e condizione professionali. Dati in migliaia e percentuali di colonna. Anno1999-2000

<i>Stato di salute dichiarato</i>	Molto male e male		Discretamente		Molto bene e bene		Totale
	N	%	N	%	N	%	
<i>Istruzione</i>							
Laurea e Diploma di scuola media superiore	418	10,7	3.961	22,6	11.419	40,8	15.798
Licenza di scuola media inferiore	726	18,5	5.425	31,0	12.165	43,4	18.316
Licenza di scuola elementare e nessun titolo	2.776	70,8	8.138	46,4	4.421	15,8	15.335
Totale	3.920	100,0	17.524	100,0	28.005	100,0	49.449
<i>Condizione professionale</i>							
Occupati	470	12,0	5.988	34,3	14.627	53,3	21.085
Dirigenti, Imprenditori, liberi professionisti	41	1,0	556	3,2	1.639	6,0	2.236
Direttivi, Quadri, impiegati, intermedi	141	3,6	1.999	11,4	5.425	19,8	7.565
Operai, apprendisti	109	2,8	2.257	12,9	5.132	18,7	7.498
Lavoratori in proprio e coadiuvanti	79	2,0	1.175	6,7	2.433	8,9	3.687
In cerca di nuova occupazione	95	2,4	585	3,3	1.026	3,7	1.706
In cerca di prima occupazione	31	0,8	277	1,6	1.477	5,4	1.785
Casalinghe	903	23,1	3.518	20,1	3.219	11,7	7.640
Studenti	33	0,8	444	2,5	3.813	13,9	4.290
Ritirati dal lavoro	1.852	47,3	5.963	34,1	2.841	10,3	10.656
Inabili al lavoro	233	6,0	185	1,1	96	0,3	514
Altra condizione	285	7,3	520	3,0	355	1,3	1.160
Totale	3.913	100	17.480	100,0	27.456	100,0	48.849

Fonte:Elaborazione di Monica Rando su dati Istat, 1999-2000

Tabella 9. Persone di 6 anni e più secondo lo stato di salute dichiarato, per classe di età, sesso e istruzione. Dati in migliaia e percentuali di colonna. Anno 1994

<i>Stato di salute dichiarato</i>	Male e molto male		Discretamente		Bene e molto bene		Totale
	N	%	N	%	N	%	N
<i>Sesso</i>	Maschi						
<i>Classe di età</i>	6 anni- 64						
<i>Istruzione</i>							
Laurea e Diploma di scuola media superiore	117	13,3	991	22,4	5.336	31,9	6.444
Licenza di scuola media inferiore	255	28,9	1.682	22,4	7.080	42,3	9.017
Licenza di scuola elementare e nessun titolo	509	57,8	1.755	39,6	4.304	25,7	6.568
Totale	881	100,0	4.428	100,0	16.720	100,0	22.029
<i>Classe di età</i>	65-74						
Laurea e Diploma di scuola media superiore	52	9,9	186	14,3	179	27,5	417
Licenza di scuola media inferiore	73	13,9	264	20,3	122	18,8	459
Licenza di scuola elementare e nessun titolo	400	76,2	851	65,4	349	53,7	1.600
Totale	525	100,0	1.301	100,0	650	100,0	2.476
<i>Classe di età</i>	75 e più						
<i>Istruzione</i>							
Laurea e Diploma di scuola media superiore	30	6,3	67	11,7	49	26,5	146
Licenza di scuola media inferiore	60	12,6	66	11,6	23	12,4	149
Licenza di scuola elementare e nessun titolo	386	81,1	438	76,7	113	61,1	937
Totale	476	100,0	571	100,0	185	100,0	1.232
<i>Sesso</i>	Femmine						
<i>Classe di età</i>	6 anni- 64						
<i>Istruzione</i>							
Laurea e Diploma di scuola media superiore	156	13,0	1211	21,1	4704	31,0	6.071
Licenza di scuola media inferiore	284	23,7	1865	32,5	6060	39,9	8.209
Licenza di scuola elementare e nessun titolo	759	63,3	2664	46,4	4407	29,0	7.830
Totale	1199	100,0	5740	100,0	15171	100,0	22.110
<i>Classe di età</i>	65 - 74						
<i>Istruzione</i>							
Laurea e Diploma di scuola media superiore	42	4,6	144	8,5	110	16,9	296
Licenza di scuola media inferiore	93	10,2	233	13,7	136	20,9	462
Licenza di scuola elementare e nessun titolo	781	85,3	1320	77,8	405	62,2	2.506
Totale	916	100,0	1697	100,0	651	100,0	3.264
<i>Classe di età</i>	75 e più						
<i>Istruzione</i>							
Laurea e Diploma di scuola media superiore	25	3,3	45	4,7	27	10,3	97
Licenza di scuola media inferiore	33	4,3	75	7,8	34	12,9	142
Licenza di scuola elementare e nessun titolo	705	92,4	841	87,5	202	76,8	1.748
Totale	763	100,0	961	100,0	263	100,0	1.987

Fonte: Elaborazione di Monica Rando su dati Istat, 1994

Tabella 10. Persone di 6 anni e più secondo lo stato di salute dichiarato, per classe di età, sesso e istruzione. Dati in migliaia e percentuali di colonna. Anno 1999-2000

Stato di salute dichiarato	Male e molto male		Discretamente		Bene e molto bene		Totale maschi	Male e molto male		Discretamente		Bene e molto bene		Totale femmine	Totale
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		
Sesso	Maschi							Femmine							
Classi di età	14-24														
<i>Istruzione</i>															
Laurea e Diploma di scuola media superiore	9	19,1	115	33,2	1.107	32,9	1.231	13	28,9	209	40,3	1.199	39,2	1.421	2.652
Licenza di scuola media inferiore	34	72,3	211	61,0	2.124	63,1	2.369	25	55,6	287	55,3	1.759	57,4	2.071	4.440
Licenza di scuola elementare e nessun titolo	4	8,5	20	5,8	135	4,0	159	7	15,6	23	4,4	104	3,4	134	293
Totale	47	100,0	346	100,0	3.366	100,0	3.759	45	100,0	519	100,0	3.062	100,0	3.626	7.385
Classi di età	25-44														
<i>Istruzione</i>															
Laurea e Diploma di scuola media superiore	51	27,7	665	37,7	3.394	48,9	4.110	64	30,6	1.000	41,2	3.231	52,8	4.295	8.405
Licenza di scuola media inferiore	91	49,5	941	53,4	3.211	46,3	4.243	105	50,2	1.191	49,1	2.494	40,7	3.790	8.033
Licenza di scuola elementare e nessun titolo	42	22,8	157	8,9	337	4,9	536	40	19,1	237	9,8	399	6,5	676	1.212
Totale	184	100,0	1.763	100,0	6.942	100,0	8.889	209	100,0	2.428	100,0	6.124	100,0	8.761	17.650
Classi di età	45-64														
<i>Istruzione</i>															
Laurea e Diploma di scuola media superiore	65	14,3	721	24,4	1.324	36,7	2.110	79	12,0	705	19,1	843	28,6	1.627	3.737
Licenza di scuola media inferiore	126	27,8	984	33,2	1.281	35,5	2.391	144	21,9	990	26,8	928	31,5	2.062	4.453
Licenza di scuola elementare e nessun titolo	262	57,8	1.255	42,4	1.004	27,8	2.521	435	66,1	1.996	54,1	1.173	39,8	3.604	6.125
Totale	453	100,0	2.960	100,0	3.609	100,0	7.022	658	100,0	3.691	100,0	2.944	100,0	7.293	14.315
Classi di età	65-74														
<i>Istruzione</i>															
Laurea e Diploma di scuola media superiore	36	9,3	205	13,8	152	21,2	393	31	5,0	156	8,1	85	13,1	272	665
Licenza di scuola media inferiore	54	14,0	280	18,8	158	22,1	492	49	7,9	269	14,0	113	17,4	431	923
Licenza di scuola elementare e nessun titolo	297	76,7	1.005	67,4	406	56,7	1.708	537	87,0	1.493	77,8	453	69,6	2.483	4.191
Totale	387	100,0	1.490	100,0	716	100,0	2.593	617	100,0	1.918	100,0	651	100,0	3.186	5.779
Classi di età	75 e più														
<i>Istruzione</i>															
Laurea e Diploma di scuola media superiore	38	9,4	104	12,7	49	19,2	191	33	3,6	80	5,3	34	10,1	147	338
Licenza di scuola media inferiore	38	9,4	130	15,9	44	17,3	212	59	6,4	143	9,5	53	15,8	255	467
Licenza di scuola elementare e nessun titolo	330	81,3	674	82,4	162	63,5	1.166	823	89,9	1.277	85,1	248	74,0	2.348	3.514
Totale	406	100,0	818	100,0	255	178	1.479	915	100,0	1.500	100,0	335	100,0	2.750	4.229

Fonte: Elaborazione di Monica Rando su dati Istat, 1999-2000

5.2.3 La percezione dello stato di salute in presenza di patologie croniche

In questa sezione del lavoro abbiamo voluto indagare sulla distribuzione di patologie croniche in base alle variabili socioeconomiche Istruzione e condizione professionale (tabelle 11,12,13,14,15,16,17,18,19,20). Qui è ancora più chiaro come le condizioni di salute siano distribuite in modo differenziale tra le fasce di popolazione, e questo sia rispetto al grado di istruzione che alla condizione professionale, nonché rispetto al genere e all'età. Per quanto riguarda il genere, in tutto l'arco di tempo preso in considerazione possiamo notare che tra le donne "casalinghe" nella maggior parte delle malattie considerate le percentuali sono piuttosto elevate.

Rispetto all'età gli svantaggi si fanno evidenti considerando l'alta percentuale di presenza di patologie tra i ritirati dal lavoro, tra i quali è presumibile aspettarsi una significativa quota di popolazione anziana e di persone che per problemi di salute sono costretti ad uscire dal mercato del lavoro. Differenze sociali nella distribuzione delle patologie prese in considerazione possiamo osservarle tra gli occupati, dove le professioni operaie, ma anche per alcune patologie il settore impiegatizio, risultano avere una maggiore percentuale di presenza rispetto alla categoria degli imprenditori, dei liberi professionisti e dei dirigenti.

Tenendo ferma la variabile di controllo "titolo di studio" viene valutata l'incidenza di gruppi di patologie. Tale confronto può essere utile nel disegnare un profilo epidemiologico della popolazione italiana negli ultimi vent'anni. Notiamo che dal 1980 al 2000 i più significativi incrementi dei differenziali di salute della popolazione in base al titolo di studio

riguardano le malattie del sistema circolatorio, del sistema osteomuscolare, del sistema endocrino e del metabolismo ed i disturbi psichici, patologie che sono fortemente correlate con la collocazione degli individui nel contesto socioeconomico e relazionale, nonché con gli stili di vita. Il divario nell'incidenza di queste patologie tra gli estremi della stratificazione sociale in base al grado di istruzione tende ad incrementarsi dal 1994 a sfavore di coloro che possiedono un basso grado di istruzione. Mentre per quanto concerne le malattie del sistema nervoso nel periodo di tempo preso in considerazione si registra una relazione positiva con il titolo di studio a sfavore dei gruppi più istruiti che diviene particolarmente significativa dal 1991 in poi. Per quanto riguarda le malattie dell'apparato respiratorio fino al 1986-1987 si presentano in quota maggiore tra la popolazione con un grado di istruzione più alta, mentre da tale periodo in poi la frequenza nella stessa classe inizia a contrarsi e viceversa ad aumentare in modo discontinuo tra le persone con un basso o con nessun titolo di studio. L'inversione nel gradiente sociale per tali patologie potrebbe essere spiegato dalla maggior penetrazione nelle classi agiate dell'abitudine al fumo avvenuta all'inizio del secolo XX. Solo nel periodo tra le due guerre l'abitudine al fumo diviene più frequente tra gli uomini di livello socioeconomico più basso e data la latenza utile per produrre una differenza nell'incidenza di patologie come il tumore del polmone di almeno cinquanta anni, gli effetti si sono manifestati dagli anni ottanta in poi.

A titolo esemplificativo, vediamo in dettaglio alcuni dati relativi alle malattie croniche dell'apparato circolatorio. Nel 1987-1991 le malattie dell'apparato circolatorio rispetto al titolo di studio sono così distribuite, il 6,8% tra i laureati a fronte del 10% con la licenza elementare e del 10,8% con nessun titolo; nel 1994 rispettivamente il 5,4% dei laureati a fronte dell'11,1% con la licenza elementare e del 10,8% senza nessun titolo; nel 1999-2000 il 6,4% dei laureati, il 13,2 con la licenza elementare ed il 12,7% che non possiedono nessun titolo di studio.

Tabella 11. Persone di 14 anni e più che hanno sofferto di malattie in forma acuta o traumatismi nelle quattro settimane precedenti l'intervista, per titolo di studio e gruppi di patologie. Dati in migliaia e percentuali di colonna. Anno 1980

	Titolo di studio						Totale
	Diploma di scuola media superiore e Laurea		Licenza di scuola media inferiore		Licenza di scuola elementare e nessun titolo		
	N	%	N	%	N	%	
Malattie infettive e parassitarie	11	2,3	26	2,9	89	1,4	126
Malattie dell'apparato respiratorio	113	23,2	220	24,9	1212	19,7	1.545
Tumori	10	2,0	18	2,0	114	1,9	142
Disturbi psichici	27	5,6	66	7,5	245	4,0	338
Malattie del sistema nervoso	20	4,2	36	4,1	290	4,7	346
Malattie del sistema circolatorio	79	16,2	96	10,9	1.161	18,9	1.336
malattie dell'apparato digerente	56	11,4	103	11,7	595	9,7	754
Malattie dell'apparato genito-urinario	22	4,4	29	3,3	200	3,3	251
Malattie dell'apparato endocrino e del metabolismo	22	4,6	29	3,3	272	4,4	323
Avvelenamenti e traumatismi	10	2,1	20	2,3	88	1,4	118
Malattie del sistema osteomuscolare	73	15,0	159	18,0	1.473	23,9	1.705
Altre malattie	11	2,3	23	2,6	54	0,9	88
Totale	454	100,0	825	100,0	5.793	100,0	7.072

Fonte: Elaborazione di Monica Rando su dati Istat, 1980

Tabella 12. Persone di 14 anni e più che hanno sofferto di malattie in forma acuta o traumatismi nelle quattro settimane precedenti l'intervista per titolo di studio e gruppi di patologie. Anno 1986-1987

	Titolo di studio								Totale
	Laurea		Diploma di scuola media superiore		Licenza di scuola media inferiore		Licenza di scuola elementare e nessun titolo		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Malattie infettive e parassitarie	3	0,4	36	1,2	51	0,7	51	0,3	90
Malattie dell'apparato respiratorio	385	54,5	1.704	55,1	3.847	53,6	6.767	37,3	5.936
Tumori	7	1,0	13	0,4	27	0,4	99	0,5	47
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici	6	0,8	25	0,8	68	0,9	176	1,0	99
Disturbi psichici	11	1,6	78	2,5	207	2,9	518	2,9	296
Malattie del sistema nervoso	14	2,0	63	2,0	163	2,3	539	3,0	240
Malattie del sistema circolatorio	30	4,2	114	3,7	318	4,4	1.654	9,1	462
malattie dell'apparato digerente	79	11,2	363	11,7	838	11,7	1.724	9,5	1.280
Malattie dell'apparato genito-urinario	24	3,4	95	3,1	218	3,0	625	3,4	337
Malattie dell'apparato endocrino e del metabolismo	13	1,8	46	1,5	117	1,6	667	3,7	176
Malattie della pelle	20	2,8	84	2,7	172	2,4	283	1,6	276
Malattie del sistema osteomuscolare	105	14,9	430	13,9	1.028	14,3	4.721	26,1	1.563
Altre malattie	9	1,3	42	1,4	121	1,7	297	1,6	172
Totale	706	100,0	3.093	100,0	7.175	100,0	18.121	100,0	10.974

Fonte: Elaborazione di Monica Rando su dati Istat, 1986-1987

Tabella 13. Persone di 6 anni e più che hanno sofferto di malattie in forma acuta o traumatismi nelle quattro settimane precedenti l'intervista per titolo di studio e gruppi di patologie. Dati in migliaia e percentuali di colonna. Anno 1991

	Titolo di studio										
	Laurea		Diploma di scuola media superiore		Licenza di scuola media inferiore		Licenza di scuola elementare		Nessun titolo		Totale
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Malattie infettive e parassitarie	5	0,8	28	0,9	49	0,8	69	0,8	73	1,6	224
Malattie dell'apparato respiratorio	218	33,5	1.073	35,4	2.123	34,2	2.166	25,5	1.308	28,7	6.888
Malattie dell'apparato digerente e denti	65	10,0	349	11,5	648	10,4	822	9,7	365	8,0	2.249
Malattie dell'apparato circolatorio	44	6,8	138	4,6	337	5,4	847	10,0	482	10,6	1.848
Malattie dell'apparato genito-urinario	14	2,2	64	2,1	133	2,1	184	2,2	90	2,0	485
Malattie dell'apparato endocrino e metabolismo	16	2,5	39	1,3	76	1,2	212	2,5	127	2,8	470
Tumori	1	0,2	6	0,2	19	0,3	43	0,5	14	0,3	83
Malattie della pelle e tessuto sottocutaneo	9	1,4	41	1,4	84	1,4	64	0,8	33	0,7	231
Malattie del sistema osteomuscolare	89	13,7	381	12,6	893	14,4	1.970	23,2	955	20,9	4.288
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici	5	0,8	19	0,6	32	0,5	41	0,5	18	0,4	115
Malattie degli occhi e delle orecchie	14	2,2	61	2,0	104	1,7	170	2,0	123	2,7	472
Malattie del sistema nervoso	81	12,5	355	11,7	656	10,6	742	8,7	310	6,8	2.144
Disturbi psichici	10	1,5	60	2,0	112	1,8	164	1,9	92	2,0	438
Altre malattie	40	6,2	183	6,0	393	6,3	524	6,2	364	8,0	1.504
Traumatismi e avvelenamenti	39	6,0	232	7,7	545	8,8	480	5,6	207	4,5	1.503
Totale	650	100,0	3.029	100,0	6.204	100,0	8.498	100,0	4.561	100,0	22.942

Fonte: Elaborazione di Monica Rando su dati Istat, 1991

Tabella 14. Persone di 6 anni e più che hanno sofferto di malattie in forma acuta o traumatismi nelle quattro settimane precedenti l'intervista, per titolo di studio e gruppi di patologie. Dati in migliaia e percentuali di colonna. Anno 1994

	Titolo di studio										
	Laurea		Diploma di scuola media superiore		Licenza di scuola media inferiore		Licenza di scuola elementare		Nessun titolo		Totale
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Malattie infettive e parassitarie	11	1,2	40	1,1	76	1,2	101	1,3	63	1,7	291
Malattie dell'apparato respiratorio	329	36,4	1.343	37,6	2.065	32,6	1.889	24,6	1.079	28,9	6.705
Malattie dell'apparato digerente e denti	123	13,6	356	10,0	704	11,1	757	9,9	292	7,8	2.232
Malattie dell'apparato circolatorio	49	5,4	148	4,1	293	4,6	853	11,1	403	10,8	1.746
Malattie dell'apparato genito-urinario	24	2,7	76	2,1	172	2,7	209	2,7	89	2,4	570
Malattie dell'apparato endocrino e metabolismo	17	1,9	38	1,1	76	1,2	193	2,5	131	3,5	455
Tumori	2	0,2	26	0,7	26	0,4	48	0,6	20	0,5	122
Malattie della pelle e tessuto sottocutaneo	4	0,4	65	1,8	92	1,5	60	0,8	32	0,9	253
Malattie del sistema osteomuscolare	122	13,5	415	11,6	890	14,1	1.560	20,3	687	18,4	3.674
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici	1	0,1	9	0,3	26	0,4	32	0,4	4	0,1	72
Malattie degli occhi e delle orecchie	16	1,8	57	1,6	114	1,8	165	2,1	116	3,1	468
Malattie del sistema nervoso	87	9,6	463	13,0	736	11,6	754	9,8	253	6,8	2.293
Disturbi psichici	18	2,0	58	1,6	131	2,1	164	2,1	80	2,1	451
Altre malattie	59	6,5	232	6,5	413	6,5	473	6,2	307	8,2	1.484
Traumatismi e avvelenamenti	42	4,6	243	6,8	512	8,1	423	5,5	179	4,8	1.399
Totale	904	100,0	3.569	100,0	6.326	100,0	7.681	100,0	3.735	100,0	22.215

Fonte:Elaborazione di Monica Rando su dati Istat, 1994

Tabella 15. Persone di 6 anni e più che hanno sofferto di malattie in forma acuta o traumatismi nelle quattro settimane precedenti l'intervista per titolo di studio e gruppi di patologie. Dati in migliaia e percentuali di colonna. Anni 1999-2000

	Titolo di studio										Totale
	Laurea		Diploma di scuola media superiore		Licenza di scuola media inferiore		Licenza di scuola elementare		Nessun titolo		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Malattie infettive e parassitarie	11	1,1	35	0,9	45	0,7	56	0,8	51	1,6	198
Malattie dell'apparato respiratorio	334	33,8	1.415	34,8	1.987	32,2	1.670	23,4	947	30,2	6.353
Malattie dell'apparato digerente e denti	113	11,4	513	12,6	722	11,7	685	9,6	273	8,7	2.306
Malattie dell'apparato circolatorio	63	6,4	232	5,7	385	6,2	943	13,2	397	12,7	2.020
Malattie dell'apparato genito-urinario	32	3,2	110	2,7	170	2,8	205	2,9	72	2,3	589
Malattie dell'apparato endocrino e metabolismo	20	2,0	88	2,2	148	2,4	319	4,5	136	4,3	711
Tumori	12	1,2	23	0,6	35	0,6	68	1,0	19	0,6	157
Malattie della pelle e tessuto sottocutaneo	15	1,5	83	2,0	93	1,5	78	1,1	31	1,0	300
Malattie del sistema osteomuscolare	136	13,8	509	12,5	1.032	16,7	1.707	23,9	601	19,2	3.985
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici	5	0,5	15	0,4	23	0,4	20	0,3	15	0,5	78
Malattie degli occhi e delle orecchie	23	2,3	82	2,0	119	1,9	182	2,6	105	3,4	511
Malattie del sistema nervoso	129	13,1	518	12,7	689	11,2	548	7,7	220	7,0	2.104
Disturbi psichici	17	1,7	88	2,2	133	2,2	191	2,7	79	2,5	508
Altre malattie	19	1,9	66	1,6	79	1,3	92	1,3	39	1,2	295
Traumatismi e avvelenamenti	59	6,0	292	7,2	508	8,2	368	5,2	146	4,7	1.373
Totale	988	100,0	4.069	100,0	6.168	100,0	7.132	100,0	3.131	100,0	21.488

Fonte:Elaborazione di Monica Rando su dati Istat, 1999-2000

Tabella 16. Persone di anni 14 e più che hanno sofferto di malattie in forma acuta, per grado di istruzione e per condizione professionale. Dati in migliaia e percentuali di colonna. Anno 1980

	Malattie infettive e parassitarie		Malattie dell'apparato respiratorio		Tumori		Disturbi psichici		Malattie del sistema nervoso		Malattie del sistema circolatorio		malattie dell'apparato digerente		Malattie dell'apparato genito-urinario		Malattie dell'apparato endocrino e del metabolismo		Avvelenamenti e traumatismi		Malattie del sistema osteomuscolare		Altre malattie		Totale
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<i>Istruzione</i>																									
Diploma di scuola media superiore e laurea	11	8,8	113	7,3	10	7,0	27	8,0	20	5,8	79	5,9	56	7,4	22	8,8	22	6,8	10	8,5	73	4,3	11	12,5	454
Diploma di scuola media inferiore	26	20,8	220	14,2	18	12,7	66	19,5	36	10,4	96	7,2	103	13,7	29	11,6	29	9,0	20	16,9	159	9,3	23	26,1	825
Licenza elementare e nessun titolo	88	70,4	1.212	78,4	114	80,3	245	72,5	290	83,8	1.161	86,9	595	78,9	200	79,7	272	84,2	88	74,6	1.473	86,4	54	61,4	5.792
Totale	125	100,0	1.545	100,0	142	100,0	338	100,0	346	100,0	1.336	100,0	754	100,0	251	100,0	323	100,0	118	100,0	1.705	100,0	88	100,0	7.071
<i>Condizione professionale</i>																									
Occupati	34	27,2	470	19,0	28	19,7	93	27,5	58	11,5	207	13,3	300	28,2	66	26,4	63	19,5	51	43,2	413	19,3	37	9,9	1.820
In cerca di occupazione	1	0,8	470	19,0	...	...	8	2,4	2	0,4	10	0,6	11	1,0	3	1,2	2	0,6	4	3,4	25	1,2	4	1,1	540
Imprenditori e liberi professionisti	...	...	5	0,2	...	...	...	...	1	0,2	1	0,1	7	0,7	...	...	...	...	...	...	5	0,2	7	1,9	26
Lavoratori in proprio e coadiuvanti	...	...	129	5,2	...	...	...	...	35	6,9	78	5,0	85	8,0	...	...	...	...	...	...	166	7,8	53	14,1	546
Dirigenti e impiegati	...	...	86	3,5	...	...	...	...	33	6,5	32	2,1	57	5,4	...	...	...	...	...	...	58	2,7	72	19,2	338
Operai, apprendisti	...	...	271	10,9	...	...	...	...	91	18,0	106	6,8	161	15,1	...	...	...	...	...	...	204	9,5	153	8,0	986
Casalinghe	32	25,6	275	11,1	45	31,7	103	30,5	76	15,0	323	20,8	167	15,7	68	27,2	100	31,0	21	17,8	499	23,3	30	8,0	1.739
Studenti	5	4,0	38	1,5	1	0,7	5	1,5	5	1,0	7	0,5	5	0,5	4	1,6	2	0,6	2	1,7	9	0,4	5	1,3	88
Ritirati dal lavoro	36	28,8	644	26,0	55	38,7	77	22,8	143	28,3	677	43,6	240	22,6	85	34,0	141	43,7	33	28,0	662	30,9	8	2,1	2.801
Altre condizioni	17	13,6	91	3,7	13	9,2	52	15,4	62	12,3	112	7,2	30	2,8	24	9,6	15	4,6	7	5,9	98	4,6	6	1,6	527
Totale	125	100,0	2.479	100,0	142	100,0	338	100,0	506	100,0	1.553	100,0	1.063	100,0	250	100,0	323	100,0	118	100,0	2.139	100,0	375	100,0	9.411

Fonte: Elaborazione di Monica Rando su dati Istat, 1980

Tabella 17. Persone di anni 14 e più che hanno sofferto di malattie in forma acuta per grado di istruzione e per condizione professionale. Dati in migliaia e percentuali di colonna. Anno 1986-1987

	Malattie infettive e parassitarie		Malattie dell'apparato respiratorio		Tumori		Malattie del sangue e degli organi ematopoietici		Disturbi psichici		Malattie del sistema nervoso		Malattie del sistema circolatorio		malattie dell'apparato digerente		Malattie dell'apparato genito-urinario		Malattie dell'apparato endocrino e del metabolismo		Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo		Malattie del sistema osteomuscolare		Altre malattie		Totale		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
<i>Istruzione</i>																													
Laurea	3	2,1	385	3,0	7	4,8	6	2,2	11	1,4	14	1,8	30	1,4	79	2,6	24	2,5	13	1,5	20	3,6	105	1,7	9	1,9			706
Diploma di scuola media superiore	36	25,5	1.704	13,4	13	8,9	25	9,1	78	9,6	63	8,1	114	5,4	363	12,1	95	9,9	46	5,5	84	15,0	430	6,8	42	9,0			3.093
Diploma di scuola media inferiore	51	36,2	3.847	30,3	27	18,5	68	24,7	207	25,4	163	20,9	318	15,0	838	27,9	218	22,7	117	13,9	172	30,8	1.028	16,4	121	25,8			7.175
Licenza elementare e nessun titolo	51	36,2	6.767	53,3	99	67,8	176	64,0	518	63,6	539	69,2	1.654	78,2	1.724	57,4	625	65,0	667	79,1	283	50,6	4.721	75,1	297	63,3			18.121
Totale	141	100,0	12.703	100,0	146	100,0	275	100,0	814	100,0	779	100,0	2.116	100,0	3.004	100,0	962	100,0	843	100,0	559	100,0	6.284	100,0	469	100,0			29.095
<i>Condizione professionale</i>																													
Occupati	63	31,0	5.134	28,8	24	14,3	73	20,9	203	20,0	779	46,1	418	16,5	1.280	29,9	304	24,0	158	15,8	212	27,5	1.851	22,8	156	24,9			10.655
In cerca di occupazione	14	6,9	679	3,8	2	1,2	11	3,2	36	3,5	202	11,9	32	1,3	151	3,5	35	2,8	7	0,7	36	4,7	116	1,4	9	1,4			1.330
Imprenditori e liberi professionisti	4	2,0	196	1,1	1	0,6	3	0,9	6	0,6	3	0,2	8	0,3	37	0,9	11	0,9	7	0,7	8	1,0	53	0,7	2	0,3			339
Lavoratori in proprio e coadiuvanti	10	4,9	1.157	6,5	5	3,0	16	4,6	48	4,7	46	2,7	116	4,6	317	7,4	83	6,6	44	4,4	43	5,6	551	6,8	37	5,9			2.473
Dirigenti e impiegati	33	16,3	1.574	8,8	7	4,2	21	6,0	65	6,4	57	3,4	113	4,5	341	8,0	92	7,3	36	3,6	60	7,8	418	5,1	53	8,5			2.870
Operai, apprendisti	15	7,4	2.206	12,4	10	6,0	33	9,5	85	8,4	96	5,7	180	7,1	584	13,6	118	9,3	71	7,1	101	13,1	825	10,1	65	10,4			4.389
Casalinghe	25	12,3	2.372	13,3	35	20,8	83	23,8	252	24,8	28	1,7	498	19,7	617	14,4	233	18,4	222	22,2	115	14,9	1.673	20,6	120	19,1			6.273
Studenti	19	9,4	942	5,3	2	1,2	13	3,7	18	1,8	163	9,6	8	0,3	137	3,2	17	1,3	5	0,5	42	5,5	42	0,5	16	2,6			1.424
Ritirati dal lavoro	13	6,4	3.201	17,9	66	39,3	81	23,2	231	22,7	20	1,2	1.022	40,3	722	16,9	337	26,6	391	39,0	140	18,2	2.347	28,9	139	22,2			8.710
Altre condizioni	7	3,4	376	2,1	16	9,5	15	4,3	73	7,2	297	17,6	138	5,4	97	2,3	35	2,8	61	6,1	13	1,7	255	3,1	30	4,8			1.413
Totale	203	100,0	17.837	100,0	168	100,0	349	100,0	1.017	100,0	1.691	100,0	2.533	100,0	4.283	100,0	1.265	100,0	1.002	100,0	770	100,0	8.131	100,0	627	100,0			39.876

Fonte: Elaborazione di Monica Rando su dati Istat, 1986-1987

Tabella 18. Persone di anni 6 e più che hanno sofferto di malattie in forma acuta per grado di istruzione e per condizione professionale. Dati in migliaia e percentuali di colonna. Anno 1991

	Malattie infettive e parassitarie		Malattie dell'apparato respiratorio		Malattie dell'apparato digerente		Malattie dell'apparato circolatorio		Malattie dell'apparato genito-urinario		Malattie dell'apparato endocrino e metabolismo		Tumori	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Istruzione</i>														
Laurea	5	2,1	233	3,1	69	2,9	52	2,5	14	2,8	16	3,4	1	1,2
Diploma di scuola media superiore	31	13,1	1.131	15,3	360	15,1	148	7,2	64	13,0	39	8,3	6	7,2
Diploma di scuola media inferiore	50	21,1	2.263	30,6	678	28,5	361	17,5	134	27,1	76	16,1	19	22,9
Licenza elementare	74	31,2	2.343	31,6	884	37,1	938	45,5	189	38,3	213	45,2	43	51,8
Nessun titolo	77	32,5	1.435	19,4	391	16,4	562	27,3	93	18,8	127	27,0	14	16,9
Totale	237	100,0	7.405	100,0	2.382	100,0	2.061	100,0	494	100,0	471	100,0	83	100,0
<i>Condizione professionale</i>														
Occupati	71	27,8	2.780	29,8	945	29,0	366	15,1	155	24,3	91	16,2	15	15,5
In cerca di occupazione	8	3,1	262	2,8	97	3,0	19	0,8	14	2,2	8	1,4	2	2,1
Dirigenti	1	100,0	32	100,0	8	100,0	7	100,0	3	100,0	3	100,0	...	...
Direttivi, quadri e impiegati	27	10,6	880	9,4	274	8,4	102	4,2	51	8,0	28	5,0	5	5,2
Appartenenti alle categorie speciali	1	0,4	69	0,7	27	0,8	8	0,3	6	0,9	4	0,7	...	...
Operai, lav. Dom., apprendisti e altri	22	8,6	1.056	11,3	374	11,5	133	5,5	51	8,0	28	5,0	7	7,2
Graduati o militari di carriera	2	0,8	32	0,3	11	0,3	3	0,1	0	0,0	1	0,2	...	...
Imprenditori e liberi professionisti	2	0,8	140	1,5	52	1,6	17	0,7	3	0,5	9	1,6	0	0,0
Lavoratori in proprio e coadiuvanti	16	6,3	571	6,1	200	6,1	96	4,0	33	5,2	20	3,6	2	2,1
Casalinghe	38	14,9	1.126	12,1	475	14,6	578	23,8	119	18,7	143	25,5	21	21,6
Studenti	14	5,5	532	5,7	97	3,0	11	0,5	11	1,7	3	0,5	1	1,0
Ritirati dal lavoro	44	17,3	1.625	17,4	622	19,1	957	39,5	173	27,2	196	34,9	37	38,1
Altre condizioni	9	3,5	212	2,3	74	2,3	127	5,2	18	2,8	27	4,8	7	7,2
Totale	255	100,0	9.317	100,0	3.256	100,0	2.424	100,0	637	100,0	561	100,0	97	100,0

Fonte: Elaborazione di Monica Rando su dati Istat, 1991

Tabella 18 segue. Persone di anni 6 e più che hanno sofferto di malattie in forma acuta per grado di istruzione e per condizione professionale. Dati in migliaia e percentuali di colonna. Anno 1991

	Malattie della pelle e tessuto sottocutaneo		Malattie del sistema osteomuscolare		Malattie del sangue e degli organi ematopoietici		Malattie degli occhi e orecchie		Malattie del sistema nervoso		Disturbi psichici		Altre malattie		Totale
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<i>Istruzione</i>															
Laurea	9	3,9	92	2,0	5	4,3	14	2,9	82	3,8	11	2,3	41	2,7	644
Diploma di scuola media superiore	42	18,0	396	8,5	19	16,4	62	12,9	356	16,4	66	14,0	185	12,3	2.905
Diploma di scuola media inferiore	84	36,1	960	20,5	32	27,6	106	22,0	664	30,6	118	25,1	394	26,1	5.939
Licenza elementare	65	27,9	2.175	46,5	42	36,2	173	36,0	752	34,7	175	37,2	524	34,7	8.590
Nessun titolo	33	14,2	1.057	22,6	18	15,5	126	26,2	316	14,6	100	21,3	366	24,2	4.715
Titolo	233	100,0	4.680	100,0	116	100,0	481	100,0	2.170	100,0	470	100,0	1.510	100,0	22.793
<i>Condizione professionale</i>															
Occupati	92	30,1	1.284	21,6	35	24,0	109	19,5	903	29,7	124	21,1	473	25,9	7.443
In cerca di occupazione	10	3,3	95	1,6	6	4,1	16	2,9	82	2,7	23	3,9	46	2,5	688
Dirigenti	1	100,0	14	100,0	1	100,0	2	100,0	12	100,0	1	100,0	8	100,0	93
Direttivi, quadri e impiegati	29	9,5	292	4,9	14	9,6	33	5,9	318	10,5	43	7,3	143	7,8	2.239
Appartenenti alle categorie speciali	2	0,7	32	0,5	1	0,7	5	0,9	17	0,6	9	1,5	5	0,3	186
Operai, lav. Dom., apprendisti e altri	37	12,1	530	8,9	10	6,8	39	7,0	322	10,6	48	8,2	194	10,6	2.851
Graduati o militari di carriera	...	...	10	0,2	1	0,7	1	0,2	11	0,4	2	0,3	5	0,3	79
Imprenditori e liberi professionisti	4	1,3	48	0,8	3	2,1	7	1,3	37	1,2	3	0,5	19	1,0	344
Lavoratori in proprio e coadiuvanti	19	6,2	356	6,0	6	4,1	23	4,1	187	6,2	20	3,4	99	5,4	1.648
Casalinghe	42	13,7	1.304	22,0	30	20,5	106	18,9	547	18,0	129	21,9	265	14,5	4.923
Studenti	24	7,8	45	0,8	10	6,8	18	3,2	93	3,1	9	1,5	69	3,8	937
Ritirati dal lavoro	40	13,1	1.739	29,3	26	17,8	185	33,0	410	13,5	127	21,6	440	24,1	6.621
Altre condizioni	6	2,0	191	3,2	3	2,1	16	2,9	99	3,3	50	8,5	63	3,4	902
Totale	306	100,0	5.940	100,0	146	100,0	560	100,0	3.038	100,0	588	100,0	1.829	100,0	28.954

Fonte: Elaborazione di Monica Rando su dati Istat, 1991

Tabella 19. Persone di anni 14 e più che hanno sofferto di malattie in forma acuta per grado di istruzione e per condizione professionale. Dati in migliaia e percentuali di colonna. Anno 1994

	Malattie infettive e parassitarie		Malattie dell'apparato respiratorio		Tumori		Disturbi psichici		Malattie del sistema nervoso		Malattie del sistema circolatorio		malattie dell'apparato digerente		Malattie dell'apparato genito-urinario	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Istruzione</i>																
Laurea	11	3,8	329	4,9	3	2,4	18	4,0	87	3,8	49	2,8	123	5,5	24	4,2
Diploma di scuola media superiore	40	13,7	1.343	20,0	26	21,1	58	12,9	463	20,2	148	8,5	356	15,9	76	13,3
Diploma di scuola media inferiore	76	26,1	2.065	30,8	26	21,1	131	29,0	736	32,1	293	16,8	704	31,5	172	30,2
Licenza elementare	101	34,7	1.889	28,2	48	39,0	164	36,4	754	32,9	853	48,9	757	33,9	209	36,7
Nessun titolo	63	21,6	1.079	16,1	20	16,3	80	17,7	253	11,0	403	23,1	292	13,1	89	15,6
Totale	291	100,0	6.705	100,0	123	100,0	451	100,0	2.293	100,0	1.746	100,0	2.232	100,0	570	100,0
<i>Condizione professionale</i>																
Occupati	68	22,1	2.510	29,7	25	16,9	102	18,4	881	28,3	262	12,9	852	28,3	164	22,6
In cerca di nuova occupazione	6	2,0	113	1,3	1	0,7	18	3,3	73	2,3	17	0,8	51	1,7	18	2,5
In cerca di prima occupazione	9	2,9	143	1,7	1	0,7	11	2,0	46	1,5	4	0,2	46	1,5	9	1,2
Dirigenti	3	1,0	48	0,6	...	...	...	...	15	0,5	27	1,3	24	0,8	8	1,1
Direttivi, impiegati e graduati	20	6,5	895	10,6	10	6,8	41	7,4	328	10,6	84	4,1	283	9,4	54	7,4
Intermedi, operai, lav. Dom., apprendisti e altri	27	8,8	954	11,3	9	6,1	36	6,5	304	9,8	89	4,4	312	10,4	56	7,7
Imprenditori e liberi professionisti	4	1,3	153	1,8	2	1,4	6	1,1	42	1,4	15	0,7	57	1,9	11	1,5
Lavoratori in proprio e coadiuvanti	13	4,2	459	5,4	4	2,7	19	3,4	193	6,2	68	3,4	176	5,8	36	5,0
Casalinghe	58	18,9	1.047	12,4	21	14,2	124	22,4	581	18,7	500	24,7	424	14,1	127	17,5
Studenti	15	4,9	513	6,1	2	1,4	11	2,0	94	3,0	7	0,3	103	3,4	18	2,5
Ritirati dal lavoro	66	21,5	1.430	16,9	60	40,5	123	22,2	436	14,0	823	40,6	598	19,9	203	27,9
Altre condizioni	18	5,9	184	2,2	13	8,8	62	11,2	116	3,7	130	6,4	85	2,8	23	3,2
Totale	307	100,0	8.449	100,0	148	100,0	553	100,0	3.109	100,0	2.026	100,0	3.011	100,0	727	100,0

Fonte: Elaborazione di Monica Rando su dati Istat, 1994

Tabella 19. Segue. Persone di anni 14 e più che hanno sofferto di malattie in forma acuta per grado di istruzione e per condizione professionale. Dati in migliaia e percentuali di colonna. Anno 1994.

	Malattie dell'apparato endocrino e del metabolismo		Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo		Malattie del sangue e degli organi ematopoietici		Malattie delle orecchie e degli occhi		Traumatismi e avvelenamenti		Malattie del sistema osteomuscolare		Altre malattie		Totale
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<i>Istruzione</i>															
Laurea	17	3,7	4	1,6	1	1,4	16	3,4	42	2,9	122	3,3	59	4,0	961
Diploma di scuola media superiore	38	8,4	65	25,7	9	12,5	57	12,2	232	15,8	415	11,3	232	15,6	3.982
Diploma di scuola media inferiore	76	16,7	92	36,4	26	36,1	114	24,4	413	28,2	890	24,2	413	27,8	6.190
Licenza elementare	193	42,4	60	23,7	32	44,4	165	35,3	473	32,2	1.560	42,5	473	31,9	7.322
Nessun titolo	131	28,8	32	12,6	4	5,6	116	24,8	307	20,9	687	18,7	307	20,7	3.642
Totale	455	100,0	253	100,0	72	100,0	468	100,0	1.467	100,0	3.674	100,0	1.484	100,0	22.097
<i>Condizione professionale</i>															
Occupati	63	12,3	99	29,4	14	17,3	111	21,1	580	31,5	1.054	22,4	438	24,9	7.089
In cerca di nuova occupazione	4	0,8	2	0,6	...	...	4	0,8	31	1,7	67	1,4	31	1,8	630
In cerca di prima occupazione	2	0,4	10	3,0	3	3,7	7	1,3	28	1,5	22	0,5	25	1,4	386
Dirigenti	0	0,0	5	1,5	...	...	1	0,2	13	0,7	12	0,3	10	0,6	472
Direttivi, impiegati e graduati	14	2,7	34	10,1	9	11,1	40	7,6	126	6,9	312	6,6	163	9,3	1.133
Intermedi, operai, lav. Dom., apprendisti e altri	29	5,7	41	12,2	3	3,7	48	9,1	264	14,4	421	9,0	162	9,2	2.828
Imprenditori e liberi professionisti	2	0,4	1	0,3	...	...	6	1,1	37	2,0	49	1,0	23	1,3	1.822
Lavoratori in proprio e coadiuvanti	17	3,3	18	5,3	2	2,5	17	3,2	139	7,6	260	5,5	80	4,6	1.262
Casalinghe	132	25,8	38	11,3	24	29,6	103	19,6	204	11,1	1.005	21,4	282	16,1	4.075
Studenti	4	0,8	30	8,9	2	2,5	13	2,5	111	6,0	34	0,7	93	5,3	1.064
Ritirati dal lavoro	205	40,1	50	14,8	20	24,7	154	29,3	249	13,5	1.292	27,5	397	22,6	2.623
Altre condizioni	39	7,6	9	2,7	4	4,9	22	4,2	57	3,1	170	3,6	53	3,0	4.302
Totale	511	100,0	337	100,0	81	100,0	526	100,0	1.839	100,0	4.698	100,0	1.757	100,0	27.686

Fonte: Elaborazione di Monica Rando su dati Istat, 1994

Tabella 20. Persone di anni 14 e più che hanno sofferto di malattie in forma acuta per grado di istruzione e per condizione professionale. Dati in migliaia e percentuali di colonna. Anno 1999-2000

	Malattie infettive e parassitarie		Malattie dell'apparato respiratorio		Tumori		Disturbi psichici		Malattie del sistema nervoso		Malattie del sistema circolatorio		malattie dell'apparato digerente		Malattie dell'apparato genito-urinario	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Istruzione</i>																
Laurea	0	0,0	334	5,3	12	7,6	17	3,3	129	6,1	63	3,1	113	4,9	32	5,4
Diploma di scuola media superiore	35	18,7	1.415	22,3	23	14,6	88	17,3	518	24,6	232	11,5	513	22,2	110	18,7
Diploma di scuola media inferiore	45	24,1	1.987	31,3	35	22,3	133	26,2	689	32,7	385	19,1	722	31,3	170	28,9
Licenza elementare	56	29,9	1.670	26,3	68	43,3	191	37,6	548	26,0	943	46,7	685	29,7	205	34,8
Nessun titolo	51	27,3	947	14,9	19	12,1	79	15,6	220	10,5	397	19,7	273	11,8	72	12,2
Totale	187	100,0	6.353	100,0	157	100,0	508	100,0	2.104	100,0	2.020	100,0	2.306	100,0	589	100,0
<i>Condizione professionale</i>																
Occupati	43	21,7	2.338	29,5	31	16,8	106	17,3	856	29,6	344	14,6	844	27,8	168	22,7
In cerca di nuova occupazione	6	3,0	215	2,7	1	0,5	28	4,6	86	3,0	37	1,6	91	3,0	27	3,6
In cerca di prima occupazione	4	2,0	134	1,7	1	0,5	12	2,0	53	1,8	10	0,4	66	2,2	9	1,2
Altre condizioni	5	2,5	144	1,8	5	2,7	35	5,7	61	2,1	109	4,6	55	1,8	17	2,3
Dirigenti, Imprenditori, Liberi professionisti	1	0,5	213	2,7	5	2,7	7	1,1	79	2,7	44	1,9	64	2,1	22	3,0
Direttivi, quadri, impiegati, Intermedi	20	10,1	873	11,0	11	5,9	41	6,7	386	13,3	124	5,3	346	11,4	59	8,0
Operai, apprendisti	17	8,6	878	11,1	10	5,4	44	7,2	263	9,1	117	5,0	313	10,3	62	8,4
Lavoratori in proprio e coadiuvanti	6	3,0	374	4,7	5	2,7	14	2,3	127	4,4	58	2,5	120	4,0	25	3,4
Casalinghe	24	12,1	795	10,0	25	13,5	113	18,5	412	14,2	479	20,4	357	11,8	82	11,1
Studenti	9	4,5	480	6,1	1	0,5	15	2,5	124	4,3	16	0,7	109	3,6	23	3,1
Inabili al lavoro	5	2,5	72	0,9	4	2,2	37	6,1	48	1,7	46	2,0	29	1,0	15	2,0
Ritirati dal lavoro	58	29,3	1.411	17,8	86	46,5	159	26,0	398	13,8	967	41,1	637	21,0	232	31,3
Totale	198	100,0	7.927	100,0	185	100,0	611	100,0	2.893	100,0	2.351	100,0	3.031	100,0	741	100,0

Fonte: Elaborazione di Monica Rando su dati Istat, 1999-2000

Tabella 20 segue. Persone di anni 6 e più che hanno sofferto di malattie in forma acuta per grado di istruzione e per condizione professionale. Dati in migliaia e percentuali di colonna. Anno 1999-2000

	Malattie dell'apparato endocrino e del metabolismo		Malattie della pelle		Malattie del sistema osteomuscolare		Malattie del sangue e degli organi ematopoietici		Malattie degli occhi e delle orecchie		Avvelenamenti e traumatismi		Altre malattie		Totale
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<i>Istruzione</i>															
Laurea	20	2,8	15	5,0	136	3,4	5	6,4	23	4,5	59	4,3	19	6,4	977
Diploma di scuola media superiore	88	12,4	83	27,7	509	12,7	15	19,2	82	16,0	292	21,3	66	22,4	4.069
Diploma di scuola media inferiore	148	20,8	93	31,0	1.032	25,8	23	29,5	119	23,3	508	37,0	79	26,8	6.168
Licenza elementare	319	44,9	78	26,0	1.707	42,7	20	25,6	182	35,6	368	26,8	92	31,2	7.132
Nessun titolo	136	19,1	31	10,3	609	15,3	15	19,2	105	20,5	146	10,6	39	13,2	3.139
Totale	711	100,0	300	100,0	3.993	100,0	78	100,0	511	100,0	1.373	100,0	295	100,0	21.485
<i>Condizione professionale</i>															
Occupati	124	15,0	101	27,1	1.097	21,7	23	23,2	130	21,8	548	30,6	77	22,4	6.830
In cerca di nuova occupazione	12	1,5	18	4,8	110	2,2	2	2,0	13	2,2	49	2,7	12	3,5	707
In cerca di prima occupazione	4	0,5	16	4,3	30	0,6	1	1,0	6	1,0	38	2,1	7	2,0	391
Altre condizioni	32	3,9	2	0,5	190	3,8	6	6,1	26	4,4	37	2,1	15	4,4	739
Dirigenti, Imprenditori, Liberi professionisti	13	1,6	8	2,1	98	1,9	1	1,0	15	2,5	49	2,7	2	0,6	621
Direttivi, quadri, impiegati, Intermedi	46	5,6	43	11,5	339	6,7	9	9,1	40	6,7	143	8,0	38	11,1	2.518
Operai, apprendisti	33	4,0	38	10,2	451	8,9	8	8,1	52	8,7	243	13,6	26	7,6	2.555
Lavoratori in proprio e coadiuvanti	32	3,9	13	3,5	208	4,1	6	6,1	23	3,9	113	6,3	11	3,2	1.135
Casalinghe	193	23,4	37	9,9	914	18,1	14	14,1	83	13,9	157	8,8	50	14,6	3.735
Studenti	6	0,7	26	7,0	41	0,8	3	3,0	15	2,5	115	6,4	14	4,1	997
Inabili al lavoro	19	2,3	2	0,5	65	1,3	2	2,0	12	2,0	19	1,1	5	1,5	380
Ritirati dal lavoro	312	37,8	69	18,5	1.520	30,0	24	24,2	182	30,5	280	15,6	86	25,1	6.421
Totale	826	100,0	373	100,0	5.063	100,0	99	100,0	597	100,0	1.791	100,0	343	100,0	27.029

Fonte: Elaborazione di Monica Rando su dati Istat, 1999-2000

5.2.4 Disabilità e invalidità permanenti

Dalla lettura delle tabelle (21,22,23,24,25) nelle quali vengono messe in relazione le tipologie di invalidità con le variabili “istruzione” e “condizione professionali” negli anni presi in considerazione, emerge che le varie disabilità sono fortemente correlate negativamente al grado di istruzione degli individui e alla condizione professionale. Inoltre nel tempo si registra un decremento dell’incidenza delle invalidità che è correlato positivamente al grado di istruzione.

Le categorie in cui sono presenti le quote più alte di invalidità sono anche in questo caso come per le malattie croniche e i traumatismi le “casalinghe” e i ritirati dal lavoro”, con un andamento temporale del fenomeno tendenzialmente in aumento tra il 1981 ed il 1991 per tutte le tipologie di invalidità considerate. L’indagine del 1994 registra un decremento nell’incidenza delle invalidità, ad eccezione della cecità del sordomutismo il cui aumento tra i ritirati dal lavoro rimane costante, e dell’invalidità motoria presente tra le casalinghe che si incrementa fino al 1994 per poi decrescere di due punti percentuali nel 1999-2000.

Vediamo in dettaglio l’andamento nel tempo delle tipologie di invalidità per le due categorie sopra citate.

Nel 1980 il 16,6% delle casalinghe dichiara di essere in una condizione di cecità, nel 1986-1987 è il 14,4%, nel 1991 è il 19,1%, nel 1994 è il 13,8% e nel 1999-2000 è il 18,9%. Mentre per i ritirati dal lavoro nel 1980 è il 57,5% , nel 1986-1987 è il 45,6%, nel 1991 è il 51,2%, nel 1994 è il 54,7% e nel 1999-2000 è il 47,8% che dichiara di essere affetto da cecità.

Per quanto concerne il sordomutismo, nel 1980 il 4% delle casalinghe ne è interessata, nel 1986-1987 è il 10,8%, nel 1991 è il 14,6%, nel 1994 è il 9,8% e nel 1999-2000 è il 10,8%. Fra gli appartenenti alla categoria dei “ritirati dal lavoro” sordomuti nel 1980 la quota è del 28%, nel 1986-1987 è del 13,5%, nel 1991 è del 17,1%, nel 1994 è del 26,8% e nel 1999-2000 è

del 18%. I dati relativi alla sordità sono stati rilevati nelle indagini dell'Istat dal 1986-1987 e sono i seguenti: tra le casalinghe nel medesimo anno la quota è dell'11,6%, nel 1991 è del 15,1%, nel 1994 è del 15% e nel 1999-2000 è del 14,7%; per i ritirati dal lavoro è del 51,8% nel 1986-1987, del 62,1% nel 1991, del 55,4% nel 1994 e del 59,7% nel 1999-2000.

Per quanto riguarda la presenza di insufficienza mentale tra le casalinghe nel 1980 la quota è del 7,8%, nel 1986-1987 è del 10,5%, nel 1991 è del 12,7%, nel 1994 è del 9,6% e nel 1999-2000 è del 10,6%. Mentre tra i ritirati negli stessi anni di rilevazione le quote sono rispettivamente il 15,4%, il 24,1%, il 34,4%, il 29,6% ed il 33,4%. Tra le due categorie considerate le invalidità motorie sono così distribuite: tra le casalinghe nel 1980 la quota è del 26,6%, nel 1986-1987 è dell'11,9%, nel 1991 è del 12,5%, nel 1994 è del 16,5% e nel 1999-2000 è del 14,5%; tra i ritirati dal lavoro le quote sono rispettivamente del 40,4%, del 41,3, del 51,3%, del 47,6% e del 43,4%.

Tabella 21. Persone di 6 anni e più con invalidità permanenti, per grado di istruzione e condizione professionale. Dati in migliaia e percentuali di colonna. Anno 1980

Categorie socioeconomiche	Tipo di invalidità								Totale
	Cecità		Sordomutismo		Insufficienza mentale		Invalidità motoria		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<i>Istruzione</i>									
Diploma di scuola media superiore e Laurea	5	3,1	4	5,4	2	1,6	50	7,5	61
Licenza di scuola media inferiore	14	7,8	10	13,5	8	6,4	75	11,3	107
Licenza di scuola elementare e nessun titolo	161	89,4	60	81,1	115	92,0	540	81,2	876
Totale	180	100,0	74	100	125	100,0	665	100,0	1.044
<i>Condizione professionale</i>									
Occupati	13	7,2	30	40,0	8	6,5	134	20,1	185
In cerca di occupazione	4	2,2	2	2,7	1	0,8	8	1,2	15
Casalinghe	30	16,6	3	4,0	9	7,8	78	11,7	120
Ritirati dal lavoro	104	57,5	21	28,0	19	15,4	269	40,4	413
Altra condizione	30	16,6	19	25,3	86	69,9	177	26,6	312
Totale	181	100,0	75	100,0	123	100,0	666	100,0	1.045

Fonte: Elaborazione di Monica Rando su dati Istat, 1980

Tabella 22. Persone di 6 anni e più con invalidità permanenti, per grado di istruzione e condizione professionale. Dati in migliaia e percentuali di colonna. Anno 1986-1987

Categorie socioeconomiche	Tipo di invalidità										Totale
	Cecità		Sordomuti_		Sordità		Insufficienza		Invalidità		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<i>Istruzione</i>											
Laurea	4	1,6	...	...	5	1,6	...	...	10	1,3	19
Diploma di scuola media superiore	10	4,0	...	...	17	5,5	...	...	47	6,1	74
Licenza di scuola media inferiore	36	14,4	6	22,2	36	11,6	11	6,8	110	14,2	199
Licenza di scuola elementare e nessun titolo	200	80,0	21	77,8	252	81,3	151	93,2	608	78,5	1232
Totale	250	100,0	27	100,0	310	100,0	162	100,0	775	100,0	1524
<i>Condizione professionale</i>											
Occupati	36	12,6	10	27,0	53	14,6	...	...	123	13,7	222
In cerca di occupazione	5	1,8	...	...	3	0,8	3	1,9	11	1,2	22
Casalinghe	41	14,4	4	10,8	42	11,6	17	10,5	107	11,9	211
Studenti	5	1,8	...	...	4	1,1	11	6,8	13	1,4	33
Ritirati dal lavoro	130	45,6	5	13,5	188	51,8	39	24,1	371	41,3	733
Altra condizione	32	11,2	8	21,6	21	5,8	92	56,8	151	16,8	304
Imprenditori e liberi professionisti	...	...	...	...	...	...	...	...	2	0,2	2
Lavoratori in proprio e coadiuvanti	7	2,5	1	2,7	14	3,9	...	...	29	3,2	51
Dirigenti e impiegati	11	3,9	4	10,8	9	2,5	...	...	39	4,3	63
Operai e assimilati	18	6,3	5	13,5	29	8,0	...	...	53	5,9	105
Totale	285	100,0	37	100,0	363	100,0	162	100,0	899	100,0	1746

Fonte: Elaborazione di Monica Rando su dati Istat, 1986-1987

Tabella 23. Persone di 6 anni e più con invalidità permanenti, per grado di istruzione e condizione professionale. Dati in migliaia e percentuali di colonna. Anno 1991

Categorie socioeconomiche	Tipo di invalidità										Totale
	Cecità		Sordomuti_		Sordità		Insufficienza		Invalidità		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<i>Istruzione</i>											
Laurea	1	0,3	...	...	3	0,5	1	0,3	10	1,1	15
Diploma di scuola media superiore	16	4,4	1	2,3	21	3,6	2	0,7	55	6,2	95
Licenza di scuola media inferiore	48	13,1	10	22,7	78	13,2	37	12,1	117	13,1	290
Licenza di scuola elementare	138	37,6	14	31,8	249	42,2	98	31,9	390	43,8	889
Nessun titolo	164	44,7	19	43,2	239	40,5	169	55,0	319	35,8	910
Totale	367	100,0	44	100,0	590	100,0	307	100,0	891	100,0	2.199
<i>Condizione professionale</i>											
Occupati	42	11,6	9	22,0	76	12,9	14	4,8	94	10,8	235
In cerca di occupazione	8	2,2	3	7,3	5	0,9	...	...	13	1,5	29
Casalinghe	69	19,1	6	14,6	89	15,1	37	12,7	109	12,5	310
Studenti	9	2,5	1	2,4	...	...	5	1,7	5	0,6	20
Ritirati dal lavoro	185	51,2	7	17,1	365	62,1	100	34,4	446	51,3	1.103
Altra condizione	48	13,3	15	36,6	53	9,0	135	46,4	203	23,3	454
Totale	361	100,0	41	100,0	588	100,0	291	100,0	870	100,0	2.151

Fonte:Elaborazione di Monica Rando su dati Istat, 1991

Tabella 24. Persone di 6 anni e più con invalidità permanenti, per grado di istruzione e condizione professionale. Dati in migliaia e percentuali di colonna. Anno 1994

Categorie socioeconomiche	Tipo di invalidità										Totale
	Cecità		Sordomuti_		Sordità		Insufficienza		Invalidità		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<i>Istruzione</i>											
Laurea	16	4,6	...	...	24	3,1	0	0,0	31	2,8	71
Diploma di scuola media superiore	26	7,4	0	0,0	52	6,6	10	3,0	93	8,3	181
Licenza di scuola media inferiore	46	13,2	10	20,4	134	17,1	66	20,1	215	19,3	471
Licenza di scuola elementare	152	43,6	19	38,8	369	47,2	129	39,2	502	45,1	1.171
Nessun titolo	109	31,2	20	40,8	203	26,0	124	37,7	273	24,5	729
Totale	349	100,0	49	100,0	782	100,0	329	100,0	1114	100,0	2.623
<i>Condizione professionale</i>											
Occupati	37	10,6	9	22,0	107	13,9	8	2,6	161	14,6	322
In cerca di occupazione	9	2,6	3	7,3	19	2,5	9	2,9	17	1,5	57
In altre condizioni	26	7,4	4	9,8	53	6,9	33	10,6	58	5,3	174
Casalinghe	48	13,8	4	9,8	116	15,0	30	9,6	182	16,5	380
Studenti	4	1,1	0	0,0	9	1,2	7	2,3	14	1,3	34
Inabili al lavoro	34	9,7	10	24,4	40	5,2	132	42,4	145	13,2	361
Ritirati dal lavoro	191	54,7	11	26,8	428	55,4	92	29,6	525	47,6	1.247
Totale	349	100,0	41	100,0	772	100,0	311	100,0	1102	100,0	2.575

Fonte: Elaborazione di Monica Rando su dati Istat, 1994

Tabella 25. Persone di 6 anni e più con invalidità permanenti, per grado di istruzione e condizione professionale. Dati in migliaia e percentuali di colonna. Anno 1999-2000

Categorie socioeconomiche	Tipo di invalidità										Totale
	Cecità		Sordomuti_ smo		Sordità		Insufficienza mentale		Invalidità motoria		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<i>Istruzione</i>											
Laurea	6	1,7	3	3,3	28	3,2	3	0,6	35	2,5	75
Diploma di scuola media superiore	24	7,0	20	22,0	62	7,2	20	4,3	138	9,9	264
Licenza di scuola media inferiore	44	12,8	31	34,1	126	14,5	87	18,6	263	18,8	551
Licenza di scuola elementare	153	44,3	24	26,4	441	50,9	164	35,1	617	44,1	1.399
Nessun titolo	118	34,2	13	14,3	209	24,1	193	41,3	345	24,7	878
Totale	345	100,0	91	100,0	866	100,0	467	100,0	1398	100,0	3.167
<i>Condizione professionale</i>											
Occupati	17	4,7	28	25,2	70	7,5	20	4,2	183	11,7	318
In cerca di nuova occupazione	3	0,3	1	0,9	9	1,0	7	1,5	17	1,1	37
In cerca di 1° occupazione	1	0,3	3	2,7	1	0,1	5	1,0	11	0,7	21
In altre condizioni	46	12,8	4	3,6	64	6,9	55	11,5	116	7,4	285
Casalinghe	68	18,9	12	10,8	137	14,7	51	10,6	226	14,5	494
Studenti	5	1,4	6	5,4	3	0,3	6	1,3	12	0,8	32
Ritirati dal lavoro	172	47,8	20	18,0	557	59,7	160	33,4	679	43,4	1.588
Inabili al lavoro	31	8,6	10	9,0	22	2,4	155	32,4	136	8,7	354
Dirigenti, Imprenditori e liberi professionisti	1	0,3	1	0,9	11	1,2	...		20	1,3	33
Direttivi, quadri, impiegati e intermedi	12	3,3	13	11,7	10	1,1	2	0,4	62	4,0	99
Operai e apprendisti	2	0,6	13	11,7	33	3,5	15	3,1	68	4,4	131
Lavoratori in proprio e coadiuvanti	2	0,6	0	0,0	16	1,7	3	0,6	33	2,1	54
Totale	360	100,0	111	100,0	933	100,0	479	100,0	1563	100,0	3.446

Fonte: Elaborazione di Monica Rando su dati Istat, 1999-2000

5.2.5 Il ricorso ai servizi sanitari: i ricoveri ospedalieri

Ci è sembrato opportuno prendere in considerazione i ricoveri ospedalieri come indicatore del ricorso ai servizi sanitari in quanto nell'attuale sistema sanitario nazionale, all'ospedale è assegnato il ruolo di presidio sanitario di cura ad elevata intensità tecnologica a cui indirizzare prestazioni non erogabili in altro contesto ed il settore che più incide sulla spesa sanitaria complessiva.

Non abbiamo trattato nelle tabelle elaborate la variabile età in quanto in tutte le indagini condotte dall'Istat il ricorso ai servizi ospedalieri, come prevedibile, si incrementa all'aumentare dell'età. Le persone con un livello di istruzione più basso presentano tassi di ospedalizzazione più elevati in tutti gli anni presi in considerazione.

Possiamo osservare che nel tempo che nonostante la distanza tra gli estremi della scala in base al livello di istruzione tenda a diminuire i differenziali dei tassi di ospedalizzazione rimangono comunque alti. Tale dato supporta ciò che già abbiamo potuto vedere nelle analisi delle tabelle precedenti e cioè l'esistenza e la persistenza di gradienti sociali di salute. Se continuiamo la lettura delle tabelle incrociando con la variabile "condizione professionale", otteniamo una ulteriore conferma alla forte correlazione che sussiste tra condizione di salute e condizione socio-economica degli individui. Infatti vediamo come le quote maggiori di ricovero nell'arco temporale preso in considerazione siano presenti nelle categorie degli "operai e assimilati", nelle "casalinghe" e tra i "ritirati dal lavoro".

Vediamo in dettaglio il quadro dei dati.

Nel 1980 si registra il 73,6% di ricoveri fra coloro che hanno conseguito al massimo la licenza elementare a fronte del 9,1% osservato tra i laureati e i diplomati; nel 1986-1987 le persone con almeno un ricovero tra coloro che hanno conseguito la licenza elementare o non possiedono nessun titolo la quota è del 57,2% a fronte del 2,9% dei laureati e del 12,5% dei diplomati; nel 1991 è il 39,2% tra coloro che hanno conseguito la licenza elementare e il 20,6% tra coloro che non possiedono alcun titolo di studio a fronte del 2,1% dei laureati e dell'11,9% dei diplomati; nel 1994 la percentuale di ricoveri tra coloro che possiedono la sola licenza elementare o nessun titolo è del 55,6 a fronte del 16,4% di coloro che sono laureati o diplomati; nel 1999-2000 la quota è del 49,9% tra coloro che hanno conseguito al massimo la sola licenza elementare a fronte del 21,2% tra coloro che possiedono la laurea ed il diploma. Vediamo in dettaglio come si distribuiscono. Nel 1980 (tab. 26) la quota percentuale di ricoveri tra gli occupati è del 25,6 di cui ben il 15% è tra gli operai a fronte dello 0,3% degli imprenditori e liberi professionisti e del 5% tra i dirigenti, impiegati e lavoratori in proprio. Ancora più significativa è la quota tra i ritirati dal lavoro pari al 26,1% e tra le casalinghe che è del 14,2%. Sempre nello stesso anno le quote tra le persone con almeno un ricovero sono così distribuite: tra gli occupati il 27,3% di cui il 15,% tra gli operai a fronte dello 0,6% tra gli imprenditori e i liberi professionisti, del 6% tra i lavoratori in proprio e del 5,8% tra i dirigenti e impiegati; tra i ritirati dal lavoro la percentuale di coloro che hanno effettuato almeno un ricovero è del 22,6% e tra le casalinghe è del 14,5%

Nel 1986-1987 tra gli occupati le persone con almeno un ricovero rappresentano una quota del 10,4% di cui il 4,3% tra gli operai e assimilati, il 3,5% tra i dirigenti e impiegati, il 2,2% tra i lavoratori in proprio e lo 0,4% tra gli imprenditori ed i liberi professionisti. Mentre il 9,1% di persone con almeno un ricovero si osserva tra i ritirati dal lavoro ed il 6,6% tra le casalinghe (tab. 27).

Nel 1991 la quota dei ricoveri tra gli occupati è del 23,2% di cui il 9,8% tra gli operai, il 6,1% tra i direttivi, quadri e impiegati, il 5,3 tra i lavoratori in

proprio e l'1,3% tra i dirigenti e i liberi professionisti. Mentre tra i ritirati dal lavoro la percentuale è del 27,9% e tra le casalinghe è del 14,5%. Tra le persone con almeno un ricovero si ha una quota del 25% tra gli occupati di cui il 10,6% è presente tra gli operai, il 6,9% tra i direttivi, quadri e impiegati, il 5,1% tra i lavoratori in proprio e l'1,6% tra i dirigenti ed i liberi professionisti (tab. 28).

Nel 1994 si osserva che la quota dei ricoveri tra gli occupati è del 19,9% di cui il 7,9% è presente tra gli operai, il 6% tra i direttivi, quadri e impiegati, il 4,4% tra i lavoratori in proprio, l'1,3% tra gli imprenditori ed i liberi professionisti ed lo 0,4% tra i dirigenti; mentre tra i ritirati dal lavoro la quota è del 29,2% e tra le casalinghe è del 17,5%. Le percentuali di persone con almeno un ricovero tra gli occupati sono il 21,4 di cui l'8,6 tra gli operai, il 6,1 tra i direttivi, quadri e impiegati, il 4,8 tra i lavoratori in proprio, l'1,4 tra gli imprenditori ed i liberi professionisti e lo 0,4% tra i dirigenti; mentre tra i ritirati dal lavoro si registra il 28,4% e tra le casalinghe il 15,7% (tab.29).

La quota dei ricoveri tra gli occupati registrata nel 1999-2000 è del 22,6% di cui l'8,8% tra gli operai, il 7,7% tra i Direttivi, i quadri, e gli impiegati, il 3,8% tra i lavoratori in proprio e coadiuvanti ed il 2,3 tra i dirigenti ed i liberi professionisti; mentre i ritirati dal lavoro rappresentano una quota del 28% e le casalinghe quella del 14,4%. Le percentuali di persone con almeno un ricovero non si discostano di molto da quelle sopra menzionate per le categorie prese in considerazione.

Tabella 26. Ricoveri ospedalieri nella popolazione di 14 anni e più secondo il titolo di studio e la condizione professionale. Dati in migliaia e percentuali di colonna. Anno 1980

Categorie socioeconomiche	Numero di ricoveri		Persone con almeno un ricovero		Giorni di degenza	
	N	%	N	%	N	%
<i>Istruzione</i>						
Laurea e Diploma di scuola media superiore	373	9,1	319	10,1	5.186	7,0
Licenza di scuola media inferiore	710	17,3	586	18,5	10.888	14,6
Licenza elementare e nessun titolo	3.022	73,6	2.267	71,5	58.461	78,4
Totale	4.105	100,0	3.172	100,0	74.535	100,0
<i>Condizione professionale</i>						
Occupati	1.429	25,6	1.202	27,3	20.539	21,5
In cerca di occupazione	77	1,4	62	1,4	975	1,0
Casalinghe	789	14,2	639	14,5	13.422	14,0
Studenti	117	2,1	105	2,4	1.733	1,8
Ritirati dal lavoro	1.456	26,1	998	22,6	30.307	31,7
Altra condizione	239	4,3	166	3,8	7.558	7,9
Imprenditori e liberi professionisti	19	0,3	17	0,4	255	0,3
Lavoratori in proprio e coadiuvanti	308	5,5	264	6,0	4.376	4,6
Dirigenti e impiegati	305	5,5	255	5,8	4.143	4,3
Operai e assimilati	835	15,0	702	15,9	12.350	12,9
Totale	5.574	100,0	4.410	100,0	95.658	100,0

Fonte: Elaborazione di Monica Rando su dati Istat, 1980

Tabella 27. Ricoveri ospedalieri nella popolazione di 14 anni e più secondo il titolo di studio e la condizione professionale. Dati in migliaia e percentuali di colonna. Anno 1986-1987

Categorie socioeconomiche	Persone con almeno un ricovero		Giorni di degenza	
	N	%	N	%
<i>Istruzione</i>				
Laurea	101	2,9	1.181	1,7
Diploma di scuola media superiore	437	12,5	6.128	9,0
Licenza di scuola media inferiore	962	27,5	15.166	22,2
Licenza elementare e nessun titolo	2.002	57,2	45.918	67,1
Totale	3.502	100,0	68.393	100,0
<i>Condizione professionale</i>				
Occupati	1.223	10,4	17.715	7,9
In cerca di occupazione	143	1,2	2.435	1,1
Casalinghe	779	6,6	14.468	6,5
Studenti	137	1,2	1.565	0,7
Ritirati dal lavoro	1.066	9,1	26.591	11,9
Altra condizione	155	1,3	5.620	2,5
In imprenditori e liberi professionisti	44	0,4	619	0,3
Lavoratori in proprio e coadiuvanti	260	2,2	3.625	1,6
Dirigenti e impiegati	410	3,5	5.540	2,5
Operai e assimilati	508	4,3	7.925	3,6
Totale	11.729	100,0	222.889	100,0

Fonte: Elaborazione di Monica Rando su dati Istat, 1986-1987

Tabella 28. Ricoveri ospedalieri nella popolazione di 14 anni e più secondo il titolo di studio e la condizione professionale. Dati in migliaia e percentuali di colonna. Anno 1991

Categorie socioeconomiche	Numero di ricoveri		Persone con almeno un ricovero		Giorni di degenza	
	N	%	N	%	N	%
<i>Istruzione</i>						
Laurea	126	2,1	111	2,4	1.286	1,6
Diploma di scuola media superiore	717	11,9	602	13,2	7.377	9,2
Licenza di scuola media inferiore	1.581	26,3	1.261	27,6	18.270	22,9
Licenza elementare	2.358	39,2	1.741	38,0	34.677	43,4
Nessun titolo	1.237	20,6	862	18,8	18.330	22,9
Totale	6.019	100,0	4.577	100,0	79.940	100,0
<i>Condizione professionale</i>						
Occupati	1.730	23,2	1.448	25,0	17.597	18,5
In cerca di occupazione	205	2,8	151	2,6	2.518	2,6
Casalinghe	1.079	14,5	823	14,2	15.655	16,5
Studenti	232	3,1	188	3,2	2.086	2,2
Ritirati dal lavoro	2.077	27,9	1.469	25,4	33.041	34,7
Altra condizione	393	5,3	258	4,5	6.664	7,0
Dirigenti, liberi professionisti e imprenditori	98	1,3	93	1,6	905	1,0
Direttivi, quadri, impiegati e intermedi	454	6,1	401	6,9	4.588	4,8
Operai, assimilati e apprendisti	728	9,8	616	10,6	7.483	7,9
Categorie speciali	45	0,6	33	0,6	553	0,6
Graduati o militari di carriera	13	0,2	12	0,2	72	0,1
Lavoratori in proprio e coadiuvanti	393	5,3	294	5,1	3.997	4,2
Totale	7.447	100,0	5.786	100,0	95.159	100,0

Fonte: Elaborazione di Monica Rando su dati Istat, 1991

Tabella 29. Ricoveri ospedalieri nella popolazione di 14 anni e più secondo il titolo di studio e la condizione professionale. Dati in migliaia e percentuali di colonna. Anno 1994

	Numero di ricoveri		Persone con almeno un ricovero		Giorni di degenza	
	N	%	N	%	N	%
<i>Istruzione</i>						
Laurea e Diploma di scuola media superiore	384	16,4	307	16,0	3.146	11,9
Licenza di scuola media inferiore	656	28,0	560	29,2	6.489	24,6
Licenza elementare e nessun titolo	1.301	55,6	1.052	54,8	16.773	63,5
Totale	2.341	100,0	1.919	100,0	26.408	100,0
<i>Condizione professionale</i>						
Occupati	561	19,9	502	21,4	4.600	15,1
In cerca di occupazione	99	3,5	89	3,8	802	2,6
Casalinghe	494	17,5	368	15,7	5.295	17,4
Studenti	103	3,7	84	3,6	709	2,3
Inabili al lavoro	96	3,4	77	3,3	1.950	6,4
Ritirati dal lavoro	825	29,2	666	28,4	11.113	4,4
Altra condizione	82	2,9	62	2,6	1.324	4,4
Dirigenti	10	0,4	10	0,4	69	0,2
Direttivi,quadri, impiegati e intermedi	168	6,0	143	6,1	1.177	3,9
Operai, assimilati e apprendisti	224	7,9	201	8,6	1.998	6,6
Imprenditori e liberi professionisti	36	1,3	34	1,4	297	1,0
Lavoratori in proprio e coadiuvanti	123	4,4	113	4,8	1.059	3,5
Totale	2.821	100,0	2.349	100,0	30.393	100,0

Fonte: Elaborazione di Monica Rando su dati Istat, 1994

Tabella 30. Ricoveri ospedalieri nella popolazione di 14 anni e più secondo il titolo di studio e la condizione professionale. Dati in migliaia e percentuali di colonna. Anno 1999-2000

	Numero di ricoveri		Persone con almeno un ricovero		Notti di ricovero	
	N	%	N	%	N	%
<i>Istruzione</i>						
Laurea e Diploma di scuola media superiore	516	21,2	444	21,8	2.885	15,1
Licenza di scuola media inferiore	705	29,0	592	29,0	4.713	24,6
Licenza elementare e nessun titolo	1.214	49,9	1.004	49,2	11.530	60,3
Totale	2.435	100,0	2.040	100,0	19.128	100,0
<i>Condizione professionale</i>						
Occupati	686	22,6	587	23,0	4.028	17,6
Dirigenti, imprenditori, liberi professionisti	70	2,3	59	2,3	469	2,1
Direttivi, quadri, impiegati e intermedi	234	7,7	204	8,0	1.357	5,9
Operai, assimilati e apprendisti	267	8,8	228	8,9	1.545	6,8
Lavoratori in proprio e coadiuvanti	115	3,8	95	3,7	658	2,9
In cerca di occupazione	80	2,6	67	2,6	409	1,8
In cerca di prima occupazione	45	1,5	42	1,6	252	1,1
Casalinghe	436	14,4	357	14,0	3.228	14,1
Studenti	74	2,4	66	2,6	384	1,7
Ritirati dal lavoro	849	28,0	695	27,3	8.472	37,1
Inabili al lavoro	69	2,3	52	2,0	579	2,5
Altra condizione	112	3,7	98	3,8	1.443	6,3
Totale	3.037	100,0	2.550	100,0	22.824	100,0

Fonte: Elaborazione di Monica Rando su dati Istat, 1999-2000

5.2.5 Il ricorso ai servizi sanitari: gli accertamenti diagnostici

Nelle tabelle che seguono (31, 32, 33, 34, 35) vengono presi in considerazione gli accertamenti diagnostici effettuati dalla popolazione campione nelle quattro settimane precedenti le interviste messi in relazione con il titolo di studio posseduto e la condizione professionale, con il fine di vedere se sussiste una correlazione tra gli indicatori selezionati. Non abbiamo analizzato l'effetto delle variabili età e genere, in quanto già disponibile nelle elaborazioni dell'Istat. In generale, la quota delle persone che effettua accertamenti diagnostici cresce sensibilmente con l'età in tutto l'arco temporale considerato e proporzionalmente alle condizioni di salute.

Infatti il volume maggiore degli accertamenti si osserva tra la popolazione anziana. Le differenze di genere si manifestano in modo particolare nell'età giovanile ed adulta con una percentuale maggiore tra le donne, fenomeno che potrebbe essere correlato in parte agli accertamenti legati alla gravidanza ed in parte alla prevenzione dei tumori femminili.

Tra gli accertamenti più frequenti rilevati dal 1980 al 2000 ci sono quelli del sangue e delle urine. Seguono in ordine di fruizione quelli radiografici, le ecografie, l'elettrocardiogramma ed ecocardiogramma. Nella tabella 31 relativa alla prima indagine condotta nel 1980 rispetto alla variabile istruzione, è possibile notare come il volume degli accertamenti diagnostici si distribuisca aumentando progressivamente di quota al decrescere del grado di istruzione. Il medesimo andamento viene registrato negli anni seguenti, benché nel tempo si nota, rispetto al volume degli accertamenti, una riduzione del divario tra gli estremi della stratificazione sociale in base al titolo di studio. Se osserviamo l'andamento temporale rispetto agli

indicatori “accertamenti diagnostici” per le categorie professionali vediamo come le quote tendono a decrescere negli anni per tutte le categorie professionali tranne che per i direttivi, gli impiegati e i ritirati dal lavoro a partire dal 1991. Tale fenomeno può esprimere sia l'effettivo peggioramento delle condizioni di salute di tali categorie sia una maggiore attenzione per le proprie condizioni di salute stesse e quindi un maggiore ricorso ai servizi sanitari.

Tabella 31. Accertamenti diagnostici nella popolazione di 14 anni e oltre per titolo di studio e per condizione professionale. Dati in migliaia e percentuali di colonna. Anno 1980

Categorie socioeconomiche	Accertamenti diagnostici								Totale
	Esami radiologici		Analisi del sangue		Analisi urine		Altri		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<i>Istruzione</i>									
Laurea e Diploma di scuola media superiore	371	11,7	714	12,7	560	12,1	280	12,9	1.925
Licenza di scuola media inferiore	647	20,3	1.012	18,0	817	17,7	412	18,9	2.888
Licenza elementare e nessun titolo	2.162	68,0	3.911	69,4	3.238	70,2	1.483	68,2	10.794
Totale	3.180	100,0	5.637	100,0	4.615	100,0	2.175	100,0	15.607
<i>Condizione professionale</i>									
Occupati	1.307	41,1	1.983	35,2	1.565	33,9	691	31,8	5.546
In cerca di occupazione	66	2,1	84	1,5	60	1,3	43	2,0	253
Casalinghe	667	21,0	1.549	27,5	1.290	28,0	584	26,9	4.090
Studenti	117	3,7	144	2,6	112	2,4	65	3,0	438
Ritirati dal lavoro	877	27,6	1.636	29,0	1.388	30,1	663	30,5	4.564
Altra condizione	146	4,6	241	4,3	200	4,3	129	5,9	716
Totale	3.180	100,0	5.637	100,0	4.615	100,0	2.175	100,0	15.607

Fonte: Elaborazione di Monica Rando su dati Istat, 1980

Tabella 32. Accertamenti diagnostici nella popolazione di 14 anni e oltre per titolo di studio e per condizione professionale. Dati in migliaia e percentuali di colonna. Anno 1986-1987

	Accertamenti diagnostici												Totale
	Esami radiologici ed ecografie		Analisi del sangue		Analisi urine		Tac		Paptest e striscio vaginale		Altri		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<i>Istruzione</i>													
Laurea	53	3,4	133	3,3	92	3,0	10	5,6	19	6,3	30	3,8	337
Diploma di scuola media superiore	246	15,7	594	14,6	436	14,4	28	15,6	68	22,4	123	15,6	1.495
Licenza di scuola media inferiore	481	30,7	1.160	28,5	808	26,7	53	29,6	108	35,6	222	28,1	2.832
Licenza elementare e nessun titolo	786	50,2	2.187	53,7	1.691	55,9	88	49,2	108	35,6	415	52,5	5.275
Totale	1.566	100,0	4.074	100,0	3.027	100,0	179	100,0	303	100,0	790	100,0	9.939
<i>Condizione professionale</i>													
Occupati	688	30,5	1.540	27,4	1.134	27,3	85	32,6	136	31,1	326	29,2	3.909
In cerca di occupazione	73	3,2	178	3,2	109	2,6	5	1,9	16	3,7	25	2,2	406
Casalinghe	363	16,1	1.006	17,9	783	18,8	39	14,9	127	29,0	174	15,6	2.492
Studenti	70	3,1	153	2,7	95	2,3	8	3,1	2	0,5	31	2,8	359
Ritirati dal lavoro	321	14,2	1.056	18,8	802	19,3	30	11,5	21	4,8	204	18,3	2.434
Altra condizione	51	2,3	141	2,5	104	2,5	10	3,8	1	0,2	30	2,7	337
Imprenditori e liberi professionisti	38	1,7	81	1,4	61	1,5	1	0,4	1	0,2	10	0,9	192
Lavoratori in proprio e coadiuvanti	144	6,4	341	6,1	250	6,0	14	5,4	29	6,6	72	6,5	850
Dirigenti e impiegati	227	10,1	535	9,5	389	9,4	26	10,0	83	18,9	121	10,9	1.381
Operai e assimilati	279	12,4	582	10,4	433	10,4	43	16,5	22	5,0	122	10,9	1.481
Totale	2.254	100,0	5.613	100,0	4.160	100,0	261	100,0	438	100,0	1.115	100,0	13.841

Fonte: Elaborazione di Monica Rando su dati Istat, 1986-1987

Tabella 33. Accertamenti diagnostici nella popolazione di 6 anni e oltre per titolo di studio e per condizione professionale. Dati in N e percentuali di colonna. Anno 1991

	Accertamenti diagnostici													
	Analisi del sangue		Analisi delle urine		Ecografia		Termografia		Paptest e striscio vaginale		Rmn		Esami radiologici	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Istruzione</i>														
Laurea	185	3,5	117	3,4	40	6,4	0	0,0	16	5,1	1	2,8	51	3,6
Diploma di scuola media superiore	806	15,3	510	14,7	139	22,2	4	12,1	78	24,8	6	16,7	205	14,8
Licenza di scuola media inferiore	1.463	27,8	922	26,5	211	33,7	7	21,2	125	39,8	11	30,6	454	31,9
Licenza elementare	1.935	36,8	1.302	37,4	195	31,1	19	57,6	82	26,1	12	33,3	509	35,9
Nessun titolo	871	16,6	630	18,1	42	6,7	3	9,1	13	4,1	6	16,7	213	14,9
Totale	5.260	100,0	3.481	100,0	627	100,0	33	100,0	314	100,0	36	100,0	1.432	100,0
<i>Condizione professionale</i>														
Occupati	1.760	25,7	1.084	23,7	252	28,8	8	19,0	139	30,7	10	23,3	556	30,4
In cerca di occupazione	163	2,4	105	2,3	24	2,7	2	4,8	10	2,2	1	2,3	48	2,6
Casalinghe	1.214	17,7	860	18,8	177	20,2	15	35,7	127	28,0	7	16,3	282	15,5
Studenti	184	2,7	112	2,5	17	1,9	1	2,4	7	1,5	2	4,7	82	4,5
Ritirati dal lavoro	1.557	22,7	1.070	23,4	136	15,5	7	16,7	29	6,4	12	27,9	341	18,2
Altra condizione	223	3,3	153	3,3	18	2,1	1	2,4	2	0,4	1	2,3	63	3,4
Dirigenti	28	0,4	18	0,4	6	0,7	0	0,0	2	0,4	...	...	8	0,4
Direttivi, impiegati	609	8,9	374	8,2	113	12,9	3	7,1	71	15,7	4	9,3	152	8,3
Categorie speciali	32	0,5	24	0,5	6	0,7	0	0,0	3	0,7	0	0,0	13	0,7
Operai e assimilati, apprendisti	626	9,1	379	8,3	71	8,1	3	7,1	34	7,5	4	9,3	236	12,9
Graduati o militari di carriera	13	0,2	7	0,2	3	0,3	0	0,0	...	...	0	0,0	8	0,4
Imprenditori e liberi professionisti	92	1,3	153	3,3	10	1,1	0	0,0	3	0,7	1	2,3	26	1,4
Lavoratori in proprio e coadiuvanti	360	5,2	231	5,1	43	4,9	2	4,8	26	5,7	1	2,3	17	0,9
Totale	6.861	100,0	4.570	100,0	876	100,0	42	100,0	453	100,0	43	100,0	1.832	100,0

Fonte: Elaborazione di Monica Rando su dati Istat, 1991

Tabella 33 segue. Accertamenti diagnostici nella popolazione di 6 anni e oltre per titolo di studio e per condizione professionale. Dati in migliaia e percentuali di colonna. Anno 1991

	Accertamenti diagnostici														Totale
	Xeroradiografia		Tac		Scintigrafia		Gastroscopia		Colonscopia		Tubercolina		Altri accertamenti		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<i>Titolo di studio</i>															
Laurea	3	6,4	3	3,0	2	3,7	2	1,7	3	9,7	3	6,1	58	4,7	484
Diploma di scuola media superiore	5	10,6	16	15,8	6	11,1	15	12,5	4	12,9	11	22,4	200	16,2	2.005
Licenza di scuola media inferiore	12	25,5	25	24,8	12	22,2	38	31,7	11	35,5	17	34,7	326	26,5	3.634
Licenza elementare	19	40,4	41	40,6	25	46,3	47	39,2	10	32,3	12	24,5	436	35,4	4.644
Nessun titolo	8	17,0	16	15,8	9	16,7	18	15,0	3	9,7	6	12,2	212	17,2	2.050
Totale	47	100,0	101	100,0	54	100,0	120	100,0	31	100,0	49	100,0	1.232	100,0	12.817
<i>Condizione professionale</i>															
Occupati	17	27,4	41	29,1	14	20,9	44	26,8	11	20,4	25	39,1	407	25,8	4.368
In cerca di occupazione	2	3,2	1	0,7	0	0,0	6	3,7	2	3,7	3	4,7	40	2,5	407
Casalinghe	10	16,1	18	12,8	25	37,3	26	15,9	6	11,1	3	4,7	272	17,2	3.042
Studenti	2	3,2	2	1,4	0	0,0	2	1,2	1	1,9	5	7,8	46	2,9	463
Ritirati dal lavoro	13	21,0	26	18,4	13	19,4	38	23,2	8	14,8	2	3,1	325	20,6	3.577
Altra condizione	1	1,6	11	7,8	2	3,0	4	2,4	2	3,7	1	1,6	82	5,2	564
Dirigenti	...	...	0	0,0	...	...	...	...	1	1,9	1	1,6	12	0,8	76
Direttivi, impiegati	6	9,7	15	10,6	5	7,5	15	9,1	15	27,8	10	15,6	133	8,4	1.525
Categorie speciali	1	1,6	1	0,7	...	...	1	0,6	...	...	0	0,0	5	0,3	86
Operai e assimilati, apprendisti	8	12,9	16	11,3	4	6,0	18	11,0	6	11,1	12	18,8	140	8,9	1.557
Graduati o militari di carriera	0	0,0	...	...	...	...	0	0,0	0	0,0	...	...	5	0,3	36
Imprenditori e liberi professionisti	0	0,0	3	2,1	0	0,0	3	1,8	1	1,9	0	0,0	33	2,1	325
Lavoratori in proprio e coadiuvanti	2	3,2	7	5,0	4	6,0	7	4,3	1	1,9	2	3,1	79	5,0	782
Totale	62	100,0	141	100,0	67	100,0	164	100,0	54	100,0	64	100,0	1.579	100,0	16.808

Fonte: Elaborazione di Monica Rando su dati Istat, 1991

Tabella 34. Accertamenti diagnostici nella popolazione di 6 anni e oltre per titolo di studio e per condizione professionale. Dati in migliaia e percentuali di colonna. Anno 1994

Categorie socioeconomiche	Accertamenti diagnostici													
	Analisi del sangue		Analisi delle urine		Ecografia		Tac		Risonanza magnetica		Altri accertamenti radiografici		Ecg e ecocardiogramma	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Istruzione</i>														
Laurea	212	4,4	131	4,7	36	4,8	8	5,3	3	5,9	55	4,8	55	6,3
Diploma di scuola media superiore	947	19,9	484	17,5	190	25,3	26	17,3	14	27,5	198	17,1	114	13,0
Licenza di scuola media inferiore	1.347	28,3	750	27,2	270	35,9	47	31,3	17	33,3	390	33,7	208	23,7
Licenza elementare	1.609	33,7	952	34,5	204	27,1	54	36,0	14	27,5	384	33,2	359	40,9
Nessun titolo	653	13,7	444	16,1	52	6,9	15	10,0	3	5,9	129	11,2	141	16,1
Totale	4.768	100,0	2.761	100,0	752	100,0	150	100,0	51	100,0	1.156	100,0	877	100,0
<i>Condizione professionale</i>														
Occupati	1.538	25,0	837	23,9	304	29,0	46	24,5	26	34,2	424	27,8	214	20,1
In cerca di occupazione	173	2,8	97	2,8	28	2,7	4	2,1	1	1,3	44	2,9	18	1,7
In altre condizioni	112	1,8	73	2,1	11	1,1	5	2,7	2	2,6	31	2,0	26	2,4
Casalinghe	1.039	16,9	597	17,1	182	17,4	21	11,2	8	10,5	214	14,0	174	16,4
Studenti	229	3,7	108	3,1	43	4,1	8	4,3	2	2,6	65	4,3	21	2,0
Inabili al lavoro	92	1,5	62	1,8	8	0,8	5	2,7	0	0,0	28	1,8	24	2,3
Ritirati dal lavoro	1.440	23,4	889	25,4	168	16,0	54	28,7	11	14,5	296	19,4	372	35,0
Dirigenti	50	0,8	21	0,6	3	0,3	0	0,0	1	1,3	10	0,7	10	0,9
Direttivi, impiegati e graduati	581	9,4	295	8,4	131	12,5	8	4,3	10	13,2	134	8,8	70	6,6
Intermedi, operai ecc.	520	8,4	284	8,1	87	8,3	21	11,2	6	7,9	161	10,6	75	7,1
Imprenditori e liberi professionisti	64	1,0	41	1,2	23	2,2	3	1,6	2	2,6	24	1,6	13	1,2
Lavoratori in proprio e coadiuvanti	323	5,2	196	5,6	59	5,6	13	6,9	7	9,2	95	6,2	46	4,3
Totale	6.161	100,0	3.500	100,0	1.047	100,0	188	100,0	76	100,0	1.526	100,0	1.063	100,0

Fonte: Elaborazione di Monica Rando su dati Istat, 1994

Tabella 34 Segue Accertamenti diagnostici nella popolazione di 6 anni e oltre per titolo di studio e per condizione professionale. Dati in migliaia e percentuali di colonna. Anno 1994

	Accertamenti diagnostici												Totale
	Pap-test e striscio vaginale		Mammografia		Gastroscopia		Colon-rettoscopia		Reazione alla tubercolina		Altri accertamenti		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<i>Istruzione</i>													
Laurea	24	7,9	7	3,4	0	0,0	5	14,3	3	6,8	34	4,3	573
Diploma di scuola media superiore	88	28,9	49	23,8	16	16,5	8	22,9	16	36,4	143	18,0	2.293
Licenza di scuola media inferiore	107	35,2	67	32,5	37	38,1	6	17,1	13	29,5	235	29,5	3.494
Licenza elementare	72	23,7	71	34,5	33	34,0	14	40,0	10	22,7	286	35,9	4.062
Nessun titolo	13	4,3	12	5,8	11	11,3	2	5,7	2	4,5	98	12,3	1.575
Totale	304	100,0	206	100,0	97	100,0	35	100,0	44	100,0	796	100,0	11.997
<i>Condizione professionale</i>													
Occupati	139	31,3	70	25,3	38	28,4	14	28,6	26	40,6	247	25,0	3.923
In cerca di occupazione	19	4,3	4	1,4	3	2,2	0	0,0	2	3,1	30	3,0	423
In altre condizioni	1	0,2	5	1,8	1	0,7	0	0,0	1	1,6	35	3,5	303
Casalinghe	104	23,4	84	30,3	19	14,2	9	18,4	3	4,7	145	14,7	2.599
Studenti	5	1,1	4	1,4	4	3,0	0	0,0	2	3,1	32	3,2	523
Inabili al lavoro	4	0,9	0	0,0	1	0,7	0	0,0	1	1,6	10	1,0	235
Ritirati dal lavoro	33	7,4	41	14,8	30	22,4	12	24,5	3	4,7	243	24,6	3.592
Dirigenti	4	0,9	0	0,0	1	0,7	2	4,1	0	0,0	17	1,7	119
Direttivi, impiegati e graduati	74	16,7	31	11,2	19	14,2	1	2,0	14	21,9	75	7,6	1.443
Intermedi, operai ecc.	39	8,8	22	7,9	11	8,2	2	4,1	9	14,1	95	9,6	1.332
Imprenditori e liberi professionisti	1	0,2	0	0,0	0	0,0	3	6,1	2	3,1	9	0,9	185
Lavoratori in proprio e coadiuvanti	21	4,7	16	5,8	7	5,2	6	12,2	1	1,6	50	5,1	840
Totale	444	100,0	277	100,0	134	100,0	49	100,0	64	100,0	988	100,0	15.517

Fonte: Elaborazione di Monica Rando su dati Istat, 1994

Tabella 35. Accertamenti diagnostici nella popolazione di 6 anni e oltre per titolo di studio e per condizione professionale. Dati in migliaia e percentuali di colonna. Anno 1999-2000

	Accertamenti diagnostici													
	Analisi del sangue		Analisi delle urine		Ecografia		Tac		Risonanza magnetica		Altri accertamenti radiografici		Ecg e ecocardiogramma	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Istruzione</i>														
Laurea e Diploma di scuola media superiore	1.386	27,5	666	25,8	358	36,5	64	27,2	46	33,8	327	26,7	188	21,2
Licenza di scuola media inferiore	1.400	27,8	715	27,7	320	32,6	70	29,8	51	37,5	413	33,7	234	26,4
Licenza elementare e nessun titolo	2.252	44,7	1.201	46,5	303	30,9	101	43,0	39	28,7	487	39,7	463	52,3
Totale	5.038	100,0	2.582	100,0	981	100,0	235	100,0	136	100,0	1.227	100,0	885	100,0
<i>Condizione professionale</i>														
Occupati	1.591	24,5	761	23,3	377	28,1	87	27,3	59	30,7	459	28,7	207	19,4
Dirigenti, Imprenditori e liberi professionisti	173	2,7	76	2,3	47	3,5	10	3,1	11	5,7	56	3,5	28	2,6
Direttivi, quadri, impiegati intermedi	656	10,1	308	9,4	171	12,8	30	9,4	21	10,9	166	10,4	76	7,1
Operai e apprendisti	521	8,0	258	7,9	118	8,8	33	10,3	17	8,9	168	10,5	66	6,2
Lavoratori in proprio e coadiuvanti	241	3,7	120	3,7	41	3,1	14	4,4	11	5,7	69	4,3	38	3,6
In cerca di occupazione	146	2,2	78	2,4	41	3,1	6	1,9	5	2,6	35	2,2	18	1,7
In cerca di prima occupazione	83	1,3	43	1,3	20	1,5	4	1,3	2	1,0	30	1,9	12	1,1
Casalinghe	922	14,2	495	15,2	210	15,7	39	12,2	22	11,5	181	11,3	163	15,3
Studenti	185	2,8	86	2,6	36	2,7	7	2,2	7	3,6	55	3,4	25	2,3
Ritirati dal lavoro	1.714	26,4	915	28,0	252	18,8	81	25,4	34	17,7	339	21,2	387	36,3
Inabili al lavoro	94	1,4	35	1,1	10	0,7	3	0,9	2	1,0	14	0,9	17	1,6
Altra condizione	175	2,7	90	2,8	18	1,3	5	1,6	1	0,5	25	1,6	29	2,7
Totale	6.501	100,0	3.265	100,0	1.341	100,0	319	100,0	192	100,0	1.597	100,0	1.066	100,0

Fonte: Elaborazione di Monica Rando su dati Istat, 1999-2000

Tabella 35. Segue Accertamenti diagnostici nella popolazione di 6 anni e oltre per titolo di studio e per condizione professionale. Dati in migliaia e percentuali di colonna. Anno 1999-2000

	Accertamenti diagnostici												Totale
	Pap-test e striscio vaginale		Mammografia		Gastroscopia		Colon-rettoscopia		Reazione alla tubercolina		Altri accertamenti		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<i>Titolo di studio</i>													
Laurea e Diploma di scuola media superiore	141	48,3	85	34,8	32	25,0	13	20,6	8	42,1	223	31,6	3.537
Licenza di scuola media inferiore	91	31,2	62	25,4	40	31,3	21	33,3	7	36,8	204	28,9	3.628
Licenza elementare e nessun titolo	60	20,5	97	39,8	56	43,8	29	46,0	4	21,1	278	39,4	5.370
Totale	292	100,0	244	100,0	128	100,0	63	100,0	19	100,0	705	100,0	12.535
<i>Condizione professionale</i>													
Occupati	141	32,6	73	23,1	45	26,3	20	24,1	9	40,9	265	28,4	4.094
Dirigenti, Imprenditori e liberi professionisti	16	3,7	13	4,1	4	2,3	4	4,8	0	0,0	24	2,6	462
Direttivi, quadri, impiegati intermedi	87	20,1	35	11,1	19	11,1	8	9,6	6	27,3	111	11,9	1.694
Operai e apprendisti	28	6,5	16	5,1	14	8,2	4	4,8	2	9,1	89	9,5	1.334
Lavoratori in proprio e coadiuvanti	10	2,3	9	2,8	8	4,7	4	4,8	...	...	41	4,4	606
In cerca di occupazione	17	3,9	12	3,8	4	2,3	2	2,4	...	...	20	2,1	384
In cerca di prima occupazione	2	0,5	5	1,6	3	1,8	3	3,6	2	9,1	16	1,7	225
Casalinghe	87	20,1	87	27,5	20	11,7	8	9,6	1	4,5	111	11,9	2.346
Studenti	8	1,9	2	0,6	2	1,2	1	1,2	2	9,1	23	2,5	439
Ritirati dal lavoro	33	7,6	57	18,0	43	25,1	25	30,1	0	0,0	205	21,9	4.085
Inabili al lavoro	3	0,7	2	0,6	4	2,3	1	1,2	...	...	10	1,1	195
Altra condizione	0	0,0	5	1,6	5	2,9	3	3,6	...	...	19	2,0	375
Totale	432	100,0	316	100,0	171	100,0	83	100,0	22	100,0	934	100,0	16.239

Fonte: Elaborazione di Monica Rando su dati Istat, 1999-2000

5.2.7 il ricorso ai servizi sanitari: le visite mediche

Osserviamo ora come si presenta la situazione riguardo alle visite mediche per tipo di visita, titolo di studio e condizione professionale a partire dall'indagine dell'Istat effettuata nel 1986-1987, poiché per quella del 1980 non sono disponibili i dati relativi alle variabili "Istruzione" e "condizione professionale" (tabelle 36, 37, 38, 39, 40). Se osserviamo in prospettiva diacronica le tavole elaborate e i risultati emerge che sia le quote delle visite che il peso che hanno le visite specialistiche sul totale delle visite mediche si differenzia in base all'età, al titolo di studio, e alla condizione professionale di coloro che vi fanno ricorso. In tutte le fasce di età una quota maggiore di persone con laurea o diploma di scuola media superiore effettua visite di tipo specialistico, mentre coloro che possiedono un titolo di studio inferiore fanno maggiormente ricorso a visite di tipo generico.

Se teniamo sotto controllo la variabile età, il peso della variabile istruzione viene comunque confermato. Infatti, nonostante la proporzione di persone che hanno fatto ricorso ad almeno una visita medica nel periodo considerato cresca con l'età a partire dalla classe di età 25-44, il peso della variabile istruzione sembra essere confermata dall'alta percentuale di ricorso a tali prestazioni, ed in modo particolare per le prestazioni di tipo specialistico, tra coloro che possiedono un grado maggiore di istruzione. L'alta percentuale di ricorso ai vari tipi di visite mediche può essere spiegata dal maggior numero di visite di carattere preventivo in tale fascia

di età, tra cui vanno menzionate quelle di tipo odontoiatrico⁵³ oltre che quelle ginecologiche e ostetriche per le donne nella fascia di età fertile.

Tra gli occupati le categorie degli operai e impiegati presentano le quote più significative di ricorso a visite mediche per entrambe le tipologie, con una percentuale maggiore di ricorso a visite generiche per gli operai e assimilati e viceversa un maggior ricorso a visite specialistiche per i dirigenti e impiegati. I liberi professionisti, gli imprenditori e i dirigenti fanno maggior ricorso a visite specialistiche. Tra le categorie dei non occupati anche in questo caso le percentuali maggiori sono tra le casalinghe e tra i ritirati dal lavoro, entrambe presentano per tutto il periodo di tempo preso in considerazione quote maggiori di ricorso a visite di tipo generico.

Rispetto alle differenze tra i due generi nell'arco di tempo preso in considerazione possiamo notare una maggiore proporzione di donne che ricorrono sia a visite generiche che specialistiche rispetto agli uomini. Dalle indagini effettuate dall'Istat riportiamo alcuni significativi differenziali rispetto al genere relativi a quelle svolte nel 1994 e nel 1999-2000: nel 1994 riguardo alle visite mediche sia generiche che specialistiche vengono effettuate "57 visite ogni 100 donne contro 44 ogni 100 uomini" (1997, p. 20); nell'indagine del 1999-2000 la differenza percentuale tra i quozienti dei due sessi è del 25% (2003). Tale differenziale di ricorso a visite rispetto al genere non sembra dovuto alla maggiore longevità delle donne in quanto tra la popolazione anziana si verifica, al contrario, un maggior ricorso tra gli uomini.

⁵³ Dall'indagine del 1999-2000 sulle "condizioni di salute della popolazione e sul ricorso ai servizi sanitari" effettuata dall'Istat emerge che "il ricorso a visite odontoiatriche è un fenomeno particolarmente rilevante fra le persone di 15-54 anni, tra le quali la quota di visite dentistiche effettuate nelle quattro settimane precedenti l'intervista oscilla tra le 75 e le 85 visite per mille persone della stessa classe di età" (2003, p. 84). Tale quota tende a decrescere sensibilmente tra gli anziani

Tabella 36. Persone che hanno fatto ricorso a una o più visite mediche per tipo di visita, titolo di studio e condizione professionale. Dati in migliaia e percentuali di colonna. Anni 1986-1987

Categorie socioeconomiche	Generica		Specialistica		Totale
	N	%	N	%	N
<i>Istruzione</i>					
Laurea	316	2,2	273	4,4	589
Diploma di scuola media superiore	1.441	10,2	1.073	17,4	2.514
Licenza di scuola media inferiore	3.415	24,2	2.023	32,9	5.438
Licenza elementare e nessun titolo	8.958	63,4	2.788	45,3	11.746
Totale	14.130	100,0	6.157	100,0	20.287
<i>Condizione professionale</i>					
Occupati	4.540	24,3	2.554	29,3	7.094
In cerca di occupazione	541	2,9	220	2,5	761
Casalinghe	3.139	16,8	1.479	17,0	4.618
Studenti	526	2,8	432	5,0	958
Ritirati dal lavoro	4.757	25,5	1.284	14,7	6.041
In altre condizioni	627	3,4	188	2,2	815
Dirigenti e impiegati	1.309	7,0	1.006	11,6	2.315
Operai, apprendisti e assimilati	2.092	11,2	930	10,7	3.022
Imprenditori e liberi professionisti	148	0,8	97	1,1	245
Lavoratori in proprio e coadiuvanti	989	5,3	519	6,0	1.508
Totale	18.668	100,0	8.709	100,0	27.377

Fonte: Elaborazione di Monica Rando su dati Istat, 1986-1987

Tabella 37. Persone che hanno fatto ricorso a una o più visite mediche per tipo di visita, titolo di studio e condizione professionale. Dati in migliaia e percentuali di colonna. Anni 1987-1991

Categorie socioeconomiche	Generica		Pediatria		Specialistica		Totale
	N	%	N	%	N	%	N
<i>Istruzione</i>							
Laurea	327	2,3	0	0,0	348	3,5	675
Diploma di scuola media superiore	1.570	10,9	0	0,0	1.813	18,3	3.383
Licenza di scuola media inferiore	3.370	23,3	0	0,0	3.162	31,9	6.532
Licenza elementare	5.773	39,9	47	14,5	3.136	31,6	8.956
Nessun titolo	3.415	23,6	278	85,5	1.453	14,7	5.146
Totale	14.455	100,0	325	100,0	9.912	100,0	24.692
<i>Condizione professionale</i>							
Occupati	3.909	22,1	...	...	3.599	27,9	7.508
In cerca di occupazione	343	1,9	...	...	387	3,0	730
Altra condizione	665	3,8	...	...	413	3,2	1.078
Casalinghe	3.143	17,8	...	...	2.016	15,6	5.159
Studenti	482	2,7	...	...	658	5,1	1.140
Ritirati	5.216	29,5	...	...	2.234	17,3	7.450
Dirigenti	38	0,2	...	...	51	0,4	89
Direttivi	82	0,5	...	...	114	0,9	196
Impiegati	1.080	6,1	...	...	1.176	9,1	2.256
Categorie speciali	99	0,6	...	...	79	0,6	178
Operai, assimilati e apprendisti	1.600	9,1	...	...	1.250	9,7	2.850
Graduati e militari	37	0,2	...	...	36	0,3	73
Imprenditori e liberi professionisti	149	0,8	...	...	188	1,5	337
Lavoratori in proprio e coadiuvanti	824	4,7	...	...	707	5,5	1.531
Totale	17.667	100,0	...	...	12.908	100,0	30.575

Fonte: Elaborazione di Monica Rando su dati Istat, 1987-1991

Tabella 38. Persone di 6 anni e più che hanno fatto ricorso a una o più visite mediche per tipo di visita, titolo di studio e classe di età. Dati in migliaia e percentuali di colonna. Anni 1994

Categorie socioeconomiche	Generica		Pediatria		Specialistica		Totale
	N	%	N	%	N	%	
<i>Istruzione</i>							
Laurea	301	3,6	...	...	396	5,3	697
Diploma di scuola media superiore	1.230	14,9	...	...	1.542	20,7	2.772
Licenza di scuola media inferiore	2.259	27,3	4	1,5	2.331	31,3	4.594
Licenza elementare	3.068	37,1	45	17,3	2.256	30,3	5.369
Nessun titolo	1.415	17,1	211	81,2	917	12,3	2.543
Totale	8.273	100,0	260	100,0	7.442	100,0	15.975
<i>Condizione professionale</i>							
Occupati	3.213	21,1	...	...	4.063	27,1	7.276
In cerca di occupazione	322	2,1	...	...	439	2,9	761
Altra condizione	389	2,5	...	...	292	1,9	681
Casalinghe	2.753	18,0	...	...	2.283	15,2	5.036
Studenti	505	3,3	...	...	668	4,5	1.173
Inabili	341	2,2	...	...	263	1,8	604
Ritirati dal lavoro	4.524	29,6	...	...	2.907	19,4	7.431
Dirigenti	61	0,4	...	...	144	1,0	205
Direttivi, impiegati e graduati	1.046	6,9	...	...	1.619	10,8	2.665
Intermedi, operai, apprendisti e altri	1.277	8,4	...	...	1.346	9,0	2.623
Imprenditori e liberi professionisti	154	1,0	...	...	228	1,5	382
Lavoratori in proprio e coadiuvanti	676	4,4	...	...	726	4,8	1.402
Totale	15.261	100,0	...	...	14.978	100,0	30.239

Fonte: Elaborazione di Monica Rando su dati Istat, 1994

Tabella 39. Persone di 6 anni e più che hanno fatto ricorso a una o più visite mediche per tipo di visita, titolo di studio e classe di età. Dati in migliaia e percentuali di colonna. Anni 1999-2000

Categorie socioeconomiche	Generica		Specialistica		Totale
	N	%	N	%	
<i>Istruzione</i>					
Laurea e Diploma di scuola media superiore	2.188	18,5	6.573	29,9	8.761
Licenza di scuola media inferiore	3.034	25,7	6.916	31,4	9.950
Licenza elementare e nessun titolo	6.581	55,8	8.507	38,7	15.088
Totale	11.803	100,0	21.996	100,0	33.799
<i>Condizione professionale</i>					
Occupati	2.942	20,5	4.724	28,3	7.666
Dirigenti, imprenditori e liberi professionisti	237	1,7	494	3,0	731
Direttivi, quadri, impiegati, intermedi	1.014	7,1	1.972	11,8	2.986
Operai, apprendisti	1.195	8,3	1.524	9,1	2.719
Lavoratori in proprio e coadiuvanti	497	3,5	735	4,4	1.232
In cerca di nuova occupazione	309	2,2	406	2,4	715
In cerca di prima occupazione	164	1,1	263	1,6	427
Casalinghe	2.206	15,4	2.003	12,0	4.209
Studenti	397	2,8	801	4,8	1.198
Ritirati dal lavoro	4.644	32,4	3.207	19,2	7.851
Inabili al lavoro	234	1,6	215	1,3	449
In altra condizione	493	3,4	333	2,0	826
Totale	14.332	100,0	16.677	100,0	31.009

Fonte: Elaborazione di Monica Rando su dati Istat, 1999-2000

Tabella 40. Persone di 6 anni e più che hanno fatto ricorso a una o più visite mediche per tipo di visita, titolo di studio e classe di età. Dati in migliaia e percentuali di colonna. Anni 1999-2000

<i>Tipologia di visita medica</i>	Generica		Specialistica		Almeno una visita		Totale
	N	%	N	%	N	%	
<i>Classe di età</i>	6 anni-24						
<i>Istruzione</i>							
Laurea e Diploma di scuola media superiore	214	24,1	325	22,2	480	20,2	1.019
Licenza di scuola media inferiore	358	40,4	547	37,4	831	34,9	1.736
Licenza elementare e nessun titolo	315	35,5	589	40,3	1.071	45,0	1.975
Totale	887	100,0	1.461	100,0	2.382	100,0	4.730
<i>Classe di età</i>	25-44						
<i>Istruzione</i>							
Laurea e Diploma di scuola media superiore	806	45,6	1.332	53,4	1.916	50,1	4.054
Licenza di scuola media inferiore	832	47,1	1.036	41,5	1.684	44,0	3.552
Licenza elementare e nessun titolo	129	7,3	128	5,1	228	6,0	485
Totale	1.767	100,0	2.496	100,0	3.828	100,0	8.091
<i>Classe di età</i>	45-64						
<i>Istruzione</i>							
Laurea e Diploma di scuola media superiore	492	21,0	666	28,5	1.006	24,8	2.164
Licenza di scuola media inferiore	683	29,2	745	31,9	1.230	30,3	2.658
Licenza elementare e nessun titolo	1.165	49,8	922	39,5	1.819	44,9	3.906
Totale	2.340	100,0	2.333	100,0	4.055	100,0	8.728
<i>Classe di età</i>	65-74						
<i>Istruzione</i>							
Laurea e Diploma di scuola media superiore	148	9,1	152	13,3	263	11,1	563
Licenza di scuola media inferiore	246	15,2	222	19,4	381	16,1	849
Licenza elementare e nessun titolo	1.229	75,7	768	67,3	1.726	72,8	3.723
Totale	1.623	100,0	1.142	100,0	2.370	100,0	5.135
<i>Classe di età</i>	75 e più						
<i>Istruzione</i>							
Laurea e Diploma di scuola media superiore	82	5,6	70	8,6	125	6,4	277
Licenza di scuola media inferiore	140	9,6	84	10,3	197	10,1	421
Licenza elementare e nessun titolo	1.237	84,8	662	81,1	1.623	83,4	3.522
Totale	1.459	100,0	816	100,0	1.945	100,0	4.220

Fonte: Elaborazione di Monica Rando su dati Istat, 1999-2000

Conclusioni e prospettive

I risultati di questa indagine mostrano l'esistenza di un gradiente sociale di salute che attraversa l'intera società. Tali differenze sembrano essere fortemente correlate con le condizioni socioeconomiche degli individui a sfavore delle posizioni sociali più svantaggiate in termini di reddito, di istruzione e di condizione professionale. L'indagine ha messo in rilievo che negli ultimi dieci anni sembra essere presente una tendenza incrementale dei differenziali nella salute della popolazione in base al titolo di studio, ed in modo particolare per alcune tipologie di malattia fortemente correlate con la collocazione degli individui nel contesto socioeconomico e relazionale, nonché con gli stili di vita. Se si passa dalle considerazioni relative alla popolazione in generale ai singoli sottogruppi, sono identificabili particolari criticità nella distribuzione degli indicatori di salute degli anziani, delle donne in modo particolare per le casalinghe, delle categorie professionali operaie e degli inoccupati.

Malgrado le difficoltà nell'eseguire una comparazione dettagliata dei dati di morbilità fra i vari paesi europei, dovuta alla diversità di metodi usati possiamo in via del tutto generale dire che il quadro delle differenze socioeconomiche in relazione alla morbilità emerso in Italia è simile a quello che si presenta nel resto dell'Europa.

Nei gruppi professionali e non specializzati e, in molti paesi, nella categoria dei braccianti agricoli, è stata constatata una condizione di svantaggio nello stato di salute. In tutti i paesi il reddito costituisce una variabile saliente nella differenziazione delle attese di salute. Le condizioni di salute delle casalinghe sono in genere cattive. Le disuguaglianze sociali risultano molto più accentuate nella valutazione dello stato di salute

generale quando sussistono malattie o invalidità croniche, piuttosto che quando si misurano condizioni temporanee.

La descrizione delle differenze e delle tendenze del fenomeno rappresenta solo un primo passo che si fatto, a cui dovrebbero seguire più dettagliate e sofisticate indagini in grado di spiegare le ragioni di queste differenze, della loro variazione nel tempo.

La presenza di un gradiente sociale nella salute che attraversa tutto l'assetto sociale ci lascia supporre l'esistenza di molteplici fonti di disuguaglianza che si intersecano, che agli effetti delle condizioni materiali di vita si sommino quelli di altre variabili.

C'è una spiegazione unificante solo nella misura in cui la posizione sociale è correlata ad un certo numero di fattori: differenze nelle fasi precedenti della vita, differenze nel comportamento, nelle condizioni materiali, nei fattori psico-sociali, nelle capacità dei singoli di utilizzare le risorse (Sen, 1993) siano esse di tipo personale o sociale (Ranci, 1997).

Spesso le ricerche si focalizzano su uno di questi aspetti e non riescono ad esaminare l'influenza degli altri fattori, rendendo difficile l'interpretazione di un fenomeno di per sé complesso e multidimensionale. Potrebbe risultare più facile capire come gli anziani o le donne risultino tra le categorie più a rischio⁵⁴, non solo per le caratteristiche biologiche o di reddito, ma anche per le condizioni di isolamento sociale in cui ritrovano i primi e per lo stato di doppia presenza⁵⁵ in cui si trovano le seconde. L'obiettivo dunque è quello di sviluppare un approccio ed una metodologia di analisi che tenga conto contemporaneamente di variabili tradizionali e nuove, dei concetti di classe e di reddito ma anche di aspetti relativi alle situazioni di vita degli individui (genere, età, legami sociali ecc.). Solo allora sarà possibile distinguere l'importanza relativa delle varie spiegazioni possibili per i differenziali socioeconomici nella salute. Comprensione che è fondamentale per progettare efficaci strategie per combatterle.

⁵⁴ Tra questi approcci il più recente è quello adottato da Ranci (2002).

⁵⁵ Con questo concetto si fa riferimento alla contemporanea presenza della donna nel lavoro per la famiglia e per il mercato, con la conseguente doppia responsabilità (Balbo, 1978).

La ragione per una ricerca sulle disuguaglianze di salute è in ultima analisi quella di capire se si possono modificare. Questo problema ha decisamente una rilevanza politica oltre che morale ed etica, e interessa tutti i paesi dal momento che dal momento che, come suggerisce Esping-Andersen, il “paradosso contemporaneo è che più il welfare state sembra insostenibile, più aumenta la domanda di protezione sociale” (1999, 145). Dagli anni ottanta e nella maggior parte dei paesi “occidentali”, si sono stati svolti una quota considerevole di studi e analisi comparative sui differenziali sociali nella mortalità e morbosità. In questo quadro l’Italia ha per molto tempo occupato una posizione marginale, sia perché il dibattito ha avuto un’eco trascurabile sia perché è mancato un adeguato sistema informativo per rilevare i differenziali sociali nella salute. Oggi più che in passato, dati i recenti sviluppi legislativi in merito al tentativo di recessione dello Stato dalla gestione diretta della protezione sanitaria, il tema delle disuguaglianze di salute si impone con una certa urgenza non solo per la politica sanitaria ma per quella di sviluppo generale. Ci sono delle sfide aperte, tanto in Italia, quanto nei paesi dell’OCSE. La prima sfida consiste nella capacità di coordinamento sempre più stretto tra politica economica, politica del mercato del lavoro, politiche sociali e politiche educative. In linea di principio, dato che il miglioramento del benessere sociale è un obiettivo comune per tutte le politiche governative, la sfida si gioca dunque sulla capacità di definizione degli obiettivi e strategie comuni e coerenti, in quanto senza progresso sociale non può esservi sviluppo economico. D’altra parte i sistemi sanitari dei paesi dell’OCSE sono ad uno stadio avanzato di sviluppo e l’attuale processo di riforma in atto obbedisce ad un gruppo di fattori comuni a tutti i paesi. La politica sanitaria si dovrà confrontare a fondo con molteplici contraddizioni e pressioni che rispondono a vari ordini di problemi: risorse limitate e crescita esponenziale dei bisogni dovuta anche ai cambiamenti nell’assetto demografico con il progressivo allungamento della vita media; il progresso nella medicina; ragioni di ordine economico. L’invecchiamento della popolazione e dunque delle malattie cronico-degenerative è destinato ad

incrementare non solo i costi sanitari, ma anche quelli socio-assistenziali. Per rispondere al bisogno sempre più crescente di cure di lunga durata, bisognerà rivedere l'orientamento della ricerca e dello sviluppo in materia sanitaria, l'investimento di capitali, la formazione degli addetti ai lavori, e le relazioni con tutti gli altri settori dei servizi alla persona.

Proprio in virtù dell'aumento dei bisogni di cura per acuti, è necessario imporre a tutti i disegni di riforma sanitaria un'attenta valutazione delle risorse pubbliche disponibili ed un attento equilibrio tra qualità e costi, affinché possano essere impiegate con efficacia senza trascurare altri bisogni e servizi sanitari. A tal fine la sfida e lo strumento, probabilmente risiede nel progressivo miglioramento della qualità dei servizi, nella capacità di integrazione sociosanitaria. dalla risposta a queste pressioni dipende il successo di una riforma e di un rinnovamento del sistema sanitario per una migliore equità.

Conclusioni

Il tema delle disuguaglianze di salute si trova nell'intersezione tra molte discipline: la medicina e l'economia che hanno il compito di governarle; la demografia, la sociologia e l'epidemiologia che si propongono di descriverle, la politica che ha il dovere di ridurle. L'intento di fondo di questo lavoro è stato quello di farle incontrare al fine di descrivere dove e come possono nascere le differenze sociali nella salute, di verificare in che misura sono documentate e presenti nel nostro paese.

Al di là delle diverse valenze che il problema ha assunto nei diversi contesti socioculturali e politici, la disuguaglianza nella salute è divenuta, oggi, oggetto di studio e di riflessione politica in molti paesi. In Europa il dibattito sulle disuguaglianze nella salute, pur interessando un gran numero di paesi⁵⁶, ha conosciuto dagli anni settanta, un andamento alterno e ha registrato notevoli differenze difficilmente separabili dal clima politico e culturale.

I diversi orientamenti teorici sull'esistenza delle disuguaglianze nella salute e sui fattori che le influenzano hanno pesato, insieme agli interessi dei gruppi di potere ed agli orientamenti della cultura dominante, ora a far emergere, ora ad occultare, ora ad indirizzare un confronto scientifico particolarmente complesso e che riguarda le modalità di vita di ogni singolo individuo e l'organizzazione della società nella sua interezza.

La questione delle "determinanti di salute" non solo è collocato tra i concetti principali delle classificazioni teoriche ed empiriche del tema salute, ma trova sempre più spazio nella riflessione sul concetto di sviluppo.

⁵⁶ In Svezia l'interesse per le disuguaglianze di salute era già molto forte negli anni trenta del XIX secolo, tanto che furono implementate politiche sociali volte a ridurre i significativi differenziali di mortalità infantile tra i ricchi e poveri. Mentre sia negli Stati Uniti che nel resto dei più sviluppati paesi del vecchio continente si dovette aspettare fino agli anni '80.

Come abbiamo avuto modo di vedere nel corso di questo lavoro, la riflessione sul concetto di sviluppo si arricchisce nel momento in cui recupera nella teorizzazione e nell'analisi empirica del problema la pluralità di dimensioni non economiche precedentemente ignorate. Progresso nel pensiero illuminista, crescita economica nell'economia classica e neoclassica sono state le accezioni con le quali lo sviluppo è stato definito, valutato e implementato.

La sua identificazione con lo sviluppo economico inteso come crescita è divenuto il modello organizzativo centrale nei termini del quale è stata condotta l'analisi del divenire storico dei sistemi sociali. I controversi esiti di questo modello di sviluppo, nei termini di costi sociali, ha portato una revisione epistemologica dello stesso che non può più essere considerato nei soli termini di crescita economica e misurato, quindi, attraverso l'incremento o il declino dei redditi nazionali.

Come suggeriva Aristotele secoli addietro, la ricchezza non è la ricerca del bene materiale in sé, ma il mezzo per la ricerca di qualcos'altro. In questi termini lo sviluppo umano andrebbe inteso come espansione delle possibilità degli individui di scegliere e vivere la vita come essi desiderano, o come direbbe Amartya Sen (2000), in termini di libertà di poter convertire le capacità in funzionamenti. In questo contesto, quindi, l'equità nella salute si impone come una questione più che mai attuale, anche alla luce del fatto che le disuguaglianze tendono sia a sovrapporsi nelle varie dimensioni che a trasmettersi a livello intergenerazionale, generando un effetto a spirale che mina alla radice la soddisfazione del diritto umano di partecipazione democratica degli individui e dei gruppi alla vita sociale.

La dimensione della salute considerata non solo come assenza di malattia, ma come benessere fisico, psichico e relazionale (O.M.S., 1978) rappresenta uno dei prerequisiti fondamentali per gli obiettivi di sviluppo di ogni società. La salute insieme all'educazione e al lavoro rappresentano non solo i criteri discriminanti della capacità delle società di costruire opportunità di sviluppo, ma sono anche criteri per valutarne i costi sociali.

La salute, infatti, è un elemento chiave tanto nella determinazione delle libertà sostanziali degli individui in termine di diritto, quanto un requisito indispensabile per la partecipazione alla vita sociale, politica ed economica (Sen, 1992, 1993, 2000).

Salute/malattia sono spesso punto di arrivo o di partenza di storie individuali caratterizzate da molteplici dimensioni della disuguaglianza sociale. Sulle condizioni di salute, sulla stessa speranza di vita e sulla qualità della vita giocano un peso rilevante, accanto alle variabili “macro”, quali le complessive condizioni sociali, la qualità del sistema sanitario e le caratteristiche genetiche individuali, le concrete condizioni di vita delle persone determinate in primo luogo, dalla loro collocazione nel sistema sociale, economico e relazionale tanto nel contesto socio-politico che in quello della quotidianità e della vita privata (Facchini e Ruspini, 2001).

In sintesi, ciò che è emerso in modo inequivocabile è che il collegamento tra salute, riduzione della povertà e sviluppo economico a lungo termine è forte, molto più forte di quello che comunemente si crede. È probabile che nel generare e mantenere la crescita economica così come nel determinare lo stato di salute, un fattore che gioca un ruolo non secondario è la politica: redditi maggiori, migliore nutrizione, migliori condizioni igienico-abitative hanno effetti limitati, se non sono supportati da adeguate misure di salute pubblica, di politica sociale ed economica integrate, cioè di tutte quelle misure tese ad espandere progressivamente le libertà sostanziali degli individui. Gli investimenti nella salute sono una parte importante della complessiva strategia per lo sviluppo economico.

Se da un lato la crescita economica ha permesso sia l'innalzamento dei redditi pro capite, sia la possibilità allo stato di finanziare un sistema di sicurezza sociale, dall'altro anche la creazione di occasioni sociali attraverso un sistema di istruzione pubblica e sanitaria ha contribuito e può contribuire allo sviluppo economico, sociale e culturale.

Sia nei paesi ad economia avanzata che in quelli in via di sviluppo, tanto la salute quanto in generale la qualità della vita, dipende dalla capacità delle istituzioni di implementare conoscenza e tecnologia, e nessuna delle

due è una diretta conseguenza dell'incremento dei redditi e quindi, della sola crescita economica.

Come suggeriscono Cutler, Deaton e Lleras-Muney (2006) conoscenza, scienza e tecnologia possono essere la chiave per una spiegazione coerente.

Il declino del tasso di mortalità verificatosi in Europa durante il XIX secolo, può essere messo in relazione all'espansione del pensiero illuminista, in modo diretto grazie all'applicazione delle conoscenze in ambito biologico, medico e di pubblica amministrazione, in modo indiretto attraverso l'incremento della produttività che ha permesso migliori standard di vita, migliore nutrizione, migliori condizioni igieniche e abitative.

Bibliografia

Arndt H.W., 1990, *Lo sviluppo economico. Storia di un'idea*, Bologna, Il Mulino

Barker D.J., *Fetal origins of cardiovascular disease, Annals of medicine*, vol. 31, Supp. 1. 3-6, 1999

Becker G.S., 1960, *Human Capital*, Princeton, Princeton University Press

Becker G.S., 1964, *Human Capital: A Theoretical and empirical analysis with special reference to education*, Third Edition, Chicago and London, The University of Chicago Press

Black D., Smith C. and Townsend P., 1980, *Inequalities in Health: report of a research working group*, London, DHSS- Department of Health and Social Security

Blane D., Davey Smith G., Bartley M., 1991, *Social class differences in years of potential life lost: size, trends and principal causes*, BMJ

Blaxter M., 1991, *Fifty years on- Inequalities in health*, In Murphy M., Hobcraft T. (eds), *Fifty years on; population research in Britain*, 69-94, Cambridge University Press, Cambridge

Bloom D., Canning D. e Sevilla J., 2001, *The effect of health on economic growth: The theory and evidence*, NBER Working Paper 8587, Cambridge National Bureau Research

Bunker J.P., Frazier H.S., and Mosteller F., *Improving Health: measuring effects of Medical Care*, *Milbank Quarterly* 72(2):225-58

Caldwell J.C., *Route to Low Mortality in Poor Countries*, Population and Development Review 12:171-219

Cardano M., Costa G., Demaria M., 2004, *Social mobility and health in Turin longitudinal study*, Soc Sci Med; 58: 1563-74

Coburn D., 2000, *Income inequality, social cohesion and the health status of populations: the role of neo-liberalism*, Social Science and Medicine, 51, 135-146,

Costa G., Segnan N., 1988, *Mortalità e condizione professionale nello studio longitudinale torinese*, Epidemiologia e prevenzione, 36:49-57,

Costa G., Faggiano F., 1994, *L'equità nella salute in Italia. Rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, Franco Angeli, Milano,

Davey Smith G., Bartley M., Blane D., 1990, *The Black report on socioeconomic inequalities in health 10 years on*, BMK 301, 18-25 August 1990

Davey Smith G., Egger M., 1993, *Socioeconomic differential in public health*, BMJ, 307, October 30: 1085-6

Davey Smith G., Doling D., Mitchell R, Shaw M., 2002, *Health inequalities in Britain: counting increases up to the end of the XX century*, Journal Epidemiol Community Health; 56: 434-435

Deaton A., 1999, *Inequalities in Income and Inequalities in Health*, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA 02138, May 1999

Deaton A., Health, 2003, *Inequality and Economic Development*, Journal of economic Literature, Vol. XLI, March 2003, 113-158

Denison E., 1985, *Trends in American economic growth, 1929-1982*, Washington DC, Brookings Institution

Elford J., Whincup P., Shaper A.G., 1991, *Early life experience and adult cardiovascular disease: longitudinal and case-control studies*, Int. J. Epidemiol., 20:833-844

Ellsworth P.T., 1950, *The International Economy*, Macmillan, New York

Eurostat, 2003, *The Social Situation in the Europea Union*, Luxemburg, EUR-OP

Evans R., 2002, *Interpreting and addressing inequalities in health*, 7° annual lecture, OHE. Office of Health Economics, London, May 2002

Facchini C., Ruspini E., 2001, *Salute e disuguaglianze*, Franco Angeli, Milano

Feinstein J.S., 1993, *Socioeconomic Status and Health*, The Milbank Quarterly, Vol. 71,2, Milbank Memorial Fund

Feldman J.J., Mackue D.M., Kleinman J.C., Cornoni-Huntley J., 1989, *National trends in educational differential in mortality*, American Journal of Epidemiology, 129:919-33

Fogel R.W., 1994, *Economic growth, population theory, and physiology: the bearing of long-term process on the making of economic policy*, The American Economic Review, 84 (3): 369-395

Fogel R. W., 1997, *New findings on secular trends in Nutrition and mortality: some implication for population theory* in M.R. Rosenzweig and

O. Stark eds, Handbook of population and family economics, vol. 1°, Amsterdam, Elsevier Science

Gerdtham U.G., Iohannesson M., 2000, *Income-related inequalities in life-years and quality adjusted life-years*, Journal of Health economics, 19, 1007-1026

Gravelle H., 1998, *How much of the relation between population mortality and unequal distribution is a statistical artefact?*, BMJ, Jan. 31

Griffin K. e McKinley T., 1992, *Towards a human development strategy*, Occasional Paper N. 6, Human Development Report Office (HDRO)

Grossman M, 1972, *The Demand for Health: a theoretical and empirical investigation*, National Bureau of Economic Research, New York

Gwatkin D.R., 2000, *Health Inequalities and the health of the poor: what do we know? What can we do?*, Bulletin of the World Health Organization, p. 78

Hart et al., 2001, *Social class differences in lung cancer mortality: risk factor explanation using two Scottish cohort studies*, International Journal of Epidemiology, 30:268-74

Hirsch F., *I limiti sociali allo sviluppo*, 2001, Milano, Bompiani

Hobsbawm E.J., 1998, *L'età degli Estremi. Discutendo con Hobsbawm del secolo breve*, Roma, Carocci

ISTAT, 1956, *Annuario di statistiche demografiche*, 1956, ISTAT, Roma

ISTAT, 1990, *La mortalità differenziale secondo alcuni fattori socio-economici 1981-1982*, n. 2, ISTAT, Roma,

Karasek RA., 1979, *Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign*, *Administrative Science Quarterly*; 24: 285-308

Keplan G.A. et al., 2001, *Childhood socioeconomic position and cognitive function in adulthood*, *International Journal of Epidemiology*, 30: 256-263,

Kennedy BP., Kawachi I., Prothrow-Stith D., 1996, *Income distribution and mortality: cross sectional ecological study of the Robin Hood index in the United States*, *BMJ* 312:1004-7

Kitagawa E., Hauser P., 1973, *Differential mortality in the United States: a study in socioeconomic epidemiology*, Cambridge: Harvard University Press

Kogevinas E., 1990, *Longitudinal studies: sociodemographic differences in cancer survival*, London HMSO

Kunst A, Bos V, Mackenbach JP and the UE Working Group on Socioeconomic Inequalities in health, 2001, *Monitoring socio-economic inequalities in health in the European Union: guidelines and illustration. A report for the Health Monitoring Program of the European Commission. Final report*, Department of public Health, Erasmus university, Rotterdam

Jarvis MJ, Wardle J., 1999, *Social patterning of individual health behaviours: the case of cigarette smoking*, in: Marmot M., Wilkinson RG., *Social determinants of health*, Oxford, Oxford University Press

Leon D., Wilkinson R.G., 1989, *Inequalities in prognosis: socioeconomic differences in cancer and hearth disease survival*, In Fox J. ed. Health inequalities in European countries, Aldrshot: Grower, 280-300

Lewis W.A., 1955, *The Theory of economic Growth*, London, Allen & Unwin

Lundberg O., 1991, *Childhood living conditions, health status and social mobility: a contribution to the health selection debate*, European Sociological Review, 7:149-162

Lynch J.W., Smith G.D., Harper S., Hillemeier M., Ross N, Kaplan G.A. and Wolfson M., 2004, *Is Income Inequality a Determinant of Population Health? Part. 1 A Sitematic Review*, the Milbank Quarterly, vol. 82, No. 1

Lynch J.W., Davey Smith G., Hillemeier M., Shaw M., Raghunathan T., Kaplan G., 2001, *Income Inequality, the Psychosocial Environment and Health Comparisons of Wealthy Nation*, The Lancet, Vol. 358, 194-200

Lynch J.W., 2000, *Income Inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material condition-education and debate*

Middelkoop B.J.C., Struben H.W.A., Burger I., Vroom-Jiggered J.M., 2001, *Urban cause- socioeconomic mortality differences. Which causes of death contribute most?*, International Journal Epidemiology, 30:240-47

Marmot M., Wilkinson R.G., 1999, *Social determinants of health*, Oxford university Press, Oxford

Marmot M., 1999, *Multilevel Approaches to Understanding Social Determinants, Social Epidemiology*, Berkman, Lisa and Ichiro Kawaky eds., Oxford University Press, Oxford

Marmot M., Davey Smith G., Stansfeld S., Patel C., North F., Head J., White I., Brunner E.J., Feeney A., 1991, *Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II Study*, Lancet 337: 1387-1393

Marmot M., Shipley M., rose G., 1984, *Inequalities in death: specific explanations of a general patterns?*, Lancet 1: 1003

Marmot M., Adelstein M., Robinson N., Rose G.A., 1978, *Changing social class distribution of hearth disease*, BMJ, 2: 1109-1112

Marmot M., Rose G., Shipley M., Hamilton P.J.S., Employment grade and coronary hearth disease in British civil servants, Journal Epidemiol. And Comm. Health, 32:244-249, 1978

Martikainen P., Lahelma E., Ripatti S., Albanes D., Viriaino J., Educational differences in lung cancer mortality in male smokers, International Journal Epidemiology, 30:264-67, 2001

Mingione E., 2000, *Modello sud europeo di welfare, forme di povertà e politiche contro l'esclusione sociale*, Sociologia e politiche sociali a. 3 n. 1, pp. 87-112

Morin E. e Kern A.B., 1994, *Terra e patria*, Milano, Raffaello Cortina

Myrdal G., 1975, *Dramma dell'Asia*, Milano, Il Saggiatore

Nutbeam D., Catford J., Davey Smith G., *Hearth of Wales: clinical results of the Welsh hearth survey 1985*, Cardiff: Heartbeat Wales, 1988

Office of Population Census and Survey, Occupational mortality: the Registrar-General's Decennial Supplement for England and Wales, Series DS, n. 1, London: Her Majesty's Stationary office, 1978

Pocock S.J., Shaper A.G., Cook D.G., Walker M., *Social class differences in ischemic heart disease in British men*, *lancet*, 197-201, 1987

Rodrik Dani, 1999, *The new global economy and developing countries*, Washington DC, Johns Hopkins University Press

Seers D., 1969 december, *The Meaning of development*, in *International Development Review*

Sen, 2001

Sen A., 2000, *Lo sviluppo è libertà. Perché non c'è crescita senza democrazia*, Mondadori, Milano,

Sen A., 1993, *The economics of life and death*, *Scientific American*, n. 266, aprile

Sen A., 1995, *Demography and Welfare Economics*, *Empirica*, 22,

Sepolsky R., 1993, *Endocrinology Alfresco: psychoendocrin studies of wild baboons*, *Recent progress in Hormone Research*, 48, 437-78

Singer H.W., 1965, *Social Development: Key Growth Sector*, in *International Development Review*

Smith J.P., spring 1999, *Health bodies and thick wallets: the dual relation between health and economic status*, *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 13, n. 2, 145-166,

Turrel G., Mathers C., Socioeconomic inequalities in all-cause and specific-cause mortality in Australia: 1985-1987 and 1995-1997, *International Journal Epidemiology*, 30:231-39, 2001

Kristofferson L. B, Norway: recent study in socio-economic differential mortality, *Socio-economic Differential Mortality in Industrialized Societies* 7, INED, Paris, 1991

Kunst A.E., Mackenbach J.P., An international comparison of socioeconomic inequalities in mortality, MGZ 92.11, Rotterdam: Dept. Public Health and Social Medicine, Erasmus University Rotterdam, 1992

McGinnis J.M., and Foege W.H., Actual Causes of Death in the United States, *Journal of American Medical Association*, 270(18):2207-12

McKeown T., *The Modern Rise of Population*, New York Accademic Press, 1976

Preston S.H., The Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development, *Population Studies*, 29:231-48

Schofield R., D.S. Reher, and A. Bideau, *The Decline of Mortality in Europe*, Oxford, Clarendon Press, 1991

Schultz T.W., 1959, *Investment in man: an Economist's view*, in *Social Science Review*, giugno

Sen A., 1993, *The economics of life and death*, *Scientific American*, n. 266, aprile

Sen A., 1995, *Demography and Welfare Economics*, *Empirica*, 22

Sen A., Lo sviluppo è libertà. Perché non c'è crescita senza democrazia, Mondatori, Milano, 2000

Siegrist J.A., Theory of occupational stress. In: Dunham J. (ed). Stress in occupations: past, present and future, London, Whurr Publishers Limited, 1999

Smith A., 1975, La ricchezza delle Nazioni, Torino, UTET

Smith J.P., Healthy bodies and thick wallets: the dual relation between health and economic status, Journal of Economic Perspectives, vol. 13, n. 2 145-166, spring 1999

Stevenson T.H.C., Decennial Supplement, England and Wales 1921, Part II: occupational mortality, fertility and infant mortality, HMSO, London, 1927

Strobel P., 1996, *From poverty to exclusion*, in International Social Science Journal, n. 148, pp. 173-189

Todaro M.P., 2000, *Economic development*, New York, Addison-Wesley

Valkonen T., et al., Socioeconomic differences in mortality 1981-1990 in Finnish, Central Statistic Office of Finland, Population 1992:8, 1992

Wamala S., Lynch J., Kaplan G., 2001, *Women's exposure to early and later life socioeconomic disadvantage and coronary heart disease risk: the Stockholm Female Coronary Risk study*, international Journal of Epidemiology, 30:275-284

West P., 1991, *Rethinking the health selection explanation for health inequalities*, Soc. Sci. Med., 32:373-384

Wilkinson RG., Income distribution and life expectancy, BMJ,304:165-8, 1992

Wilkinson R.G., 1994, *The epidemiological transition: from material scarcity to social disadvantage?*, Daedalus: Journal of American Academy of Arts and Science, Vol. 123, n. 4, 61-78

Wilkinson R.G., 1996, *Unhealthy Societies: The affliction of inequality*, London: Routledge.

Wilkinson R.G., 1999, *Putting the picture together: prosperity, redistribution, health and welfare*, In Marmot M., Wilkinson RG., (eds), *Social determinants of Health*, Oxford University Press,

Yamey G., 1999, *Study shows growing inequalities in health in Britain*, BMJ, 319:1453, 4 Dic.

