

FRANCESCA VANNONI<sup>1</sup>

DISUGUAGLIANZE SOCIO-ECONOMICHE E CONDIZIONI DI SALUTE ATTRAVERSO  
L'INDAGINE MULTISCOPO SULLA SALUTE

1. *Introduzione*

Questo capitolo ha un intento prevalentemente descrittivo ed è finalizzato ad esplorare le associazioni della salute e dei comportamenti ad essa correlati con diversi possibili fattori generativi di disparità nelle condizioni di salute, come, ad esempio, il livello di istruzione, la classe sociale, la condizione lavorativa e quella abitativa, il tipo di famiglia e, ancora, l'area di residenza. L'attenzione non è limitata ai problemi di salute delle persone di più bassa posizione sociale, ma è estesa alle disuguaglianze sociali di salute che attraversano l'intera società.

All'interno della questione complessiva delle diverse disuguaglianze sono collocate anche le analisi della relazione del profilo di salute con la povertà economica. A tale riguardo, occorre tenere conto di un limite relativo alla mancanza, fra le basi dati italiane di sufficiente robustezza, di archivi che contengano sia informazioni sulle diverse dimensioni di salute e i comportamenti ad essa correlati, sia informazioni sul livello di povertà, almeno nella forma convenzionalmente adottata in questo genere di studi, misure, cioè, basate sul reddito. Ciò vale anche per la fonte informativa qui utilizzata, l'indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2004-2005" dell'Istat, che raccoglie una ricca messe di dati sullo stato di salute e sugli stili di vita riferiti a un campione di sessantamila famiglie (circa centoventimila individui), ma non fornisce informazioni sul reddito né sulle condizioni di vita. Per ovviare a tale mancanza, queste ultime sono state sostituite da altre informazioni - di natura indiziaria - sulle condizioni socio-economiche, che, con sufficiente approssimazione, consentono di intercettare le persone e le famiglie in povertà<sup>2</sup>.

Sarebbe indispensabile una dimensione longitudinale per analizzare le concatenazioni di eventi lungo varie traiettorie del corso di vita (lavorativa, di salute, familiare, carriera abitativa, ecc.), considerando che la probabilità di accadimento di un evento lungo una carriera potrebbe essere, o meno, influenzata dalla durata in uno stato precedente e dalla storia di eventi che sono accaduti prima nella stessa o in altre sfere del corso di vita. Tuttavia, la natura trasversale dell'indagine Multiscopo non permette di analizzare la direzione causale dell'associazione che connette la posizione sociale con la salute.

Povertà e salute sono legate fra loro da una relazione ricorsiva (vedi Cardano in questo volume), ciò fa sì la relazione fra queste due dimensioni del benessere possa essere letta muovendo ora da una condizione (salute o povertà), ora dall'altra.

Nel primo caso una determinato carattere socio-economico produce una compromissione dello stato di salute. Nella seconda direzione la cattiva salute porta ad un deterioramento del livello di benessere individuale e spesso anche familiare, con pesanti ricadute in termini di deprivazione sociale, se non proprio di esclusione sociale. Ciò significa che, in questo caso, è necessario tenere conto degli effetti di selezione causati dalla salute.

I dati longitudinali sono, dunque, un ingrediente fondamentale dell'analisi delle disuguaglianze sociali di salute e della relazione povertà-salute, visto che servono per stabilire l'ordine della sequenza temporale degli eventi (per esempio stabilire se una persona ha cambiato occupazione o condizione economica prima o dopo il mutamento nello stato di salute) e accrescere la conoscenza della direzione della causazione in un modo che non è possibile con le indagini trasversali.

Ciò non toglie che l'analisi con basi dati trasversali delle associazioni delle varie dimensioni di salute e comportamenti insalubri con gli indicatori di posizione sociale costituisca una premessa indispensabile per disporre di un'accurata descrizione del fenomeno. Quest'ultima rappresenta la

---

<sup>1</sup> Il presente lavoro riflette le opinioni personali dell'autrice e non impegna in alcun modo l'Istituto Nazionale di Statistica.

<sup>2</sup>Per la qualificazione delle condizioni di povertà o di rischio di povertà ho fatto riferimento alla recente ricerca sulla geografia della povertà e del benessere in Italia [Brandolini e Saraceno (a cura di), 2007].

base di partenza per interrogarsi sui meccanismi generativi delle disuguaglianze osservate e per tracciare indicazioni per successivi approfondimenti e priorità di ricerca.

## 2. Il disegno dello studio

Per l'analisi delle disuguaglianze sociali di salute sono stati considerati tre specifici domini relativi, il primo, al mercato del lavoro, il secondo alla vita quotidiana e il terzo agli eventi di vita vulneranti. Nel primo l'attenzione è posta sulla debolezza della posizione nel mercato del lavoro nelle tre accezioni date i) dalla classe sociale individuale e familiare<sup>3</sup>; ii) dalla combinazione del tipo di contratto di lavoro (dipendente, autonomo o precario, cioè collaborazione coordinata e continuativa e prestazione d'opera occasionale) con la scolarità al fine di rilevare le posizioni lavorative esposte a fragilità<sup>4</sup>; iii) dall'espulsione dal mercato del lavoro attraverso la disoccupazione.

Per il dominio relativo alla vita quotidiana sono state considerate le risorse relazionali e il carico di cura sulla base del tipo di famiglia e del numero di minori presenti<sup>5</sup> e sono state analizzate le disuguaglianze di salute in ragione delle condizioni abitative<sup>6</sup>.

Nonostante la distinzione analitica tra i tre domini, l'analisi nel suo concreto dispiegarsi di fatto valicherà i confini tra questi ambiti, come per altro accade nella realtà. Pertanto, selezionando le coppie con figli minorenni, sono state esaminate le associazioni della salute con la condizione lavorativa della coppia e il numero di minori<sup>7</sup>. La combinazione della tipologia contrattuale e

---

<sup>3</sup> La classe sociale individuale e familiare sono state costruite tramite una ricodifica della posizione nella professione riprendendo la classificazione di Schizzerotto e Colleghi [Cobalti e Schizzerotto 1994]. In questo caso è stata eliminata la distinzione tra il settore agricolo e quello industriale, prevista nel modello originale sia per la piccola borghesia sia per la classe operaia [Cardano e Marinacci 2004, par. 3.5.1]. Inoltre gli imprenditori, i liberi professionisti e i dirigenti sono stati riuniti in un unico gruppo (le classi borghesi) per evitare problemi di robustezza statistica. Pertanto, rispetto al modello originario, il numero delle classi è stato ridotto a quattro: 1) classi borghesi; 2) classe media impiegatizia (costituita dagli impiegati); 3) piccola borghesia (ne fanno parte i lavoratori in proprio, i soci di cooperativa e i coadiuvanti); 4) classe operaia (operai specializzati e non specializzati, gli altri lavoratori dipendenti, gli apprendisti e i lavoratori a domicilio). Nelle analisi sono incluse i pensionati e i disoccupati in cerca di nuova occupazione (entrambi classificati in base dell'ultima professione svolta), poiché la loro esclusione, oltre a provocare una restrizione del numero dei soggetti classificati, provoca una sottostima delle disuguaglianze sociali di salute. I disoccupati sono infatti più numerosi nelle classi occupazionali subordinate e il loro profilo epidemiologico è peggiore rispetto a quello degli occupati) (*ibidem*).

Tenendo conto congiuntamente della classe sociale della persona di riferimento e del *partner*, è stata costruita la classe sociale familiare con il criterio della dominanza di Erikson [Erikson 1984], che assegna a tutti i componenti della famiglia la classe sociale più elevata fra quella dei due coniugi /o conviventi.

<sup>4</sup> Le modalità ottenute dall'incrocio di queste due variabili sono state aggregate distinguendo i lavoratori con livello di istruzione: i) alto e dipendenti o autonomi; ii) alto e precari; iii) medio e dipendenti o autonomi; iv) medio e precari; v) basso e dipendenti o autonomi; vi) basso e precari.

<sup>5</sup> Per le persone con meno di 65 anni: i) coppia con 1,2 minori, ii) coppia con almeno tre minori, iii) monogenitore senza minori, iv) monogenitore con almeno un minore v) altro. Per le persone anziane: i) coppia senza figli senza isolati, ii) persona sola, iii) altro.

<sup>6</sup> Più in dettaglio, i) grande con vasca e/o doccia, più riscaldamento, ii) piccola con vasca e/o doccia, più riscaldamento, iii) grande senza muffe e senza riscaldamento, iv) piccola senza riscaldamento e senza muffe, oppure, indipendentemente dalla dimensione, senza vasca e doccia, oppure ancora senza riscaldamento e con muffe senza considerare l'ampiezza. L'abitazione è definita piccola quando il rapporto tra il numero dei componenti del nucleo familiare e il numero di stanze assume valori superiori o uguali all'unità ed è considerata grande in tutti gli altri casi.

<sup>7</sup> Le modalità di questa variabile sono le seguenti: i) buone condizioni lavorative della coppia, ii) discrete condizioni lavorative della coppia iii) donna con cattive condizioni lavorative e meno di tre minori; iv) donna con cattive condizioni lavorative e almeno tre minori, oppure uomo con cattive condizioni lavorative con meno di tre minori, oppure entrambi con cattive condizioni lavorative con meno di tre minori, v) uomo con cattive condizioni lavorative e con almeno tre minori oppure entrambi con cattive condizioni lavorative e almeno tre minori. Per la qualificazione delle condizioni lavorative buone, discrete o cattive, si rimanda allo schema di ricodifica riportato nella tabella 7.

qualificazione professionale della coppia permette di tenere conto della posizione della donna nel mercato del lavoro, che è diventata cruciale per far fronte all'instabilità occupazionale, anche se il lavoro femminile non è sufficiente per proteggere dalla povertà qualora il marito eserciti una professione manuale o non qualificata, con un contratto atipico o in nero [Solera e Negri 2007].

Per ultima, è stata analizzata la relazione dello stato di salute e degli stili di vita con alcuni eventi di vita vulneranti accaduti nei tre anni precedenti l'intervista, che incidono sulle traiettorie biografiche dei individui e delle loro famiglie i) gravi problemi economici<sup>8</sup> (inclusi sfratto e indebitamento); ii) periodo di disoccupazione dell'intervistato o di qualche componente familiare; iii) grave malattia o morte di un caro; iv) separazione o divorzio<sup>9</sup>.

Prima di entrare nel merito della relazione delle condizioni di salute con gli indicatori afferenti ai tre domini sopra specificati, può essere utile aprire la riflessione con uno sguardo di insieme relativo alle disuguaglianze di salute in ragione del livello di istruzione<sup>10</sup>. Quest'ultima è una proprietà che si trova a cavallo tra i primi due domini, relativi al mercato del lavoro e alla vita quotidiana. Il livello di istruzione si presta ad essere applicato a tutta la popolazione, consentendo, in tal modo di osservare il dispiegarsi delle disuguaglianze di salute nell'intero spettro delle posizioni sociali e per tutte le fasce di età. Una rapida descrizione delle disuguaglianze geografiche di salute completerà questo quadro generale, rinviando per maggiori approfondimenti a Lucchini et al. in questo volume.

Le dimensioni di salute analizzate sono: i) la salute percepita come misura della sensazione complessiva del proprio stato di salute<sup>11</sup>, ii) un indicatore riassuntivo di morbosità cronica grave riferita come diagnosticata dal medico<sup>12</sup>, iii) gli indici di stato fisico, psicologico, mentale e di vitalità<sup>13</sup>. Per gli anziani è inoltre stata analizzata la disabilità di lungo termine come conseguenza di

---

<sup>8</sup> Accostate alle disuguaglianze in ragione dei problemi economici riferiti verranno richiamate nel testo anche quelle secondo la soddisfazione per le risorse economiche complessive a disposizione della famiglia (confrontando coloro che le hanno valutate insufficienti rispetto all'insieme delle persone che le hanno ritenute scarse, adeguate od ottime). A tale riguardo occorre tenere presente che esiste uno scostamento tra povertà soggettiva e oggettiva, come documentato dagli studi sulla povertà [Freguja e Pannuzzi 2007, p. 55].

<sup>9</sup> Separazione o divorzio sono riferiti all'intervistato, quindi non analizzabili in relazione, per esempio, alla salute dei figli.

<sup>10</sup> La classificazione del livello di istruzione è avvenuta distinguendo i nati prima e dopo il 1952 per tenere conto dei mutamenti che hanno investito il nostro sistema educativo con l'istituzione della scuola media unificata nel 1962 [Cardano e Marinacci 2004, par. 3.5.2]. Più in particolare per i nati prima del 1952 l'aggregazione dei titoli di studio è la seguente: i) alto: almeno il diploma di scuola superiore 4-5 anni; ii) medio: licenza media o professionale; iii) basso: al più licenza elementare. Per i nati dopo il 1951 (i) alto: diploma universitario, laurea e post-laurea; ii) medio: diploma o licenza professionale; iii) basso: al più licenza media inferiore) (Cardano in Costa, Spadea e Cardano 2004). Il livello di istruzione familiare coincide con quello più elevato all'interno della coppia costituita dalla persona di riferimento e dal suo partner.

<sup>11</sup> La salute percepita è rilevata attraverso i giudizi espressi in risposta alla domanda "Come va in generale la sua salute: molto male, male, discretamente, bene, molto bene" e ricodificati in i) male-molto male verso ii) discretamente-bene-molto bene per gli adulti e gli anziani e in i) male-molto male-discretamente verso ii) bene-molto bene per i giovani. La diversità di soglia nella salute percepita in ragione dell'età deriva dalla differente distribuzione dei giudizi sulla salute nella popolazione più giovane rispetto agli adulti e agli anziani. La netta maggioranza dei ragazzi tende infatti a riferire come molto bene o bene il proprio stato di salute, per cui, in termini relativi, si può considerare come riflesso di un significativo peggioramento della salute percepita il giudizio "discretamente". Per contro, per gli adulti e, ancor più per gli anziani, si è ritenuto che discriminino meglio la cattiva salute i giudizi negativi ("male" o "molto male"), mentre "discretamente" rientrerebbe nella tendenza ad avere in generale una visione più pessimistica, anche a prescindere dalla presenza\assenza di malattie.

<sup>12</sup> Essa deriva da due domande: con la prima agli intervistati viene chiesto da quale delle patologie elencate sono affetti; con la seconda sono invitati a specificare se la patologia è stata diagnosticata da un medico. Le malattie croniche gravi includono: diabete, infarto del miocardio, angina, altre malattie del cuore, emorragia cerebrale o ictus, bronchite cronica o enfisema, cirrosi epatica, tumore, parkinsonismo, Alzheimer o demenze senili. Per i giovani non è stata analizzata la morbosità cronica, data la bassa prevalenza in questa fascia di età.

<sup>13</sup> Per ciascun indice sono state classificate in cattiva salute le persone che hanno attribuito un punteggio inferiore all'80% della mediana calcolata per ogni sottopopolazione data dall'incrocio del sesso con le quattro fasce di età considerate.

malattie o invalidità sul grado di autonomia individuale per lo svolgimento di alcune fondamentali funzioni della vita.

La salute percepita, la morbosità cronica e la disabilità afferiscono a dimensioni diverse che non sono fra loro completamente assimilabili. Pertanto è importante analizzare le disuguaglianze sociali in ognuna di esse, tenendo conto che questi indici non rappresentano le “oggettive” condizioni di salute degli intervistati.

La valutazione soggettiva dello stato di salute e la morbosità riferita sono influenzate da molteplici fattori, fra i quali le aspettative legate alla salute e quelle che circondano il ruolo del malato, il contesto relazionale, l'interazione dei sintomi con le esigenze della vita di tutti i giorni e, ancora, l'accesso ai servizi sanitari, la qualità delle cure mediche localmente disponibili, il tipo di relazione medico paziente e, soprattutto, il modo in cui sono percepiti, valutati e dichiarati i sintomi. Inoltre alcune malattie, come l'ipertensione, sono asintomatiche e sono diagnosticate nel corso di controlli medici; in altri casi i sintomi possono essere banalizzati e percepiti come l'effetto dell'età, in altri ancora, come accade nella fase iniziale di malattie gravi, possono manifestarsi con minore evidenza rispetto a patologie meno preoccupanti.

La salute percepita dunque non coincide con la presenza/assenza di malattia, ma rappresenta una dimensione molto più ampia che varia in funzione dell'età, del sesso e della posizione sociale [Blaxter 1990; Hoeymans et al. 1997, Bury 2001].

L'indicatore di morbosità cronica, che a rigore dovrebbe essere meno suscettibile di distorsioni idiosincratiche visto che vengono rilevate le malattie croniche riferite come diagnosticate da un medico, presenta anch'esso alcuni problemi interpretativi perché è costruito a partire da una lista di condizioni morbose prescelte, la cui incidenza e sopravvivenza possono avere relazioni con la posizione sociale di direzione e intensità diverse.

Oltre alle condizioni di salute sono stati considerati i più importanti fattori di rischio: i) l'abitudine al fumo, ii) il mancato svolgimento di esercizio fisico nel tempo libero e iii) il sovrappeso, l'obesità più, per i giovani, il sottopeso<sup>14</sup>.

Come indicatori di propensione alle prevenzioni, sono stati considerati: i) il ricorso agli screening per i tumori femminili in assenza di disturbi e sintomi (pap test per il gruppo delle donne adulte e mammografia per la fascia di età 50-69 anni); ii) controllo del colesterolo, della glicemia e della pressione sanguigna nella popolazione anziana<sup>15</sup>. Per i giovani, come indicatore di assenza di propensione alla prevenzione sanitaria, è stata analizzata la mancata effettuazione di visite odontoiatriche.

Come consuetudine degli studi sulle disuguaglianze sociali di salute, le analisi sono state condotte separatamente per uomini e donne e per fasce d'età. Più in particolare, per tenere conto della differente modulazione in ragione dell'età delle associazioni delle diverse dimensioni di salute con i vari indicatori di posizione sociale, sono distinti i giovani, gli adulti, i cosiddetti “giovani” anziani e i

---

Valori molto bassi dell'indice di stato fisico indicano sostanziali limitazioni nella cura di sé e nell'attività fisica, sociale e personale, importante dolore fisico, frequente stanchezza e la salute è giudicata scadente. Per contro, punteggi molto alti denotano elevata vitalità, assenza di limitazione fisica, di disabilità o nessuna diminuzione del benessere generale e la salute è giudicata eccellente.

Analogamente, per l'indice di stato psicologico, ad un estremo si trovano le persone con “frequente disagio psicologico; importante disabilità sociale e personale dovuta a problemi emotivi e che giudicano la salute scadente” e, all'altro estremo, coloro che risultano avere una “frequente attitudine psicologica positiva; assenza di disagio psicologico e di limitazioni nelle attività sociali e personali dovute a problemi emotivi; la salute è giudicata eccellente”.

L'indice di vitalità esprime il livello di energia o affaticamento delle persone; quello di stato mentale rivela, nel caso di valori molto bassi, ansia, depressione, nervosismo o perdita del controllo comportamentale/emotivo e, all'opposto, in corrispondenza dei punteggi più elevati, indica il benessere psicologico [Istat 2005].

<sup>14</sup> L'indice di massa corporea è un indicatore di salute obiettiva espresso come rapporto tra peso in chilogrammi e altezza in metri al quadrato e sintetizzato secondo i valori di sottopeso (<18.5), normopeso ( $\geq 18.5$  e <25), sovrappeso ( $\geq 25$  e <30) e obesità ( $\geq 30$ ).

<sup>15</sup> Per le disuguaglianze sociali e geografiche nel ricorso ai servizi sanitari (medicina di base, specialistica, accertamenti diagnostici, ricovero ospedaliero e assistenza territoriale) si rimanda al lavoro di Costa [Costa et al. 2008].

“grandi” anziani. Nel primo gruppo rientrano gli individui con 14-29 anni<sup>16</sup> che ancora vivono con la famiglia di origine; nel secondo le persone con età compresa tra i 30 e i 64 anni, nel terzo quelle con 65-74 anni e nell’ultimo gruppo gli anziani con almeno 75 anni.

In un’ottica che cerca di tenere conto dei meccanismi responsabili della compromissione della salute nell’intero corso di vita e che hanno radici lontane nei primi anni di vita, un’attenzione prioritaria è riservata alla popolazione più giovane, non solo per l’elevata incidenza di povertà minorile [Mantovani e Toso 2007; Venturini 2007], ma anche perché nell’infanzia e nell’adolescenza si strutturano dei comportamenti dannosi per la salute che vengono poi trasmessi negli anni successivi.

Dagli studi sulla stratificazione per età è emerso che le scansioni del calendario del corso della vita variano nei diversi gruppi sociali. Per le persone di classe operaia, in generale, la fase dell’adolescenza dura meno a causa di un precoce ingresso in alcune delle condizioni che caratterizzano lo status di adulto e, per contro, inizia prima la vecchiaia. Esse, infatti, da un lato terminano prima gli studi, entrano prima nel mercato del lavoro, si sposano e hanno figli più giovani; dall’altro lato si ritirano prima dal mondo del lavoro, subiscono una precoce riduzione dei ruoli sociali e, di conseguenza, un anticipato etichettamento e autoidentificazione come anziano [Neugarten e Moore 1968, citato in Saraceno (a cura di) 2001]. Gli appartenenti ad una stessa coorte si differenziano non solo nelle scansioni del corso della vita in ragione delle caratteristiche socio-economiche, ma anche nella speranza di vita, nella probabilità di diventare anziane e nel modo in cui vivono la propria vecchiaia, tanto da ritenere più appropriato parlare di vecchie al plurale [Costa et al. 2004]. In questa ottica attraverso i dati dell’indagine Istat sullo stato di salute è possibile analizzare le differenze nelle condizioni di salute delle persone anziane e controllare se e in che misura all’ingresso e permanenza nell’età anziana corrispondano esperienze diverse di salute.

L’analisi delle disuguaglianze è stata condotta calcolando i rapporti di prevalenza e relativi intervalli di confidenza al 95%<sup>17</sup>, ossia confrontando la proporzione di soggetti che sperimentano uno stato (per es. cattiva salute percepita) in un determinato gruppo (per esempio il livello di istruzione più basso) con la percentuale di stati dello stesso tipo (cattiva salute percepita) osservati nel gruppo di riferimento<sup>18</sup> (livello di istruzione più alto)<sup>19</sup>.

---

<sup>16</sup>La selezione dei 14 anni come soglia inferiore della classe di età giovanile è dovuta al fatto che la maggior parte delle variabili in analisi (gli indici di salute, l’abitudine al fumo, il sovrappeso, l’obesità e il sottopeso) non sono disponibili per i bambini e gli adolescenti al più tredicenni. Ancor più precisamente si hanno informazioni sul peso e altezza solo per la popolazione maggiorenne.

<sup>17</sup>I rapporti di prevalenza costituiscono delle stime dei rischi relativi; valori superiori all’unità (per esempio 1.48 per l’abitudine al fumo per gli uomini adulti meno istruiti riportato nella tab. 1) indicano un eccesso di rischio rispetto ai più istruiti, ossia, nell’esempio, un incremento di quasi una volta e mezza nella propensione verso il fumo. Al contrario, valori inferiori all’unità, come, per esempio, 0.41 nel caso degli uomini adulti in coppia con almeno tre minori, denotano un minore rischio di cattiva salute percepita rispetto alle coppie con al più due minori). Per l’analisi del ricorso alle visite odontoiatriche PRR inferiori a uno, ovviamente, indicano una condizione negativa, cioè minore accesso.

I rapporti di prevalenza differiscono dagli odds ratio, in quanto questi ultimi sono dati dal rapporto di probabilità, per esempio di sentirsi in cattiva salute anziché in buona salute.

<sup>18</sup>Nelle analisi delle differenze geografiche, il confronto è operato con il Sud. Per il resto, i gruppi di confronto sono costituiti dalla condizione socio-economicamente più vantaggiosa (per esempio per il livello di istruzione dai più istruiti). Per il tipo di famiglia impiegato nelle analisi riferite ai giovani e agli adulti, il gruppo di confronto è costituito dalle coppie con uno o due minori; per gli anziani dalle coppie senza figli e senza isolati. Per gli eventi problematici il termine di paragone è rappresentato dalle persone che non hanno riferito il problema o evento in analisi.

<sup>19</sup>Le analisi sono state effettuate attraverso la procedura GENMOD di SAS, utilizzando la distribuzione degli errori binomiale e la funzione di link logaritmica per calcolare i rapporti di prevalenza come esponenziali dei coefficienti di regressione multivariata.

Nei modelli multivariati non è stata utilizzata la ponderazione tramite il coefficiente di riproporzionamento calcolato dall’Istat. Per fini di confronto interno, infatti, sarebbe distorto applicare la ponderazione, che sbilancerebbe la stima dell’associazione verso le classi con pesi campionari relativamente più alti (Caranci et al., 2008).

### 3.1 Salute e livello di istruzione

Al diminuire del livello di istruzione<sup>20</sup> cresce la propensione a giudicare come cattive o molto cattive le proprie condizioni di salute, con eccessi di rischio che arrivano ad essere raddoppiati per i meno istruiti (tabella 1). Inoltre scendendo lungo la scala della scolarità aumenta la tendenza ad attribuire punteggi più bassi alla salute fisica, psicologica, mentale e alla vitalità.

Il quadro non cambia anche quando si passa ad esaminare la presenza di almeno una malattia cronica riferita come diagnosticata da un medico.

L'abitudine al fumo risulta inversamente associata con il livello di istruzione per gli uomini. Per le donne non si registrano differenze significative e la spiegazione risiede nella compresenza in questa ampia fascia di età di coorti di donne che differiscono fra loro per l'associazione di questo comportamento insalubre con gli indicatori di posizione sociale (diretta per le più anziane e inversa per le più giovani [Federico et al. 2007]).

Le disuguaglianze sociali nell'obesità e nella mancanza di esercizio fisico sono invece dello stesso segno per entrambi i generi, con però differenze di intensità, dato che gli eccessi di rischio per l'obesità femminile sono molto più elevati rispetto a quelli osservati per gli uomini. Al diminuire del livello di istruzione inoltre decresce per le donne la propensione a ricorrere agli screening per i tumori femminili.

La tendenza a riferire mediocri o cattive condizioni di salute è più diffusa per i figli e le figlie dei meno istruiti rispetto ai ragazzi/e con i genitori dotati di un elevato titolo di studio (tabella 2). Per le ragazze si osservano differenze significative nella salute percepita anche in rapporto al loro proprio livello di istruzione. Quest'ultimo indicatore di posizione sociale sembra discriminare la salute ancor di più del livello di istruzione dei genitori, dato che il peggioramento a sfavore dei ragazzi e delle ragazze con un basso titolo di studio riguarda la salute fisica, quella mentale e, solo per le femmine, pure quella psicologica. Inoltre i ragazzi con un basso livello di istruzione familiare risultano avere minori probabilità di sottoporsi alle visite odontoiatriche (PRR=0.74, i.c. 0.56-0.96)<sup>21</sup>.

Il rischio di non svolgere esercizio fisico nel tempo libero, la propensione a fumare e il sovrappeso o l'obesità crescono al diminuire del livello di istruzione dei ragazzi (figura 2). La sedentarietà e l'eccessivo peso corporeo sono anche associati con la scolarità dei genitori<sup>22</sup>. Quest'ultima risulta contare di meno (PRR pari a 1.15 (1.04-1.26) per i ragazzi con livello di istruzione familiare medio e 1.34 (1.23-1.46) per coloro che hanno i genitori meno istruiti), se non essere addirittura irrilevante, per il consumo di tabacco delle figlie. Per i ragazzi, il fatto che il livello di istruzione individuale discrimini di più l'abitudine al fumo dei giovani rispetto a quanto non

---

<sup>20</sup> Il livello di istruzione consente di leggere le disuguaglianze sociali di salute sia in chiave relazionale sia in chiave distributiva [Cardano e Marinacci 2004, par. 3.3]. Nell'accezione relazionale l'istruzione rappresenta il possesso di credenziali educative e, in quanto tale, diventa un importante attributo che condiziona la possibilità di accedere a specifici segmenti del mercato del lavoro. Sul versante distributivo, invece, l'istruzione esprime l'ammontare di capitale culturale. Quest'ultimo può condizionare direttamente la salute attraverso le conoscenze, nozioni, e competenze, oltre che attraverso gli atteggiamenti, i valori e le preferenze temporali che modulano la propensione al rischio degli individui. Il capitale culturale, inoltre, influenza indirettamente la salute poiché alimenta le disposizioni che risultano positivamente correlate alla salute, come l'autostima delle persone e la soddisfazione per la loro vita (ibidem).

<sup>21</sup> Rifacendoci a Sen, le disuguaglianze nel ricorso alle visite odontoiatriche in ragione del livello di istruzione dei genitori possono essere considerate un effetto di risorsa pura oppure di mancato funzionamento [Sen, 2000]. Nel primo caso ad un basso titolo di studio sarebbe riconducibile un effetto diretto di carenza di risorse culturali, a causa della quale le persone meno istruite possono non dare la dovuta importanza alla prevenzione e quindi ai controlli periodici. Nel secondo caso le disuguaglianze deriverebbero dalla capacità di fare uso delle risorse: scarse credenziali educative renderebbero difficile l'accesso a un lavoro ben retribuito, che a sua volta, eserciterebbe un effetto diretto sulla possibilità di ricorrere a visite odontoiatriche private.

<sup>22</sup> Per la sedentarietà maschile PRR, in ordine decrescente di livello di istruzione familiare, 1.45 (1.31-1.61) e 1.95 (1.77-2.15); per quella femminile 1.26 (1.16-1.38) e 1.57 (1.45-1.70); per il sovrappeso o l'obesità PRR=1.24 (1.09-1.40) e 1.41 (1.25-1.59) nel caso dei ragazzi e 1.41 (1.11-1.81) e 2.02 (1.60-2.54) per le ragazze.

facciano il titolo di studio e la classe sociale dei genitori, lascia ipotizzare che la cultura prevalente di questa fascia di età (giovani che vivono in famiglia) trovi i propri modelli, anche quelli dei comportamenti correlati alla salute, nell'emulazione tra i pari, piuttosto che nelle condizioni di vita e di relazione sociale della famiglia di origine. Il sottopeso femminile risulta, invece, direttamente associato con il livello di istruzione individuale (PRR=0.79, i.c. 95% 0.65-0.96 per le meno istruite) e familiare (PRR=0.83 sia per le ragazze con un medio livello di istruzione familiare sia per le figlie dei meno istruiti<sup>23</sup>).

Anche per le persone con 65-74 anni si osserva un progressivo peggioramento al diminuire del livello di istruzione in tutte le dimensioni di salute - inclusa la disabilità - nell'obesità e nella mancanza di esercizio fisico. Diversamente da quanto già visto per gli adulti nelle età centrali, l'abitudine al fumo è direttamente associata con il livello di istruzione tra le donne<sup>24</sup> (tabella 3).

In più, per gli uomini, il basso titolo di studio sembra influire sull'importanza attribuita ad esami per il controllo del colesterolo, della glicemia e della pressione sanguigna (risultati non presentati). Le barriere all'accesso a questo tipo di prestazioni non sarebbero legate al costo che i pazienti devono sostenere, dato che vi accedono di più le persone che hanno riferito difficoltà economiche (cfr. par. 3.6).

Nei grandi anziani, le disuguaglianze in ragione del livello di istruzione risultano più attenuate rispetto a quelle osservate nelle persone con 65-74 anni e riguardano tutte le dimensioni di salute in misura paragonabile (risultati non presentati). E' possibile che l'esclusione degli anziani istituzionalizzati dal campione dell'indagine abbia sottratto una buona parte di persone disabili (in particolare più donne e più povere) dall'osservazione, riducendo l'intensità delle differenze misurate tra gli anziani oltre i 75 anni. In generale la minore intensità delle disuguaglianze sociali è dovuta al fatto che questa fascia di età rappresenta una coorte di sopravvissuti.

Tra gli anziani di entrambe le fasce di età considerate le disuguaglianze negli stili di vita risultano in generale relativamente contenute, ad eccezione di quelle nell'obesità. Nell'età anziana subentrano problemi di salute che inducono ad eliminare alcuni comportamenti insalubri e, dunque, ad attenuare le disuguaglianze osservate. L'esempio più eloquente è dato dall'assenza di differenze significative nell'abitudine al fumo in ragione del livello di istruzione fra gli uomini. Fra le donne, invece, stante la diversa evoluzione del comportamento di fumo, le grandi anziane più istruite continuano a fumare più delle altre (come già visto per le donne con 65-74 anni).

### 3.2 *Differenze e disuguaglianze a livello territoriale*

Le disuguaglianze geografiche vedono le persone nelle età centrali che vivono nelle regioni del Sud sfavorite rispetto a quelle settentrionali in tutte le dimensioni di salute e comportamenti

---

<sup>23</sup>I rispettivi intervalli di confidenza al 95% dei PRR sono 0.72-0.96 e 0.72-0.95.

<sup>24</sup> Il fatto che per la coorte delle persone anziane l'abitudine al fumo sia direttamente associata con il livello di istruzione deriva dall'andamento temporale della diffusione di questo comportamento insalubre. Molti studi hanno dimostrato che il consumo di tabacco si diffonde come un'epidemia che si sviluppa in quattro stadi. Nel primo stadio l'abitudine al fumo costituisce un comportamento relativamente raro adottato prevalentemente dai gruppi di popolazione socio-economicamente più avvantaggiati. Nella seconda fase l'abitudine al fumo diventa più diffusa: le proporzioni di fumatori tra gli uomini raggiungono il 50-80% e sono simili nei diversi gruppi socio-economici o più elevate in quelli più abbienti. Fra le donne il fenomeno progredisce con un ritardo di circa 10-20 anni rispetto a gli uomini. Nella terza fase la prevalenza di fumatori tra gli uomini scende a circa il 40% perché molti uomini cessano di fumare, specialmente quelli di più elevata posizione socio-economica. Le donne raggiungono il picco massimo (35-45% di fumatrici) e alla fine di questa fase la prevalenza inizia a diminuire. Nella quarta e ultima fase la prevalenza di fumatori decresce lentamente sia per gli uomini sia per le donne e l'abitudine al fumo diventa progressivamente più diffusa nei gruppi di posizione socioeconomica più bassa. Durante l'epidemia del fumo c'è un'inversione da un'associazione diretta ad una inversa tra condizione socio-economica e fumo di tabacco. I paesi del sud Europa risultano nella fase 2 (Portogallo) o all'inizio della fase tre (Spagna, Italia, Francia) dell'epidemia del fumo, mentre i paesi dell'Europa settentrionale risultano alla fine della terza fase o già nella quarta [Cavelaars 2000 e Huisman 2005].

insalubri, ad eccezione della morbosità cronica (per la quale non si osservano differenze statisticamente significative per ambi i generi) e dell'abitudine al fumo tra le donne, che è meno diffusa nel Meridione (tabella 4)<sup>25</sup>. Inoltre il Sud si differenzia dal Centro-sud per la tendenza degli uomini e delle donne ad attribuire punteggi più bassi alla propria salute mentale, vitalità e per la minore propensione a svolgere esercizio fisico. A queste disuguaglianze si aggiungono quelle dello stesso segno relativamente alla salute fisica per gli uomini e alla salute psicologica (risultati non presentati) e all'obesità nel caso delle donne.

Questa geografia della salute non cambia di molto per la popolazione anziana. Per i giovani, invece, vi sono segnali di tipo opposto a seconda che si tratti di salute percepita o di comportamenti salubri.

Nella salute fisica, in quella psicologica e nella vitalità, infatti, le differenze geografiche vedono favoriti i residenti nel Sud: ragazzi e ragazze del Nord-ovest, del Nord-est e del Centro-nord tendono ad attribuire punteggi più bassi a queste dimensioni di salute rispetto a quelli meridionali (risultati non presentati). Differenze dello stesso segno si osservano anche per la salute percepita nel caso dei ragazzi; fra le ragazze, la propensione a considerare come mediocri o cattive le condizioni di salute è più diffusa al Centro-nord. I ragazzi del Nord-est sono invece in una condizione nettamente migliore rispetto a quelli del Sud per il ricorso alle visite odontoiatriche (PRR=1.76, i.c. 95% 1.26-2.47).

Per quanto riguarda i comportamenti insalubri, le variazioni geografiche nei modelli educativi e nel controllo sociale, che probabilmente sono caratterizzati da una maggiore severità al Sud verso il fumo femminile, si traducono in una diffusione inferiore di questo comportamento insalubre tra le ragazze meridionali rispetto a quelle del Nord-ovest, del Nord-est, del Centro-nord e del Centro-sud, mentre non si registra nessuna differenza geografica di rilievo per i coetanei maschi. Ma al Sud è più diffusa la sedentarietà: proprio dove ci sarebbe maggior bisogno che i ragazzi e i giovani assumessero abitudini salutari da mantenere negli anni successivi per ridurre il rischio di sovrappeso e obesità in età adulta che, come abbiamo visto affligge maggiormente la popolazione meridionale, soprattutto quella femminile adulta e anziana. Tra l'altro già tra i ragazzi, si osserva un incremento di questo fattore di rischio per la salute a sfavore dei giovani delle regioni meridionali. Anche per le ragazze la direzione dell'associazione sembra la stessa, quindi a sfavore del Sud, ma le differenze non sono statisticamente significative. Il sottopeso risulta, invece, un problema maggiormente diffuso fra le ragazze del Nord-ovest (PRR=1.40, i.c. 95% 1.19-1.64) e del Centro-nord (PRR=1.27, i.c. 95% 1.07-1.50).

### 3.3 *Debolezza nel mercato del lavoro*

Dalle analisi per classe occupazionale individuale, le persone con occupazioni operaie<sup>26</sup> risultano presentare un peggiore profilo di salute e un rischio più elevato di assumere comportamenti insalubri rispetto alle classi borghesi, ad eccezione dell'abitudine al fumo nel caso delle donne, per le quali non risultano differenze a motivo della interferenza dell'effetto di coorte (tabella 1). Per le donne, inoltre, si aggiungono le disuguaglianze nel ricorso agli screening femminili, a svantaggio delle lavoratrici della classe operaia e della piccola borghesia rispetto a quelle della borghesia. Per entrambi i generi, le disuguaglianze più intense si osservano per la cattiva salute percepita (con eccessi di rischio nella classe operaia due volte e mezza superiori nel caso degli uomini e triplicati per le donne) e per l'indice di salute fisica (con un incremento del rischio di circa tre quarti rispetto alle persone con occupazioni di classe borghese). Le donne si contraddistinguono per eccessi di

---

<sup>25</sup> L'aggregazione delle regioni in ripartizioni geografiche è la seguente: i) Valle d'Aosta, Liguria, Piemonte e Lombardia rientrano nel Nord-ovest; ii) Trentino-Alto Adige, Friuli-Venezia Giulia e Veneto nel Nord-est; iii) Emilia Romagna, Toscana, Marche e Umbria nel Centro-nord; iv) Lazio, Abruzzo, Campania, Molise e Sardegna nel Centro-sud e, infine, v) Sicilia, Calabria, Basilicata e Puglia nel Sud.

<sup>26</sup> Come già scritto nella nota 3, si ricorda che le analisi in ragione della classe sociale riguardano, oltre alle persone occupate, anche quelle ritirate dal lavoro.

rischio di obesità nelle occupazioni di classe operaia e della piccola borghesia più elevati rispetto a quelli osservati nel caso degli uomini delle stesse classi.

Peggiori condizioni di salute e stili di vita rispetto a quelli degli occupati ed ex-lavoratori delle classi borghesi si osservano anche per gli occupati e i ritirati dal lavoro della piccola borghesia e, in misura più contenuta, della classe media impiegatizia. Quest'ultima presenta per entrambi i generi una maggiore propensione a valutare negativamente lo stato di salute, punteggi più bassi nella salute fisica e rischi maggiori di morbosità cronica rispetto alle persone di più alta classe sociale. Per le donne si aggiungono lievi eccessi di rischio per una peggiore salute psicologica, minore vitalità e mancanza di esercizio fisico. Gli uomini della classe media impiegatizia, al contrario delle donne, risultano tuttavia più vitali e meno sedentari di quelli borghesi, nonostante abbiano un rischio lievemente maggiore di essere obesi rispetto a questi ultimi.

Per un'analisi più ravvicinata delle condizioni socio-economiche che discendono dalla posizione occupata sul mercato del lavoro è opportuno considerare il tipo di contratto combinato con il livello di scolarità.

I lavoratori precari con basso titolo di studio risultano per alcuni aspetti avere un peggiore profilo di salute, non solo rispetto ai più istruiti, ma anche in confronto ai dipendenti e agli autonomi con lo stesso livello di istruzione (si vedano, per esempio, per gli uomini gli eccessi di rischio di morbosità cronica e per le donne la minore propensione a sottoporsi al pap test a scopi preventivi) (figura 3). La precarietà lavorativa è associata con una maggiore tendenza a valutare negativamente lo stato di salute rispetto alle lavoratrici autonome o dipendenti anche per le donne con livello di istruzione medio e per le più istruite. Analogamente, per gli uomini con le maggiori credenziali educative si rileva uno svantaggio in termini di un maggiore rischio di morbosità cronica a sfavore dei lavoratori atipici.

L'espulsione dal mercato del lavoro si riflette, per entrambi i generi, in peggiori condizioni di salute e stili di vita dei disoccupati rispetto agli occupati (ad eccezione del ricorso alla mammografia e della mancanza di esercizio fisico nel caso delle donne, per le quali non si rilevano differenze significative) (tabella 1). Lo svantaggio in termini di cattiva salute psicologica e mentale a sfavore degli espulsi dal mercato del lavoro è particolarmente pronunciato per gli uomini, per i quali risultano eccessi di rischio più che raddoppiati.

Anche nei giovani la disoccupazione è associata con condizioni di salute più precarie (cattiva salute percepita per entrambi i generi, e, per i ragazzi, anche peggiore salute fisica, psicologica e mentale (tabella 2)) e con la maggiore tendenza a fumare (figura 2). Le ragazze disoccupate risultano avere, oltre a una maggiore propensione verso l'abitudine al fumo, anche un maggiore rischio di essere in sovrappeso od obese rispetto a quelle che lavorano.

Il profilo di salute e degli stili di vita non cambia di molto quando si passa ad esaminare le disuguaglianze in ragione della classe sociale familiare, sia per quanto riguarda gli adulti nelle età centrali che per quanto riguarda i figli giovani che vivono ancora in famiglia. In particolare, i figli di classe operaia tendono maggiormente a riferire una cattiva salute percepita e, per i ragazzi, risultano anche avere peggiore salute fisica (tabella 2). Inoltre al diminuire della classe sociale cresce il rischio di sedentarietà e quello di sovrappeso o obesità e, solo per i ragazzi, anche l'abitudine al fumo (figura 2). Per quest'ultimo comportamento insalubre si registra una protezione a favore delle figlie della classe media impiegatizia e per quelle della piccola borghesia, forse per un maggiore controllo esercitato da parte dei genitori di queste classi sul consumo di tabacco delle figlie, piuttosto che dei figli. Viceversa, le ragazze della borghesia trovano più facilmente un incentivo, o comunque una valutazione non negativa del fumo nel comportamento delle madri, dato che nella generazione di queste ultime l'abitudine al fumo presenta un'associazione diretta con il livello di istruzione e la classe sociale.

A cavallo tra il dominio relativo al mercato del lavoro e quella della vita quotidiana si collocano, come prelude di quelle presentate nel successivo paragrafo, le analisi delle disuguaglianze in ragione della condizione lavorativa della coppia e del numero di minori. Fra le coppie con minori, si rileva un forte peggioramento del profilo di salute con eccessi di rischio più che raddoppiati per la salute percepita e per gli indici di salute fisica, mentale e psicologica a sfavore degli uomini delle coppie con nessun occupato e almeno un minore (tabella 5). Anche per le donne il peggiore profilo di salute è quello delle persone che versano in condizioni di forte disagio (almeno un minore e

nessun componente della coppia occupato), ma l'entità delle disuguaglianze appare più attenuata, tranne che per l'obesità. Lo svantaggio rispetto alle coppie con entrambi i componenti occupati e almeno un minore riguarda anche quelle in cui lavora solo un genitore: sia per le donne sia per gli uomini con uno o due minori aumenta la propensione a riferire cattive condizioni di salute, ad attribuire punteggi più bassi alla salute fisica e a quella mentale e crescono i rischi di essere obesi e sedentari. In più per gli uomini si aggiunge la maggiore propensione a fumare. Per le coppie con un solo occupato e almeno tre minori le disuguaglianze riguardano principalmente la tendenza ad assumere comportamenti insalubri e a non sottoporsi ad accertamenti diagnostici preventivi, ad eccezione dell'abitudine al fumo per le donne, che non presentano differenze significative dalle altre donne al riguardo. Non conta tuttavia solo il numero di redditi da lavoro, ma anche il tipo di attività lavorativa svolta dalla persona di riferimento e dal suo coniuge o convivente, con uno svantaggio via via crescente quando dalle coppie con minori con solo un genitore precario e poco istruito o disoccupato, si passa a considerare quelli con entrambi i genitori esclusi o mal collocati nel mercato del lavoro, per arrivare a quelli che aggiungono a questo svantaggio anche la presenza di almeno tre minori (tabella 6).

Avere un solo o nessun genitore che lavora rappresenta una condizione sfavorevole dal punto di vista delle chance che i ragazzi/e hanno di praticare esercizio fisico<sup>27</sup> e di sottoporsi a visite odontoiatriche<sup>28</sup>. Inoltre, al peggiorare delle condizioni lavorative dei genitori aumenta il rischio di sedentarietà e diminuisce la possibilità di effettuare visite odontoiatriche, soprattutto quando a questo svantaggio si aggiunge la presenza di almeno tre minori (figura 3). Per contro, non si osserva un peggioramento delle condizioni di salute dei figli rispetto a quelli delle coppie che godono di buone condizioni lavorative (risultati non presentati).

Il più elevato rischio di mancanza di esercizio fisico nei figli e figlie delle famiglie meno istruite, di classe operaia, con solo uno o nessun genitore occupato potrebbe essere attribuibile a scarsità sia di reddito sia di risorse culturali. In presenza di risorse economiche scarse le famiglie cercherebbero di risparmiare su tutte le spese non ritenute strettamente necessarie. Lo svolgimento di attività fisica dei figli verrebbe inteso solamente come attività ricreativa e si ignorerebbe l'effetto benefico che ha sulla salute.

A questo si aggiunga che i comportamenti insalubri tendono a cumularsi ed essendo fra loro correlati, le cause dell'uno indirettamente comportano anche un incremento del rischio per l'altro comportamento. Per esempio, non fare attività fisica aggrava il problema del sovrappeso e dell'obesità. Visto che tendono maggiormente a non fare attività fisica i figli di posizione socio-economica meno favorita, l'associazione delle caratteristiche familiari con l'obesità potrebbe quindi essere mediata dall'associazione con l'inattività fisica [Brescianini et al. 2004].

### 3.4 Condizioni familiari

Il tipo di famiglia è un indicatore da un lato del contesto relazionale, dall'altro di bisogni.

Nel complesso, gli adulti delle coppie con figli risultano stare meglio delle persone senza figli che vivono sole o col partner (vd. modalità "altro" nella tabella 1). La situazione è capovolta per quanto riguarda la minore propensione a svolgere esercizio fisico nel tempo libero e il maggiore rischio di essere obesi, soprattutto nelle coppie con almeno tre minori. Probabilmente il carico di cura, tanto maggiore tanto più numerosi sono i figli minorenni, sottrae tempo libero e ciò riduce le

---

<sup>27</sup> Rispetto ai figli delle famiglie con almeno un minore ed entrambi i genitori occupati, il PRR per i figli maschi delle coppie con almeno un minore in cui sia il padre sia la madre non lavorano è pari a 2.06 (1.74-2.44) per i maschi e 1.55 (1.32-1.81) per le femmine; per i figli delle coppie con uno o due minori ed un solo genitore occupato i PRR per i ragazzi e per le ragazze sono, rispettivamente, 1.30 (1.15-1.48) e 1.21 (1.10-1.34). In più per le ragazze il rischio di sedentarietà aumenta del 35% per le figlie delle coppie con un solo occupato e almeno tre minori; più precisamente, PRR=1.35 (1.10-1.67).

<sup>28</sup> PRR pari a 0.26 (0.08-0.82) per i figli maschi delle coppie con almeno tre minori e solo un genitore occupato e PRR= 0.34 (0.14-0.84) per le figlie delle coppie con almeno un minore ed entrambi i genitori non occupati.

possibilità di dedicarsi all'attività fisica, che, come si sa, aiuta ad evitare un aumento indesiderato di peso.

Il fatto che le persone con figli godano di una salute migliore rispetto a coloro che non ne hanno era già stato osservato analizzando i dati di mortalità dello studio longitudinale torinese [Costa et al. 1998] ed è in parte spiegabile come un effetto di selezione (le persone sane hanno maggiori possibilità di procreare) e in parte è riconducibile al ruolo protettivo della relazione di coppia e alla condivisione delle responsabilità familiari con il partner. Ciò sembra indirettamente confermato dal fatto che, viceversa, i monogenitori hanno sia un peggiore profilo di salute rispetto alle coppie con uno o due minori, sia una maggiore propensione per l'abitudine al fumo e, per le donne, anche il minor ricorso alla prevenzione per i tumori femminili (nello specifico il pap test per le madri sole senza minore e la mammografia per le madri sole con almeno un minore) (tabella 1). Le madri sole con figli tutti maggiorenni, mediamente più anziane, risultano stare peggio di tutte le altre donne (anche delle madri sole con almeno un minore) in termini di morbosità cronica e di salute riferita. Queste ultime presentano invece i punteggi più bassi di tutti relativamente alla vitalità e hanno la propensione più elevata per l'abitudine al fumo.

La peggiore salute e la maggiore tendenza a fumare da parte delle madri sole rispetto alle mamme sposate o conviventi accomuna le italiane con le donne nella stessa condizione familiare in altri paesi, sebbene con considerevoli variazioni nell'entità delle disuguaglianze. Queste ultime sono risultate collegate alle differenze delle caratteristiche composizionali delle madri sole, a loro volta connesse alle variazioni di contesto socio-economico, di welfare e di politiche sociali nei tre paesi considerati, ad esempio, da Burström et al. [2008].

L'appartenenza a famiglie monogenitoriali appare una condizione sfavorevole anche per la salute dei figli, dato che il giudizio negativo sulla salute in generale e i punteggi bassi degli indici di salute fisica, mentale, psicologica e vitalità sono più frequenti fra i ragazzi che vivono con un solo genitore (nella maggioranza dei casi la madre)<sup>29</sup> rispetto ai coetanei delle famiglie composte da coppie con al più due minori (tabella 2). Inoltre, i figli maschi delle madri sole senza minore sono penalizzati per il minore ricorso alle visite odontoiatriche (PRR= 0.48, i.c. 95% 0.28-0.81)<sup>30</sup>. Infine, i figli delle famiglie monogenitoriali risultano avere una maggiore propensione verso l'abitudine al fumo, soprattutto le ragazze (PRR per i maschi: 1.4, i.c. 95% 1.30-1.65 per le famiglie monogenitoriali senza minore e 1.25, i.c. 95% 1.05-1.50 per quelle monogenitoriali e almeno un minore; per le femmine PRR, rispettivamente, 1.85, i.c. 95% 1.56-2.19 e 1.96, i.c. 95% 1.58-2.44). La maggiore tendenza a fumare dei giovani delle famiglie monogenitore è probabilmente riconducibile all'esempio fornito dalla madre (considerata la maggiore propensione a fumare da parte delle madri sole rispetto alle madri in coppia, oppure a carenze di sostegno sociale, sia direttamente per i figli che tenderebbero a colmare una carenza affettiva, sia indirettamente per la concentrazione del carico di cura tutto sulla madre, che quindi eserciterebbe una funzione di minore controllo.

È ipotizzabile che anche per la minore propensione a fumare da parte delle ragazze delle famiglie con un solo occupato e almeno tre minori valga la spiegazione delle differenze di atteggiamento dei genitori verso l'abitudine al fumo dei figli.

Infine, dall'esame del profilo di salute degli anziani in ragione del tipo di famiglia le persone che vivono da sole sono caratterizzate da una maggiore propensione per l'abitudine al fumo (tabella 3) e dalla minore tendenza a controllare almeno una volta all'anno il colesterolo (PRR=1.40, i.c. 1.24-1.59 per gli uomini e 1.19, i.c. 1.07-1.3 per le donne), la glicemia (PRR= 1.38, i.c. 1.21-1.56 per gli uomini e 1.17, i.c. 1.05-1.30 per le donne) e la pressione (PRR= 1.51, i.c. 1.26-1.80 per gli uomini e nessuna differenza statisticamente significativa per le donne) rispetto a coloro che vivono in coppia senza figli e senza isolati. Nel caso delle donne sole (che sono prevalentemente più anziane di quelle che hanno ancora il marito), si aggiunge anche un rischio lievemente più elevato di essere disabili, di avere almeno due malattie croniche gravi (tabella 3) e di riferire punteggi più bassi

---

<sup>29</sup> Per la precisione, i figli maschi di un monogenitore con almeno un minore risultano sfavoriti in tutte le dimensioni di salute, tranne quella fisica; per le ragazze appartenenti a famiglie monogenitoriali senza minori lo svantaggio rispetto alle coetanee riguarda la salute psicologica e la vitalità.

<sup>30</sup> Per le ragazze la condizione più sfavorevole a tale riguardo risulta essere invece l'appartenenza alla categoria denominata "altre tipologie familiari": PRR=0.72 (0.57-0.91).

sulla salute psicologica (PRR=1.17, i.c. 1.06-1.29), su quella mentale (PRR=1.23, i.c. 1.11-1.37) e sulla vitalità (PRR=1.11, i.c. 1.02-1.22). Le persone anziane di ambo i generi appartenenti ad altri tipi di famiglie si distinguono per peggiore salute mentale e minore vitalità, oltre alla minore propensione a controllare annualmente il colesterolo e la glicemia (con eccessi di rischio intorno al 20% per entrambi gli esami clinici sia per gli uomini sia per le donne), la pressione<sup>31</sup> e a svolgere esercizio fisico rispetto a coloro che vivono in coppia senza figli e senza isolati (tabella 3). A queste disuguaglianze a sfavore delle altre composizioni familiari si aggiungono, per le donne, il rischio più elevato di essere obeso e, per gli uomini, la propensione a riferire una peggiore salute fisica (PRR=1.11, i.c. 1.02-1.21) rispetto agli anziani che vivono con il partner senza figli e senza isolati. In generale questi ultimi sembrano godere di migliore salute ed essere maggiormente propensi ad adottare stili di vita più salutari.

### 3.5 *Condizioni abitative*

Cattive condizioni abitative, quali il sovraffollamento abitativo (a cui sono riconducibili incendi e incidenti domestici) l'inadeguato riscaldamento, l'umidità nell'abitazione e l'incapacità di mantenere adeguati standard di igiene, possono essere responsabili della compromissione delle condizioni di salute, dovute, per esempio, all'insorgenza di infezioni e di malattie respiratorie. Al tempo stesso, l'abitazione è un indicatore indiretto di condizioni economiche (cfr. Poggio in questo volume), più estesamente considerate nel successivo paragrafo.

Per tutte le dimensioni di salute e comportamenti insalubri analizzati si osserva un progressivo peggioramento all'aumentare del disagio abitativo (tabella 1). La cattiva salute percepita si distingue per le disuguaglianze più intense rispetto a quelle rilevate per le altre dimensioni di salute: le persone che abitano in case grandi senza riscaldamento risultano avere un eccesso di rischio superiore dell'88% per le donne e raddoppiato per gli uomini rispetto a coloro che godono delle migliori condizioni abitative. Gli scarti rispetto al gruppo di riferimento aumentano ancora di più (gli eccessi di rischio sono più che raddoppiati) nel caso delle condizioni abitative più disagiate. Differenze di genere riguardano l'abitudine al fumo, che presenta un'associazione inversa per gli uomini e diretta per le donne almeno per le prime due modalità dell'indicatore, cioè casa piccola con bagno con vasca o doccia e riscaldamento e casa grande senza riscaldamento; mentre per le donne che abitano in case molto disagiate non si rilevano differenze nel consumo di tabacco rispetto alle più favorite.

In generale, sembra che la salute delle donne sia più suscettibile alla qualità della casa rispetto a quella degli uomini, dato che basta abitare in una dimora piccola rispetto all'ampiezza della famiglia, pur dotata di bagno con vasca o doccia e riscaldamento, per osservare un peggioramento, ancorché di modesta entità, in quasi tutte le dimensioni di salute (esclusa la morbosità cronica) rispetto alle donne che vivono in case grandi con bagno con vasca o doccia e riscaldamento. Ciò probabilmente dipende dal fatto che sono le donne a dover gestire gli spazi della vita quotidiana, quindi anche la fatica e lo stress del mantenimento ed uso di spazi sovraffollati o comunque disagiati. Per gli uomini con un'abitazione piccola ma agevole si osservano differenze significative limitatamente alla morbosità cronica, alla salute mentale, all'obesità e ai due comportamenti insalubri considerati, cioè l'abitudine al fumo e la mancanza di esercizio fisico.

Il quadro cambia per i giovani, per i quali, in concomitanza di cattive condizioni abitative, non si osserva un peggioramento nelle condizioni di salute (risultati non presentati), ma solo una minore propensione a svolgere esercizio fisico nel tempo libero, un accresciuto rischio di sovrappeso o obesità – soprattutto per le ragazze- e un minore ricorso alle visite odontoiatriche (figura 2). Il rischio di sedentarietà e, per le ragazze, anche la tendenza all'aumento di peso è maggiore non solo per i giovani con le peggiori condizioni abitative, ma anche per quelli che abitano in case piccole e agevoli oppure grandi senza riscaldamento. L'abitudine al fumo presenta, anche per i giovani, un'associazione con le condizioni abitative di segno opposto nei ragazzi rispetto alle ragazze. Per i

---

<sup>31</sup> I PRR, riferiti agli uomini e alle donne sono, rispettivamente, per la salute mentale 1.13 (1.03-1.24) e 1.19 (1.08-1.31), per la minore vitalità 1.11 (1.01-1.22) e 1.22 (1.12-1.33) per la minore propensione a controllare annualmente la pressione 1.31 (1.15-1.49) e 1.25 (1.09-1.44).

primi si osserva una maggiore tendenza a fumare da parte dei ragazzi con le peggiori condizioni abitative, mentre per le ragazze risulta una protezione da questo comportamento insalubre a favore di coloro che vivono in case piccole ma confortevoli o in quelle grandi ma disagiate.

Per i “giovani” anziani resta confermato quanto già visto per la popolazione adulta, con l’eccezione di un peggioramento significativo della salute di coloro che abitano in case piccole ma confortevoli rispetto a coloro che godono delle migliori condizioni abitative, non solo per le donne, come osservato per gli adulti nelle età centrali, ma anche per gli uomini, forse perché gli uomini di questa fascia di età, essendo in pensione, abitano di più lo spazio domestico, quindi ne sperimentano maggiormente le costrizioni rispetto agli uomini ancora nelle età centrali. In più, per entrambi i generi, le disuguaglianze particolarmente intense si rilevano, oltre che per la salute percepita, anche per la disabilità (tabella 3). Infine, gli uomini che abitano in case grandi senza riscaldamento e quelli con l’abitazione piccola e disagiata risultano anche avere una minore propensione a controllare annualmente il colesterolo, la glicemia e la pressione (risultati non presentati).

Per i “grandi” anziani, come è già stato notato per gli altri indicatori di posizione sociale, le disuguaglianze di salute risultano più attenuate (risultati non presentati).

### 3.6 *Eventi di vita vulneranti*

Le preoccupazioni per motivi economici<sup>32</sup>, per la disoccupazione di un componente familiare, per la malattia o la morte di una persona cara, o per la grave rottura del rapporto di coppia si riflettono in peggiori condizioni di salute (morbosità cronica, salute percepita, indice di stato fisico, psicologico, mentale e vitalità). La cattiva salute percepita, la salute mentale e quella psicologica risultano essere le dimensioni di salute più sensibili a questi problemi ed eventi di vita vulneranti (tabella 1).

I problemi economici, quelli relativi ad un periodo di disoccupazione di almeno un componente familiare e, soprattutto, la grave rottura del rapporto di coppia sono inoltre associati con una maggiore propensione a fumare. Irrilevanti per questo comportamento insalubre sembrano essere i gravi problemi di salute di un familiare e la morte di una persona cara, ad eccezione di un lieve incremento della tendenza al consumo di tabacco da parte delle donne che hanno riferito la malattia di un caro. Per di più, le persone che hanno riferito uno di questi due eventi o la grave rottura del rapporto di coppia risultano addirittura protette dal rischio di sedentarietà grazie allo svolgimento di esercizio fisico e le donne sembrano anche avere una maggior propensione a sottoporsi a mammografia e pap test preventivi rispetto a quelle che non hanno riferito gravi problemi di salute di un familiare o la morte di una persona cara, quasi che questo evento abbia avuto un effetto di apprendimento, o di sollecitazione ad una maggiore cura di sé. Alla rottura del rapporto di coppia è inoltre associata, per le donne, una riduzione del 30% del rischio di obesità rispetto a quelle che non hanno vissuto tale evento.

Il mancato esercizio fisico, l’obesità e il minore ricorso alla prevenzione femminile tendono ad essere maggiormente diffusi fra le persone che hanno vissuto negli ultimi tre anni gravi problemi economici e fra gli uomini che sono stati interessati da un periodo di disoccupazione di almeno un componente familiare.

Anche per i giovani si osservano peggiori condizioni di salute e la tendenza ad assumere stili di vita insalubri in presenza di risorse economiche giudicate insufficienti (limitatamente alla salute psicologica e mentale per i ragazzi e al giudizio complessivo sulla salute percepita per le ragazze) e, ancor più, di gravi problemi economici o di un periodo di disoccupazione proprio o di un familiare (tabella 2 e figura 2). In condizioni di disagio economico i rischi relativi raddoppiano in

---

<sup>32</sup> Le disuguaglianze nel profilo di salute e negli stili di vita in ragione del giudizio negativo sulle risorse economiche familiari sono più o meno dello stesso ordine di grandezza di quelle osservate per i gravi problemi economici riferiti. Pertanto, per ragioni di sintesi, di seguito verrà fatto riferimento solo a questi ultimi.

tutte le dimensioni di salute considerate. A risentirne di più sembrano essere la salute psicologica e quella mentale, senza particolari differenze di genere .

Infine, già da ragazzi, la salute sembra scontare gli effetti negativi esercitati da eventi particolarmente stressanti a livello emotivo, quali la grave malattia, incidente o infortunio di un familiare o di una persona cara o, peggio ancora, la morte. In questi casi, oltre alle ricadute sul piano psicologico, possono pesare le preoccupazioni per l'impatto economico che tali eventi rischiano di avere sul bilancio familiare o, ancora, l'effettivo peggioramento delle condizioni di vita materiale<sup>33</sup>.

Diversamente dagli adulti, per i ragazzi la malattia o la morte di una persona cara si riflettono anche in un incremento della propensione a fumare (PRR = 1.12 (1.04-1.21 per i maschi e 1.23 (1.11-1.37) per le femmine), mentre appaiono irrilevanti, se non addirittura protettive, contro il rischio di sedentarietà (PRR=0.88 (0.81-0.95) nel caso dei maschi).

Anche per le persone anziane con 65-74 anni (tabella 3) e per quelle della fascia di età successiva (risultati non presentati) si osserva un netto peggioramento delle condizioni di salute (soprattutto, di quella mentale e psicologica<sup>34</sup>) e una minore propensione a svolgere esercizio fisico per coloro che hanno riferito gravi problemi economici (e, coerentemente, anche per gli individui con insufficienti risorse economiche). Le donne più anziane con difficoltà economiche aggiungono a questo negativo profilo di salute un incremento del rischio di obesità rispetto alle coetanee che non hanno riferito problemi di questa natura (risultati non presentati). Per contro, le difficoltà economiche non sono associate con una minore propensione a controllare almeno una volta all'anno il colesterolo, la glicemia e la pressione. Anzi, in alcuni casi si rileva un maggiore ricorso a questi esami clinici (più in particolare il controllo della glicemia per entrambi i generi e quello del colesterolo per le donne) rispetto a coloro che non riferiscono di avere insufficienti risorse economiche.

La malattia o la morte di una persona cara appaiono associate con maggiore morbosità cronica e peggiore salute psicologica, mentale e vitalità degli uomini e delle donne anziane di entrambe le fasce di età considerate rispetto alle persone che non sono state colpite da eventi del genere. Solo nel caso delle donne con 65-74 anni e degli uomini più anziani si osservano anche punteggi inferiori in termini di salute fisica per coloro che hanno vissuto un lutto o sono afflitti per i gravi problemi di salute di una persona cara. Per entrambi i generi la malattia o il decesso di un congiunto, sono associati con una maggiore propensione a controllare la pressione e, limitatamente alle donne, anche ad effettuare gli esami clinici del colesterolo e della glicemia. (risultati non presentati) .

### 3.7 Conclusioni

Superata la soglia degli anni Duemila l'Italia, così come l'Europa, è ancora attraversata da differenze in tutte le dimensioni di salute.

L'ultima edizione dell'Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" dell'Istat mette a disposizione le immagini più aggiornate di come si distribuiscono gli indicatori di salute in Italia e documenta la persistenza di alcune differenze sia di tipo geografico, a sfavore soprattutto delle regioni del Mezzogiorno, sia socio-economiche a sfavore delle posizioni sociali più svantaggiate (vedi Lucchini, Sarti e Tognetti in questo volume).

Le statistiche presentate in questo capitolo documentano come le disuguaglianze sociali investano tutte le dimensioni di salute (salute soggettiva, salute fisica, salute psicologica, salute

---

<sup>33</sup> Dato che non si conosce la direzione della relazione causale, non si esclude che in determinate famiglie ci sia un particolare carico di malattia che colpisce più individui. In questi casi la cattiva salute dei figli può anche precedere a livello di scansione temporale quella di altri componenti familiari. Tuttavia, dato che, statisticamente, i problemi di salute sono più frequenti nella popolazione adulta e in quella anziana, è plausibile ritenere che nella maggiore parte dei casi la cattiva salute dei ragazzi e delle ragazze ne sia una conseguenza.

<sup>34</sup> I PRR della cattiva salute mentale per gli uomini e per le donne della fascia di età 65-74 anni sono, rispettivamente, 2.77 (2.41-3.18) e 2.99 (2.64-2.56); per quella psicologica 3.15 (2.65-3.74) e 2.33 (1.98-2.74).

mentale, vitalità, morbosità cronica e disabilità) e la maggior parte degli stili di vita ad essa correlati. Le disuguaglianze, inoltre, sono osservabili per tutti gli indicatori di posizione sociale utilizzati e non colpiscono solo i gruppi meno abbienti o meno istruiti o più poveri di risorse di reti familiari, ma sono spalmate lungo l'intera scala sociale: si gode di migliore salute rispetto a coloro che ricoprono la posizione immediatamente inferiore e, al tempo stesso, si sta peggio di coloro che si trovano nel gradino superiore al proprio.

Le disuguaglianze sono variamente modulate in ragione della dimensione di salute e della caratteristica socio-economica considerata, nonché del genere e della fascia di età. Per esempio, per gli adulti di entrambi i generi, che riferiscono un periodo di disoccupazione di almeno un componente familiare, le disuguaglianze nella salute mentale e psicologica risultano più accentuate di quelle nella salute fisica. Quest'ultima sembra, invece, più sensibile al livello di istruzione e alla classe sociale.

Per quanto riguarda le variazioni dell'intensità delle disuguaglianze sociali di salute in ragione del genere, si è visto che il rischio di obesità risulta crescere molto di più al diminuire del livello di istruzione e della classe sociale per le donne rispetto a quanto accade per gli uomini.

Infine, per la rilevanza della stratificazione per fasce di età, si è rilevato un cambiamento di direzione dell'associazione dell'abitudine al fumo con il livello di istruzione (che da diretta nelle donne anziane diventa inversa nelle più giovani) o, ancora, la minore intensità delle disuguaglianze sociali nei "grandi anziani" rispetto ai "giovani anziani".

Si è già detto che l'indagine sulla salute dell'Istat non rileva il reddito, ma solamente il livello di soddisfazione per le risorse economiche complessive della famiglia in rapporto alle esigenze di tutti i componenti. Questa informazione pone dei vincoli in fase interpretativa, dato che l'associazione tra soddisfazione per le risorse economiche e salute può essere anche di direzione inversa. Le precarie condizioni di salute possono cioè indurre le persone a percepire come insufficienti le risorse economiche per fare fronte all'emergenza: costi per le medicine, per le prestazioni sanitarie e per l'assistenza, insieme all'eventuale impossibilità di svolgere un'attività retribuita a causa di personali problemi di salute o della necessità di aiutare un familiare malato.

Tuttavia lo svantaggio economico è risultato giocare un ruolo importante nella spiegazione delle disuguaglianze di salute in tutti i paesi europei [Mackenbach 2005]. I problemi economici, le risorse economiche giudicate insufficienti e l'occorrenza di un periodo di disoccupazione di almeno un componente familiare possono compromettere la salute agendo tramite fattori di rischio materiali, dato che il reddito influisce sulle condizioni di vita correlate con la salute, condiziona l'accesso alle prestazioni sanitarie e, più in generale, la possibilità di investire sulla propria salute e sicurezza. La mancanza di risorse economiche ha un impatto ovvio sulla salute (VEDI Cardano in questo volume), dal momento che pregiudica l'accesso ai beni basilari che costituiscono dei prerequisiti fondamentali per la salute. Il basso livello di reddito per esempio porta alla malnutrizione per l'acquisto di alimenti ad elevato contenuto calorico, ma a basso livello nutritivo. Questi alimenti producono un incremento del rischio di colesterolo, obesità e danneggiamento alla salute dei denti, soprattutto dei bambini, per non contare gli effetti di lungo periodo, come le malattie cardiovascolari in età adulta.

Al tempo stesso, il senso di insicurezza economica può fare accrescere l'ansia, con ricadute anche a livello di salute mentale e psicologica. Le difficoltà economiche possono infatti condizionare la salute tramite l'esposizione a diverse forme di stress psico-sociale. Queste ultime minacciano la salute attraverso meccanismi biologici (che portano all'indebolimento del sistema immunitario e all'attivazione del sistema neuroendocrino) e comportamentali, inducendo l'assunzione di abitudini insalubri, come il fumo e il consumo di alcool, in reazione a condizioni di stress cronico [Mackenbach 2005].

E' plausibile ipotizzare che, già per i ragazzi, entrino in gioco i meccanismi che fanno leva sulla privazione relativa. La scarsità di risorse economiche comporta la rinuncia a certi beni e/o opportunità, della cui mancanza si soffre soprattutto in termini relativi, vedendo che altri li possiedono. Non a caso, le dimensioni di salute maggiormente interessate da questo svantaggio a

sfavore dei giovani con più difficoltà economiche familiari sono risultate proprio quella mentale e quella psicologica<sup>35</sup>.

Nel gruppo dei fattori materiali responsabili di alcune disuguaglianze di salute rientrano anche le cattive condizioni abitative e i rischi occupazionali (come l'esposizione a rischi chimici, infortuni e lavori fisicamente pesanti<sup>36</sup>) [Mackenbach 2005]. Questi ultimi sono risultati più diffusi nella classe operaia [Costa et al. 2005]. Lo svolgimento di una determinata occupazione esercita non solo una forte influenza sulle condizioni economiche, sulle opportunità e sullo stile di vita, ma contribuisce anche ad alimentare l'autostima, a generare la sensazione di privazione relativa e produce stress [Marinacci e Cois 2003]<sup>37</sup>.

Gli scenari dei cambiamenti della struttura della forza lavoro suggeriscono che stiamo assistendo ad una sempre maggiore polarizzazione tra un segmento di forza lavoro sicuro e uno insicuro, con i lavoratori meno specializzati intrappolati in un settore di impiego in cui ci sono elevate probabilità di alternare periodi di occupazione a breve termine a periodi di disoccupazione. La precarietà delle condizioni lavorative sembra avere un impatto negativo sulla salute prevalentemente all'interno del gruppo di lavoratori con minori credenziali educative. Questi ultimi probabilmente hanno minori opportunità di acquisire o di mantenere la competenza necessaria per assicurarsi la stabilità occupazionale in un mondo di rapidi cambiamenti tecnologici ed economici. Anzi queste categorie sono maggiormente sottoposte alle pressioni che spingono fuori dal mercato del lavoro. I lavoratori di classe operaia sono infatti risultati maggiormente vulnerabili al licenziamento e quindi agli effetti negativi che la preoccupazione per la condizione precaria e le conseguenti difficoltà economiche hanno sulla salute<sup>38</sup>.

In ogni caso, per fare luce sui meccanismi di generazione delle disuguaglianze sociali di salute, occorrerebbe stimare il contributo indipendente di ciascuno indicatore di posizione sociale alle disuguaglianze di salute, controllare se ci siano delle interazioni fra diversi caratteri socio-economici e analizzare come queste interazioni siano variamente modulate in ragione del genere e dell'appartenenza generazionale.

---

<sup>35</sup> Bisogna considerare che, in un numero limitato di casi, la direzione della relazione causale che lega le difficoltà economiche con la compromissione della salute dei ragazzi può essere di direzione opposta.

<sup>36</sup> Per i riferimenti ai numerosi studi epidemiologici e di medicina del lavoro effettuati in Italia sull'esposizione ad agenti morbigeni fisici e chimici sul luogo di lavoro e i rischi per l'incolumità personale correlati allo svolgimento di mansioni pericolose si veda Marinacci e Cois 2003.

<sup>37</sup> Siegrist, nel suo modello *effort – reward imbalance* [Siegrist, 1999, citato in Marinacci e Cois, 2003] ha individuato quale determinante dello stress, e della conseguente compromissione del benessere psico-fisico, lo squilibrio tra sforzi (*efforts*) e ricompense (*rewards*) di denaro, di stima e di opportunità di carriera, inclusa anche la sicurezza del lavoro. Lo squilibrio sforzi-ricompense in ambito lavorativo è risultato associato con malattie cardiovascolari, con la salute mentale e con la salute percepita [Marmot, Siegrist, Theorell e Feeney, 1999].

<sup>38</sup> Nel 2001 solo 15% dei professionisti e il 29% dei manager pensavano che avrebbero potuto essere licenziati entro un mese per carenza di impegno sul lavoro, contro il 39% degli occupati in occupazioni elementari. La relativa sicurezza rispetto al licenziamento dei professionisti e di quelli appartenenti alle classi intermedie è migliorata rispetto a quella dei manager tra il 1996 e il 2001, in parte come risultato del deterioramento della sicurezza dei manager, ma allo stesso tempo non si è verificato un miglioramento nella posizione relativa degli operatori delle macchine o degli occupati nelle occupazioni elementari [Gallie e Paugam 2002]. Gallie e Paugam sottolineano, inoltre, che dal 1996 al 2001 c'è stato un peggioramento nella qualità delle attività lavorative, invece dell'auspicato miglioramento nell'ambito di una politica efficace per la riduzione del rischio di esclusione sociale. Pertanto, se si considerano gli aspetti relativi all'apprendimento o alla salute fisica correlati alla qualità delle mansioni, si conclude che abbiamo assistito ad un fallimento nel raggiungere un significativo miglioramento nell'ambiente di lavoro negli ultimi anni.

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Blaxter, M.  
1990 *Health and lifestyles*, London, Routledge.
- Brandolini, A. e Saraceno, C., (a cura di)  
2007 *Povert  e benessere. Una geografia delle disuguaglianze in Italia*, Bologna, Il Mulino.
- Brescianini, S., Gargiulo, L. e Gianicolo, E.  
2004 *Eccesso di peso nell'infanzia e nell'adolescenza*, in Sabbadini, L. L. Costa G., *Informazione statistica e politiche per la promozione della salute*, atti del Convegno ISTAT, Roma 10-12 settembre 2002.
- Burstr m, B., Whitehead, M., Clayton, S., Fritzell, S., Vannoni, F., Costa, G.  
2008 *Inequalities between lone and couple mothers in different welfare states – Italy, Sweden and Britain*, in *Tackling Health Inequalities in Europe (EUROTHINE) Final Report*, Erasmus MC, Rotterdam, pp. 280-300.
- Bury, M.  
2001 *Illness narratives: fact or fiction?* In «*Sociology of Health & Illness*», vol. 23, 3, pp. 263-283.
- Cardano M., Marinacci C.,  
2004 *La rilevazione della posizione sociale*, in Costa, G., Spadea, T., Cardano, M. *Disuguaglianze di salute in Italia*, «*Epidemiologia & Prevenzione*» 28 (3), pp. 124-142.
- Cardano, M., Costa, G., Demaria, M.  
2004 *Social mobility and health in the Turin longitudinal study*, in «*Social Science & Medicine*», Apr;58(8), pp. 1563-74.
- Caranci, N., Di Martino, M., Gargiulo, L., Landriscina, T., Vannoni, F.  
2008 *Metodi per l'analisi dei dati dell'indagine. Indicazioni pratiche e note d'uso*, in «*I Quaderni di monitor*», N  7, pp. 28-37.
- Cavelaars, A E J M., Kunst, A. E., Geurts, J. J. M., Crialesi, R., Gr tvedt, L., Helmert, U., Lahelma, E., Lundberg, O., Matheson, J., Mielck, A., Rasmussen, N. Kr., Regidor, E., Ros rio-Giraldes, M. do., Spuhler Th and Mackenbach, J .P.  
2000 *Educational differences in smoking: international comparison* in «*British Medical Journal*», vol 320, 22 Aprile.
- Cobalti, A., Schizzerotto, A.  
1994 *La mobilit  sociale in Italia*. Bologna, Il Mulino.
- Costa, G., Cardano, M., Demaria, M.  
1998 *Torino. Storie di salute in una grande citt *, Citt  di Torino, Ufficio di Statistica, Osservatorio socioeconomico torinese.
- Costa, G., Spadea, T., Vannoni, F., Biocca, M., Perticaroli, S.,  
2004 *Salute e lavoro in una popolazione che invecchia*, in Sabbadini, L. L. Costa G., *Informazione statistica e politiche per la promozione della salute*, atti del Convegno ISTAT, Roma 10-12 settembre 2002.
- Costa, G., Mamo, C., Bena, A. (a cura di)  
2005 *Differenze nella salute tra le professioni. Spunti epidemiologici per le politiche del lavoro e della previdenza*. Supplemento di «*La Medicina del Lavoro*», Vol. 96.
- Costa, G., Landriscina, T., Marinacci. C., Petrelli, A., Vannoni, F.,

2008 *I determinanti del fabbisogno di salute e di assistenza in Italia nell'Indagine Multiscopo Istat*, in «I Quaderni di monitor», N°?, pp. 98-110.

Erikson R.

1984 *Social class of Men, Women and Families*, in «Sociology»,19, 4, pp. 500-514.

EUROTHINE

2007 *Tackling Health Inequalities in Europe (EUROTHINE) Final Report*, Erasmus MC.

Federico, B., Costa, G., Kunst, AE.

2007 Educational inequalities in initiation, cessation, and prevalence of smoking among 3 Italian birth cohorts, in «American Journal, of Public Health» 97(5), pp. 838-845.

Freguja, C. e Pannuzzi, N.

2007 *La povertà in Italia: che cosa sappiamo dalle varie fonti?* in Brandolini e Saraceno (a cura di), pp. 23-59.

Gallie, D., Paugam, S.

2002 *Social Precarity and Social Integration. Report for the European Commission Based on Eurobarometer 56.1*, [http://europa.eu.int/comm/public\\_opinion](http://europa.eu.int/comm/public_opinion).

Hoeymans, N., Feskens, E. J. M., Kromhout D., Van Den Bos G. A. M.

1997 *Ageing and the relationship between functional status and self-related health in elderly men*, in «Social Science & Medicine», vol. 45, 10, pp. 1527-1536,

Huisman, M., Kunst, A. E. e Mackenbach, J. P.

2005 *Inequalities in the prevalence of smoking in the European Union: comparing education and income*, in «Preventive Medicine» 40; pp. 756-764.

Istat,

2005 Nota metodologica Indagine Multiscopo sulle Famiglie *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2005*.

Mackenbach, J. P.

2005 *Health Inequalities: Europe in Profile*. UK Presidency of the EU 2005.

Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A.-J. R., Schaap, M. M., Menvielle, G., Leinsalu, M., Kunst, A. E.

2008 *Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries*, in "New England Journal of Medicine", 358; 23, June , pp. 2468-2480.

Mantovani, D. e Toso, S.

2007 *Povert  femminile e politiche pubbliche: una prospettiva europea*, in Saraceno e Brandolini (a cura di), pp. 475-494

Marinacci, C. e Cois, E.

2002 Il lavoro, in Costa, G., Spadea, T., Cardano, M. *Disuguaglianze di salute in Italia*, «Epidemiologia & Prevenzione» 28 (3), pp.40-50.

Saraceno ,C. (a cura di)

2001 *Introduzione. Dalla sociologia dell'et  alla sociologia del corso della vita*, in C. Saraceno *Et  e corso della vita*, Il Mulino, Bologna, pp. 1-38.

Sen A.

1999 Development as Freedom, Alfred A. Knopf, Inc. (tr. It. *Lo sviluppo è libertà*, Milano, Arnoldo Mondadori Editore).

Solera, C. e Negri, N.

2007 *Povert  e vulnerabilit  delle coppie nel Canadese*, in Brandolini, A. e Saraceno, C., (a cura di), pp. 167-195.

Venturini, G. L.

2007 *Incidenza, intensit  e persistenza della povert  minorile in Europa tra il 1994 e il 2000. Un'analisi sui dati del Panel europeo sulle famiglie*, in Saraceno e Brandolini (a cura di), pp. 495-519.

Tab. 1. Condizioni di salute e stili di vita degli adulti con 30-64 anni per sesso e caratteristiche socio-economiche. Anno 2005 (rischi relativi di prevalenza con intervallo di confidenza al 95% controllati per età (a))

UOMINI		Almeno 1 malattia cronica	Cattiva salute percepita	Indice di stato fisico (b)	Indice di stato psicologico (b)	Indice di stato mentale (b)	Indice di vitalità (b)	Fuma	Obesità	Mancanza di esercizio fisico
Istruzione individuale (Gruppo di riferimento: alto)	Medio	1.17 (1.07- 1.27)	1.15 (0.94- 1.40)	1.37 (1.25- 1.52)	1.20 (1.09- 1.31)	1.23 (1.14- 1.33)	1.13 (1.06- 1.19)	1.18 (1.12- 1.25)	1.28 (1.16- 1.41)	1.27 (1.21- 1.32)
	Basso	1.37 (1.26- 1.48)	2.04 (1.70- 2.44)	1.93 (1.76- 2.12)	1.38 (1.26- 1.50)	1.53 (1.43- 1.65)	1.35 (1.28- 1.42)	1.48 (1.40- 1.56)	1.68 (1.53- 1.85)	1.74 (1.67- 1.81)
Classe sociale individuale (Gruppo di riferimento: borghesia)	Classe media impiegatizia	1.12 (1.01- 1.23)	1.41 (1.10- 1.82)	1.21 (1.08- 1.36)	0.93 (0.85- 1.03)	0.95 (0.88- 1.04)	0.89 (0.84- 0.95)	1.02 (0.96- 1.08)	1.14 (1.03- 1.27)	0.91 (0.87- 0.95)
	Piccola borghesia	1.18 (1.06- 1.31)	1.62 (1.24- 2.11)	1.54 (1.37- 1.73)	1.04 (0.94- 1.16)	1.22 (1.12- 1.32)	1.16 (1.09- 1.24)	1.25 (1.17- 1.32)	1.40 (1.26- 1.56)	1.42 (1.37- 1.48)
	Classe operaia	1.28 (1.17- 1.40)	2.46 (1.96- 3.09)	1.83 (1.66- 2.03)	1.13 (1.03- 1.23)	1.26 (1.17- 1.35)	1.12 (1.06- 1.18)	1.37 (1.30- 1.44)	1.36 (1.24- 1.50)	1.35 (1.31- 1.41)
Disoccupazione individuale		1.58 (1.40-1.78)	1.47(c) (1.39-1.56)	1.74 (1.55-1.95)	2.22 (2.01-2.45)	2.20 (2.04-2.37)	1.35 (1.25-1.46)	1.32 (1.24-1.42)	1.19 (1.03-1.38)	1.24 (1.18-1.30)
Tipologia familiare (Gruppo di riferimento: coppia con 1, 2 minori)	Coppia con almeno 3 minori	0.99 (0.77- 1.27)	0.41 (0.19- 0.88)	0.93 (0.76- 1.14)	0.96 (0.79- 1.15)	0.90 (0.77- 1.05)	1.04 (0.93- 1.15)	1.05 (0.96- 1.15)	1.23 (1.05- 1.44)	1.18 (1.12- 1.25)
	Monogenitore senza minore	1.30 (1.11- 1.51)	3.32 (2.59- 4.25)	1.24 (1.07- 1.43)	1.70 (1.51- 1.92)	1.63 (1.48- 1.80)	1.17 (1.08- 1.27)	1.09 (1.01- 1.18)	0.90 (0.77- 1.05)	0.93 (0.88- 0.98)
	Monogenitore con almeno un minore	0.68 (0.36- 1.29)	1.33 (0.50- 3.53)	0.91 (0.56- 1.47)	1.36 (0.94- 1.97)	1.19 (0.87- 1.62)	1.03 (0.80- 1.32)	1.13 (0.92- 1.40)	0.64 (0.38- 1.09)	1.02 (0.88- 1.19)
	Altro	1.15 (1.06- 1.26)	1.76 (1.48- 2.10)	1.10 (1.02- 1.19)	1.21 (1.13- 1.30)	1.14 (1.07- 1.20)	1.01 (0.97- 1.06)	1.08 (1.04- 1.12)	0.86 (0.80- 0.93)	0.90 (0.87- 0.92)
Condizioni abitative (Gruppo di riferimento: grande e confortevole)	Piccola confortevole	1.10 (1.02- 1.18)	1.08 (0.92- 1.26)	1.08 (1.00- 1.16)	1.04 (0.97- 1.11)	1.08 (1.02- 1.14)	1.04 (0.99- 1.08)	1.08 (1.04- 1.12)	1.12 (1.05- 1.21)	1.18 (1.15- 1.22)
	Grande disagiata	1.27 (1.11- 1.44)	2.05 (1.64- 2.57)	1.37 (1.20- 1.55)	1.24 (1.08- 1.42)	1.25 (1.12- 1.39)	1.06 (0.97- 1.16)	1.14 (1.05- 1.23)	1.23 (1.07- 1.42)	1.38 (1.32- 1.45)
	Molto disagiata	1.34 (1.20- 1.50)	2.30 (1.90- 2.78)	1.41 (1.26- 1.57)	1.52 (1.37- 1.68)	1.61 (1.49- 1.74)	1.30 (1.21- 1.39)	1.39 (1.32- 1.48)	1.25 (1.11- 1.40)	1.51 (1.46- 1.57)
Risorse economiche insufficienti		1.73 (1.56- 1.92)	1.61 (1.61- 1.61)	2.04 (1.84- 2.25)	2.52 (2.31- 2.76)	2.29 (2.14- 2.46)	1.66 (1.56- 1.77)	1.40 (1.31- 1.49)	1.18 (1.02- 1.35)	1.32 (1.26- 1.38)
Gravi problemi economici (sfratto, indebitamento, ecc.)		1.95 (1.77- 2.16)	1.52 (1.52- 1.52)	2.28 (2.07- 2.51)	3.46 (3.20- 3.73)	2.93 (2.76- 3.11)	2.12 (2.01- 2.24)	1.42 (1.33- 1.52)	1.46 (1.28- 1.66)	1.21 (1.15- 1.28)
Perdita del lavoro dell'individuo o di un familiare		1.54 (1.38- 1.72)	2.25 (1.84- 2.75)	1.66 (1.49- 1.85)	2.58 (2.38- 2.80)	2.30 (2.16- 2.45)	1.71 (1.61- 1.81)	1.18 (1.11- 1.26)	1.18 (1.03- 1.34)	1.10 (1.04- 1.15)
Grave malattia o morte di una persona cara		1.15 (1.08- 1.23)	1.01 (0.88- 1.17)	1.22 (1.14- 1.30)	1.49 (1.40- 1.59)	1.37 (1.30- 1.44)	1.24 (1.20- 1.29)	1.01 (0.98- 1.06)	1.01 (0.94- 1.09)	0.90 (0.88- 0.93)
Rottura del rapporto di coppia		1.40 (1.13- 1.72)	2.29 (1.66- 3.16)	1.37 (1.13- 1.67)	2.35 (2.06- 2.68)	2.27 (2.06- 2.51)	1.59 (1.45- 1.75)	1.42 (1.30- 1.54)	0.84 (0.65- 1.08)	0.91 (0.84- 1.00)

DONNE		Almeno 1 malattia cronica	Cattiva salute percepita	Indice di stato fisico (b)	Indice di stato psicologico (b)	Indice di stato mentale (b)	Indice di vitalità (b)	Fuma	Obesità	Mancanza di esercizio fisico	No pap test	No mammo- grafia
Istruzione individuale (Gruppo di riferimento: alto)	Medio	1.11 (1.00- 1.23)	1.39 (1.15- 1.70)	1.24 (1.14- 1.35)	1.23 (1.14- 1.33)	1.18 (1.11- 1.26)	1.15 (1.09- 1.21)	1.05 (0.98- 1.12)	1.58 (1.38- 1.81)	1.22 (1.17- 1.26)	1.10 (1.05- 1.14)	1.11 (1.05- 1.18)
	Basso	1.29 (1.18- 1.42)	2.32 (1.94- 2.77)	1.64 (1.52- 1.77)	1.38 (1.28- 1.48)	1.45 (1.37- 1.53)	1.33 (1.27- 1.40)	1.05 (0.98- 1.12)	2.68 (2.36- 3.05)	1.61 (1.55- 1.67)	1.43 (1.37- 1.48)	1.32 (1.26- 1.39)
Classe sociale individuale (Gruppo di riferimento: borghesia)	Classe media impiegatizia	1.27 (1.08- 1.50)	1.74 (1.20- 2.54)	1.23 (1.08- 1.40)	1.16 (1.04- 1.30)	1.08 (0.99- 1.18)	1.10 (1.02- 1.19)	0.97 (0.89- 1.05)	1.02 (0.84- 1.24)	1.08 (1.02- 1.14)	1.01 (0.94- 1.07)	0.97 (0.88- 1.06)
	Piccola borghesia	1.38 (1.15- 1.65)	2.45 (1.66- 3.63)	1.48 (1.28- 1.71)	1.23 (1.08- 1.39)	1.26 (1.15- 1.39)	1.23 (1.13- 1.35)	1.04 (0.94- 1.16)	1.79 (1.46- 2.18)	1.46 (1.37- 1.55)	1.29 (1.21- 1.39)	1.25 (1.14- 1.38)
	Classe operaia	1.49 (1.27- 1.76)	3.10 (2.15- 4.46)	1.70 (1.49- 1.93)	1.31 (1.18- 1.46)	1.34 (1.23- 1.46)	1.30 (1.20- 1.41)	1.04 (0.95- 1.13)	1.89 (1.57- 2.27)	1.45 (1.37- 1.53)	1.30 (1.22- 1.38)	1.19 (1.09- 1.30)
Disoccupazione individuale		1.33 (1.11-1.61)	1.65 (1.25-2.18)	1.28 (1.12-1.46)	1.53 (1.38-1.70)	1.49 (1.37-1.61)	1.23 (1.13-1.33)	1.45 (1.33-1.59)	1.23 (1.01-1.49)	0.99 (0.94-1.05)	1.10 (1.04-1.17)	1.07
Tipologia familiare (Gruppo di riferimento: coppia con 1, 2 minori)	Coppia con almeno 3 minori	1.29 (0.99- 1.69)	0.64 (0.34- 1.20)	0.78 (0.63- 0.97)	0.85 (0.72- 1.01)	0.88 (0.77- 1.00)	1.03 (0.92- 1.15)	0.89 (0.77- 1.03)	1.50 (1.22- 1.86)	1.21 (1.16- 1.27)	1.25 (1.18- 1.33)	1.04 (0.63- 1.74)
	Monogenitore senza minore	1.37 (1.19- 1.59)	1.76 (1.40- 2.21)	1.12 (1.00- 1.24)	1.30 (1.18- 1.43)	1.34 (1.25- 1.44)	1.12 (1.04- 1.20)	1.45 (1.33- 1.59)	0.93 (0.80- 1.08)	0.88 (0.84- 0.92)	1.36 (1.29- 1.42)	1.06 (0.98- 1.15)
	Monogenitore con ameno un minore	1.22 (0.96- 1.56)	1.32 (0.89- 1.96)	1.07 (0.90- 1.27)	1.52 (1.36- 1.71)	1.52 (1.39- 1.67)	1.33 (1.22- 1.45)	1.85 (1.69- 2.02)	0.87 (0.68- 1.11)	0.93 (0.88- 0.99)	1.01	1.20 (1.03- 1.40)
	Altro	1.23 (1.10- 1.37)	1.42 (1.19- 1.69)	1.10 (1.02- 1.18)	1.07 (1.01- 1.14)	1.11 (1.06- 1.17)	0.96 (0.91- 1.00)	1.22 (1.16- 1.29)	0.90 (0.81- 0.99)	0.85 (0.83- 0.88)	1.16 (1.13- 1.20)	0.96 (0.90- 1.02)
Condizioni abitative (Gruppo di riferimento: grande e confortevole)	Piccola confortevole	1.05 (0.97- 1.15)	1.24 (1.08- 1.43)	1.11 (1.04- 1.18)	1.07 (1.01- 1.13)	1.10 (1.05- 1.15)	1.08 (1.04- 1.13)	0.85 (0.81- 0.90)	1.27 (1.17- 1.38)	1.25 (1.22- 1.28)	1.20 (1.17- 1.23)	1.23 (1.18- 1.28)
	Grande disagiata	1.18 (1.03- 1.34)	1.88 (1.56- 2.26)	1.28 (1.16- 1.41)	1.10 (0.99- 1.23)	1.11 (1.02- 1.20)	1.07 (0.99- 1.16)	0.87 (0.77- 0.97)	1.44 (1.25- 1.65)	1.30 (1.25- 1.36)	1.75 (1.69- 1.81)	1.53 (1.46- 1.60)
	Molto disagiata	1.44 (1.28- 1.62)	2.58 (2.21- 3.02)	1.50 (1.37- 1.63)	1.36 (1.25- 1.49)	1.42 (1.34- 1.52)	1.30 (1.22- 1.38)	1.01 (0.92- 1.10)	1.71 (1.52- 1.93)	1.49 (1.44- 1.54)	1.74 (1.69- 1.79)	1.57 (1.50- 1.64)
Risorse economiche insufficienti		1.62 (1.44- 1.81)	3.19 (2.77- 3.68)	1.80 (1.66- 1.94)	1.94 (1.80- 2.09)	1.81 (1.71- 1.91)	1.55 (1.47- 1.65)	1.41 (1.30- 1.54)	1.53 (1.35- 1.74)	1.27 (1.22- 1.32)	1.38 (1.31- 1.45)	1.36 (1.31- 1.42)
Gravi problemi economici (sfratto, indebitamento, ecc.)		1.95 (1.74- 2.18)	3.19 (2.73- 3.73)	1.94 (1.78- 2.11)	2.75 (2.58- 2.93)	2.31 (2.21- 2.42)	2.00 (1.91- 2.10)	1.62 (1.49- 1.76)	1.58 (1.37- 1.82)	1.18 (1.13- 1.24)	1.11 (1.05- 1.18)	1.21 (1.13- 1.30)
Perdita del lavoro dell'individuo o di un familiare		1.45 (1.28- 1.64)	1.68 (1.38- 2.05)	1.51 (1.38- 1.65)	2.02 (1.89- 2.17)	1.84 (1.75- 1.94)	1.68 (1.60- 1.78)	1.39 (1.28- 1.50)	1.04 (0.89- 1.23)	0.97 (0.92- 1.01)	0.95 (0.90- 1.01)	1.08 (1.00- 1.17)
Grave malattia o morte di una persona cara		1.19 (1.11- 1.27)	1.16 (1.04- 1.29)	1.19 (1.13- 1.25)	1.65 (1.58- 1.73)	1.53 (1.48- 1.59)	1.39 (1.35- 1.44)	1.13 (1.08- 1.18)	1.04 (0.96- 1.12)	0.92 (0.90- 0.94)	0.87 (0.85- 0.90)	0.90 (0.87- 0.93)
Rottura del rapporto di coppia		1.43 (1.18- 1.73)	1.68 (1.25- 2.26)	1.28 (1.11- 1.49)	2.12 (1.94- 2.33)	1.83 (1.70- 1.97)	1.63 (1.51- 1.76)	1.78 (1.63- 1.95)	0.72 (0.54- 0.95)	0.78 (0.72- 0.85)	0.86 (0.79- 0.93)	0.97 (0.84- 1.13)

(a) I gruppi di riferimento non specificati nella tabella sono: i) risorse economiche sufficienti, adeguate o ottime; ii) per i rimanenti problemi ed eventi nessun problema od evento dello stesso tipo.

(b) Punteggi inferiori all'80% della mediana.

(c) Per la bassa numerosità delle osservazioni non è possibile calcolare i PRR della cattiva salute percepita. Pertanto in questo caso sono stati analizzati i PRR della salute riferita come non buona.

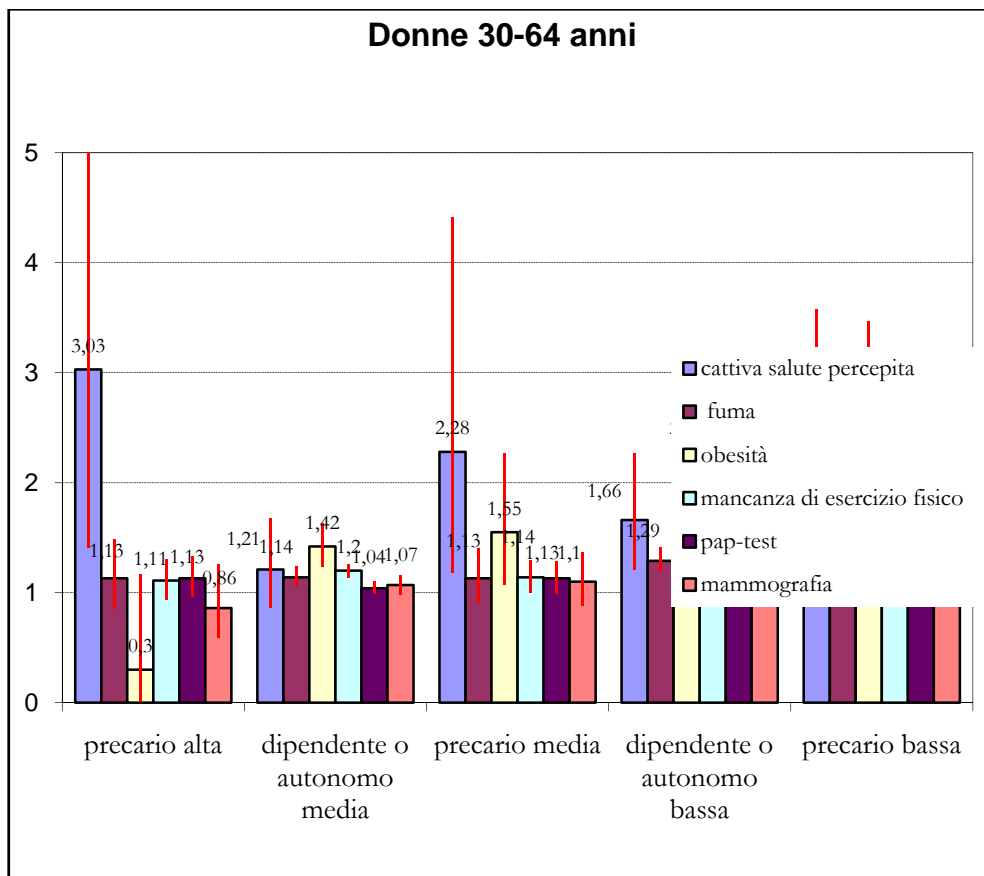
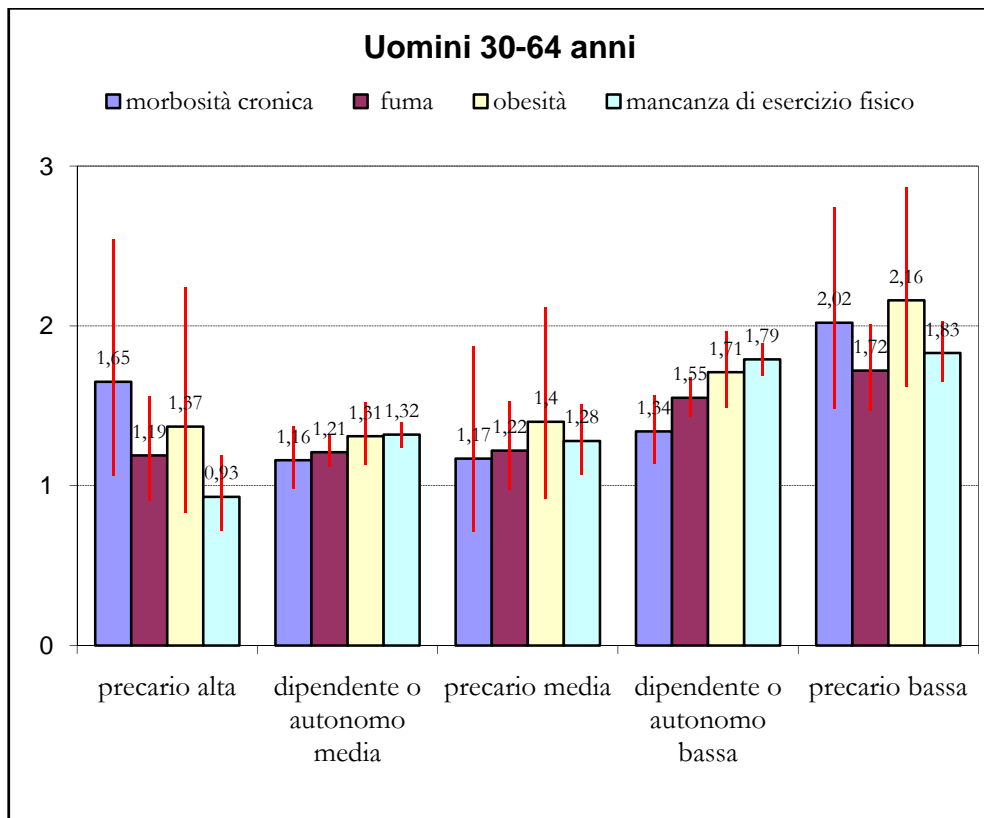


Fig. 2. Morbosità cronica e stili di vita per sesso, tipo di contratto lavorativo e livello di istruzione – Anni 2004-2005 (Rischi relativi di prevalenza e relativi intervalli di confidenza al 95% controllati per età. Gruppo di riferimento: lavoro dipendente o autonomo e alto livello di istruzione).

Tab. 2. Condizioni di salute dei giovani con 14-29 anni per sesso e caratteristiche socio-economiche. Anno 2005 (rischi relativi di prevalenza con intervallo di confidenza al 95% controllati per età (a))

		Ragazzi (N=9922)					Ragazze (N=9922)				
		Salute percepita non buona	Indice di stato fisico (b)	Indice di stato psicologico (b)	Indice di stato mentale (b)	Indice di vitalità (b)	Salute percepita non buona	Indice di stato fisico (b)	Indice di stato psicologico (b)	Indice di stato mentale (b)	Indice di vitalità (b)
Istruzione individuale (Gruppo di riferimento: alto)	Medio	1.02 (0.77- 1.35)	1.33 (0.84- 2.10)	0.89 (0.69- 1.15)	1.10 (0.87- 1.40)	1.09 (0.86- 1.39)	1.20 (0.98- 1.47)	1.06 (0.74- 1.51)	1.23 (1.01- 1.49)	1.17 (0.97- 1.40)	0.96 (0.83- 1.12)
	Basso	1.30 (0.97- 1.74)	1.90 (1.20- 3.02)	0.94 (0.72- 1.22)	1.32 (1.03- 1.68)	1.24 (0.97- 1.59)	1.65 (1.32- 2.06)	1.61 (1.10- 2.37)	1.25 (1.01- 1.56)	1.48 (1.21- 1.81)	1.12 (0.95- 1.32)
Istruzione familiare Gruppo di riferimento: alto)	Medio	1.18 (0.98- 1.42)	1.44 (1.11- 1.86)	0.97 (0.83- 1.13)	0.97 (0.85- 1.10)	0.93 (0.82- 1.05)	1.09 (0.93- 1.28)	1.09 (0.84- 1.40)	0.90 (0.79- 1.02)	1.04 (0.92- 1.18)	0.99 (0.89- 1.10)
	Basso	1.22 (1.02- 1.46)	1.41 (1.09- 1.81)	0.87 (0.74- 1.01)	0.97 (0.86- 1.10)	0.89 (0.78- 1.00)	1.31 (1.13- 1.53)	0.96 (0.75- 1.24)	0.87 (0.77- 0.98)	1.09 (0.96- 1.23)	0.97 (0.87- 1.07)
Disoccupazione individuale		1.55 (1.21-1.98)	1.56 (1.11-2.21)	1.41 (1.12-1.79)	1.44 (1.19-1.75)	1.20 (0.96-1.49)	1.45 (1.16-1.80)	0.96 (0.60-1.55)	1.11 (0.88-1.39)	1.17 (0.95-1.46)	0.91 (0.74-1.13)
Classe sociale familiare (Gruppo di riferimento: borghesia)	Classe media impiegatizia	1.21 (0.98- 1.50)	1.30 (0.98- 1.74)	1.05 (0.88- 1.24)	1.07 (0.93- 1.24)	0.99 (0.86- 1.14)	1.05 (0.87- 1.26)	1.06 (0.80- 1.41)	0.89 (0.78- 1.02)	0.95 (0.83- 1.09)	1.01 (0.90- 1.14)
	Piccola borghesia	1.15 (0.91- 1.45)	1.13 (0.81- 1.56)	0.84 (0.69- 1.03)	0.95 (0.81- 1.12)	0.99 (0.85- 1.16)	1.21 (1.00- 1.46)	0.87 (0.62- 1.22)	0.94 (0.81- 1.10)	1.01 (0.87- 1.17)	1.07 (0.94- 1.21)
	Classe operaia	1.32 (1.07- 1.62)	1.46 (1.11- 1.94)	0.90 (0.76- 1.07)	1.02 (0.89- 1.18)	0.92 (0.80- 1.06)	1.28 (1.08- 1.53)	1.18 (0.89- 1.56)	0.88 (0.76- 1.01)	0.99 (0.86- 1.13)	0.97 (0.86- 1.10)
Tipologia familiare (Gruppo di riferimento: coppia con 1, 2 minori)	Coppia con almeno 3 minori	1.06 (0.69- 1.63)	1.12 (0.70- 1.78)	0.84 (0.58- 1.22)	1.05 (0.81- 1.38)	1.07 (0.84- 1.36)	0.66 (0.40- 1.08)	1.02 (0.58- 1.79)	0.99 (0.76- 1.30)	0.98 (0.76- 1.25)	0.89 (0.70- 1.12)
	Monogenitore senza minore	1.69 (1.34- 2.14)	0.84 (0.57- 1.22)	1.25 (0.99- 1.56)	1.18 (0.98- 1.43)	0.96 (0.79- 1.17)	1.58 (1.27- 1.98)	1.41 (0.96- 2.09)	1.26 (1.04- 1.52)	1.17 (0.98- 1.41)	1.24 (1.06- 1.45)
	Monogenitore con almeno un minore	1.38 (1.00- 1.89)	0.93 (0.59- 1.46)	1.55 (1.22- 1.98)	1.58 (1.30- 1.91)	1.38 (1.15- 1.67)	1.55 (1.16- 2.06)	1.39 (0.89- 2.19)	0.90 (0.70- 1.17)	1.01 (0.81- 1.26)	0.97 (0.79- 1.19)
	Altro	1.11 (0.92- 1.32)	0.94 (0.75- 1.19)	1.03 (0.89- 1.21)	1.00 (0.88- 1.13)	0.88 (0.78- 1.00)	1.39 (1.18- 1.63)	1.31 (1.01- 1.71)	1.09 (0.96- 1.24)	0.97 (0.86- 1.09)	1.03 (0.92- 1.15)
Risorse economiche insufficienti		1.26 (0.98- 1.62)	1.30 (0.93- 1.82)	1.33 (1.07- 1.65)	1.43 (1.21- 1.69)	1.10 (0.91- 1.33)	1.34 (1.07- 1.67)	1.13 (0.75- 1.68)	1.14 (0.93- 1.39)	1.15 (0.95- 1.38)	0.94 (0.78- 1.13)
Gravi problemi economici (sfratto, indebitamento, ecc.)		1.99 (1.42- 2.81)	2.28 (1.46- 3.56)	2.66 (2.06- 3.43)	2.66 (2.18- 3.25)	2.05 (1.62- 2.61)	2.78 (2.19- 3.52)	2.27 (1.37- 3.76)	2.45 (1.97- 3.05)	2.74 (2.27- 3.31)	2.13 (1.76- 2.59)
Perdita del lavoro dell'individuo o di un familiare		1.22 (1.02- 1.45)	1.37 (1.09- 1.73)	1.14 (0.97- 1.35)	1.19 (1.04- 1.35)	1.09 (0.95- 1.25)	1.35 (1.16- 1.57)	1.16 (0.88- 1.53)	1.11 (0.97- 1.28)	1.16 (1.02- 1.33)	1.04 (0.92- 1.17)
Grave malattia o morte di una persona cara		1.18 (1.01- 1.37)	1.27 (1.04- 1.56)	1.44 (1.27- 1.64)	1.44 (1.30- 1.60)	1.32 (1.19- 1.47)	1.27 (1.12- 1.43)	1.39 (1.13- 1.71)	1.58 (1.43- 1.75)	1.56 (1.42- 1.72)	1.48 (1.36- 1.61)

(a) I gruppi di riferimento non specificati nella tabella sono: i) risorse economiche sufficienti, adeguate o ottime; ii) per i rimanenti problemi ed eventi nessun problema od evento dello stesso tipo. Per maggiori dettagli sulle modalità della variabile relativa alle condizioni abitative cfr. nota 6. (b)Punteggi inferiori all'80% della mediana.

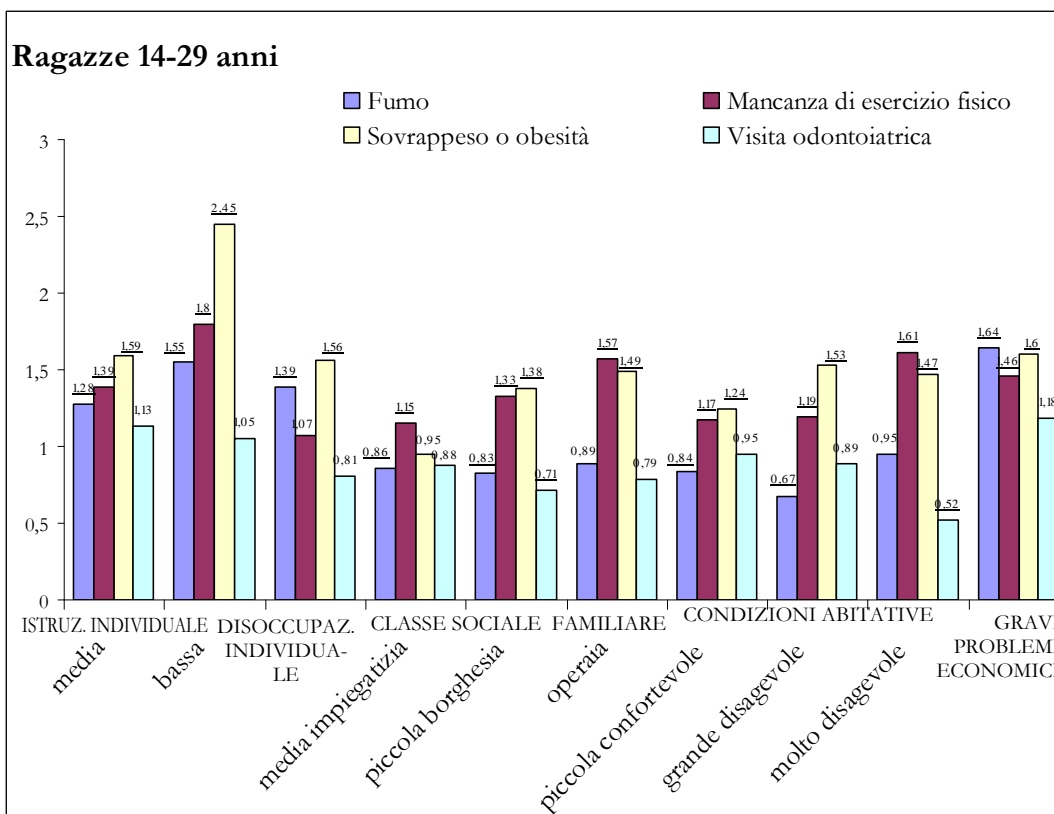
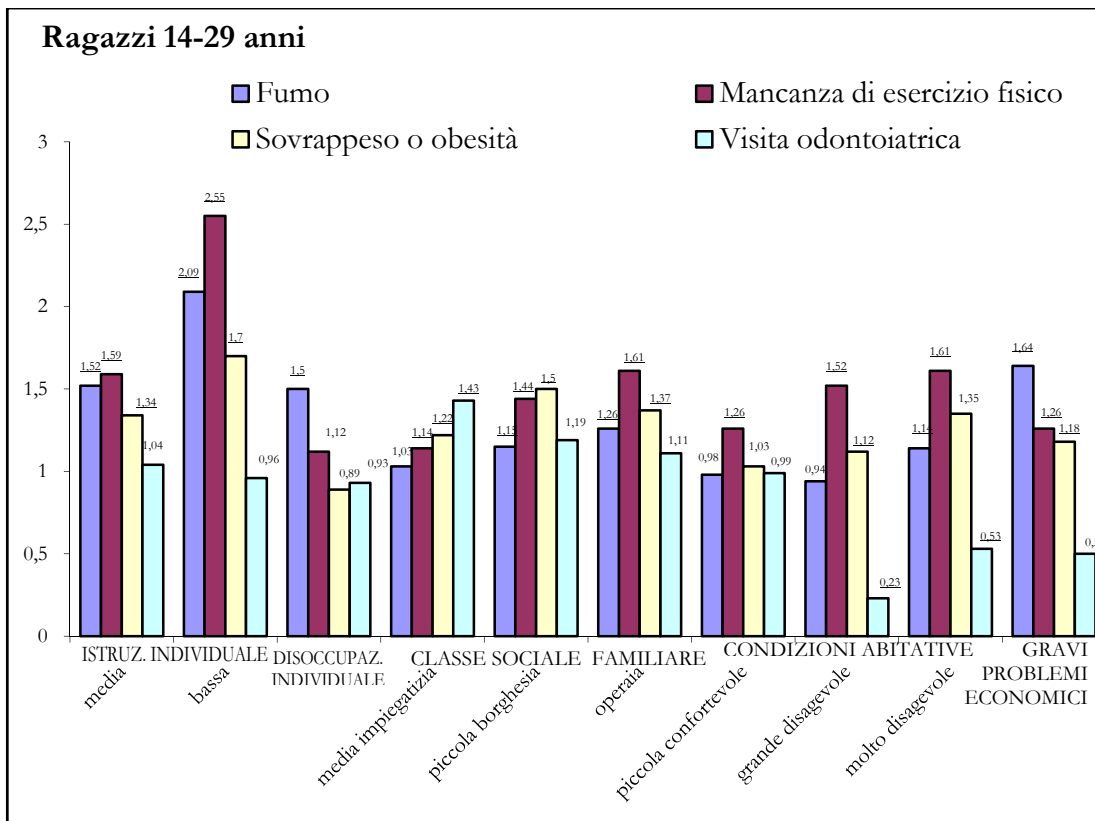


Fig. 2. Stili di vita dei giovani per sesso e caratteristiche socio-economiche Anni 2004-2005 (Rischi relativi di prevalenza controllati per età) (a).

(a) I gruppi di riferimento sono: i) alto livello di istruzione; ii) non disoccupato/a; iii) borghesia; iv) abitazione grande e confortevole; v) nessun grave problema economico. Per maggiori dettagli sulle modalità della variabile relativa alle condizioni abitative cfr. nota 6. I rischi relativi significativi (intervallo di confidenza al 95%) sono sottolineati.

Tab. 3. Condizioni di salute delle persone con 65-74 anni secondo il sesso e le caratteristiche socio-economiche. Anni 2004-2005 (rischi relativi di prevalenza con intervallo di confidenza al 95% controllati per età (a))

		UOMINI						DONNE					
UOMINI		Almeno due malattie croniche	Disabilità	Cattiva salute percepita	Fuma	Obesità	Mancanza di esercizio fisico	Almeno due malattie croniche	Disabilità	Cattiva salute percepita	Fuma	Obesità	Mancanza di esercizio fisico
Istruzione individuale (gruppo di riferimento: alto)	Medio	1.10 (0.99- 1.22)	1.38 (0.91- .09)	1.40 (1.03- 1.88)	0.98 (0.82- 1.17)	1.46 (1.17- 1.82)	1.36 (1.22- 1.51)	1.11 (0.97- 1.27)	1.10 (0.79- 1.52)	1.49 (1.16- 1.92)	0.70 (0.55- 0.89)	1.92 (1.46- 2.52)	1.16 (1.07- 1.27)
	Basso	1.18 (1.08- 1.29)	2.26 (1.58- 3.23)	2.28 (1.76- 2.95)	0.96 (0.83- 1.12)	1.70 (1.40- 2.07)	1.70 (1.54- 1.86)	1.21 (1.08- 1.36)	1.56 (1.18- 2.07)	1.92 (1.53- 2.41)	0.42 (0.34- 0.52)	2.19 (1.71- 2.81)	1.39 (1.29- 1.50)
Classe sociale familiare (gruppo di riferimento: borghesia)	Classe media impiegatizia	1.14 (1.02- 1.27)	1.16 (0.76- 1.77)	1.33 (0.97- 1.83)	1.03 (0.85- 1.25)	0.99 (0.79- 1.24)	0.93 (0.84- 1.04)	1.11 (0.96- 1.28)	1.04 (0.75- 1.46)	1.22 (0.94- 1.58)	0.83 (0.63- 1.09)	1.04 (0.80- 1.34)	0.98 (0.90- 1.07)
	Piccola borghesia	1.24 (1.12- 1.38)	1.35 (0.92- 1.99)	1.84 (1.37- 2.45)	0.88 (0.72- 1.06)	1.37 (1.12- 1.68)	1.39 (1.27- 1.52)	1.26 (1.09- 1.44)	1.25 (0.92- 1.71)	1.64 (1.29- 2.08)	0.53 (0.40- 0.71)	1.39 (1.10- 1.76)	1.22 (1.13- 1.32)
	Classe operaia	1.22 (1.10- 1.35)	1.93 (1.35- 2.75)	2.15 (1.63- 2.82)	1.09 (0.92- 1.29)	1.22 (1.01- 1.48)	1.28 (1.17- 1.40)	1.35 (1.18- 1.54)	1.31 (0.97- 1.76)	1.76 (1.39- 2.21)	0.53 (0.41- 0.68)	1.62 (1.29- 2.02)	1.21 (1.12- 1.30)
Tipologia familiare (gruppo di riferimento: coppia senza figli e senza isolati)	Persona sola	0.90 (0.82- 0.99)	0.99 (0.73- 1.35)	1.03 (0.81- 1.29)	1.34 (1.13- 1.58)	0.90 (0.74- 1.08)	0.94 (0.86- 1.03)	1.11 (1.02- 1.19)	1.25 (1.05- 1.48)	1.01 (0.89- 1.15)	1.74 (1.42- 2.12)	1.01 (0.88- 1.16)	0.95 (0.91- 1.00)
	Altro	0.94 (0.89- 1.00)	0.99 (0.80- 1.22)	1.20 (1.04- 1.39)	1.12 (0.99- 1.27)	0.90 (0.80- 1.02)	1.15 (1.09- 1.22)	1.01 (0.94- 1.09)	1.12 (0.95- 1.33)	1.07 (0.95- 1.21)	1.21 (0.99- 1.48)	1.16 (1.02- 1.31)	1.11 (1.06- 1.15)
Condizioni abitative (Gruppo di riferimento: grande e confortevole)	Piccola confortevole	1.02 (0.92- 1.13)	1.32 (0.96- 1.81)	1.63 (1.32- 2.00)	1.32 (1.11- 1.57)	1.04 (0.85- 1.27)	1.25 (1.16- 1.35)	1.21 (1.08- 1.35)	1.24 (0.95- 1.62)	1.31 (1.09- 1.57)	0.95 (0.70- 1.29)	1.29 (1.08- 1.55)	1.20 (1.13- 1.27)
	Grande disagevole	1.10 (0.99- 1.22)	1.83 (1.36- 2.46)	1.88 (1.52- 2.32)	1.20 (0.98- 1.47)	1.28 (1.05- 1.56)	1.46 (1.36- 1.57)	1.32 (1.20- 1.45)	1.75 (1.42- 2.14)	1.71 (1.48- 1.98)	0.62 (0.43- 0.88)	1.29 (1.08- 1.53)	1.34 (1.28- 1.40)
	Molto disagevole	1.14 (1.01- 1.29)	2.06 (1.47- 2.89)	2.32 (1.86- 2.91)	1.46 (1.18- 1.81)	0.93 (0.70- 1.23)	1.58 (1.47- 1.71)	1.30 (1.14- 1.48)	2.24 (1.77- 2.85)	1.99 (1.67- 2.37)	0.37 (0.19- 0.70)	1.48 (1.19- 1.83)	1.34 (1.27- 1.42)
Risorse economiche insufficienti		1.32 (1.16- 1.50)	2.03 (1.38- 2.99)	2.69 (2.14- 3.38)	1.31 (1.00- 1.72)	1.05 (0.77- 1.45)	1.18 (1.05- 1.34)	1.33 (1.16- 1.52)	2.75 (2.20- 3.43)	2.73 (2.36- 3.17)	1.27 (0.87- 1.86)	1.20 (0.94- 1.55)	1.13 (1.05- 1.22)
Gravi problemi economici (sfratto, indebitamento, ecc.)		1.58 (1.39- 1.80)	1.57 (0.89- 2.76)	2.81 (2.12- 3.71)	1.89 (1.43- 2.49)	1.37 (0.96- 1.95)	1.20 (1.03- 1.41)	1.56 (1.32- 1.85)	2.65 (1.92- 3.65)	2.74 (2.23- 3.36)	2.07 (1.34- 3.19)	1.21 (0.83- 1.75)	1.16 (1.04- 1.30)
Malattia o morte di una persona cara		1.13 (1.06- 1.21)	1.16 (0.93- 1.46)	1.11 (0.94- 1.31)	1.04 (0.91- 1.18)	0.97 (0.85- 1.12)	0.92 (0.87- 0.99)	1.12 (1.05- 1.20)	0.89 (0.76- 1.04)	1.10 (0.99- 1.23)	1.17 (0.99- 1.40)	0.99 (0.88- 1.11)	0.98 (0.95- 1.02)

(a) I gruppi di riferimento non specificati nella tabella sono: i) risorse economiche sufficienti, adeguate o ottime; ii) per i rimanenti problemi ed eventi nessun problema od evento dello stesso tipo. Per maggiori dettagli sulle modalità della variabile relativa alle condizioni abitative cfr. nota 6.

Tab. 4. Condizioni di salute e stili di vita degli adulti con 30-64 anni secondo il sesso e la ripartizione geografica. Anno 2005 (rischi relativi di prevalenza con intervallo di confidenza al 95% controllati per età (a))

	UOMINI					DONNE				
<b>14-29</b>										
	Salute percepita non buona	Fuma	Soprappeso o obesità	Mancanza di esercizio fisico	Visita odontoiatrica	Salute percepita non buona	Fuma	Soprappeso o obesità	Mancanza di esercizio fisico	Visita odontoiatrica
Nord -ovest	1.36 (1.11- 1.65)	1.13 (1.03- 1.25)	0.84 (0.76- 0.92)	0.61 (0.52- 0.70)	1.35 (0.98-1.87)	1.05 (0.88- 1.26)	2.08 (1.78- 2.44)	0.75 (0.69- 0.82)	0.98 (0.77- 1.26)	1.09 (0.82-1.45)
Nord -est	1.37 (1.10- 1.71)	1.05 (0.93- 1.17)	0.75 (0.67- 0.85)	0.74 (0.63- 0.86)	1.76 (1.26-2.47)	1.19 (0.98- 1.44)	1.91 (1.60- 2.28)	0.68 (0.61- 0.76)	0.94 (0.71- 1.25)	1.24 (0.92-1.69)
Centro - nord	1.29 (1.05- 1.60)	1.10 (0.99- 1.21)	0.81 (0.72- 0.90)	0.82 (0.71- 0.93)	1.37 (0.98-1.92)	1.24 (1.04- 1.47)	2.30 (1.96- 2.69)	0.76 (0.69- 0.83)	0.92 (0.70- 1.19)	1.11 (0.82-1.48)
Centro - sud	1.01 (0.83- 1.22)	1.02 (0.93- 1.12)	1.09 (1.01- 1.18)	0.94 (0.85- 1.05)	1.28 (0.95-1.71)	1.00 (0.86- 1.18)	1.52 (1.30- 1.78)	1.05 (0.98- 1.12)	1.23 (1.00- 1.51)	1.10 (0.86-1.41)
<b>30-64</b>										
	Almeno 1 malattia cronica	Cattiva salute percepita	Fuma	Obesità	Mancanza di esercizio fisico	Almeno 1 malattia cronica	Cattiva salute percepita	Fuma	Obesità	Mancanza di esercizio fisico
Nord -ovest	0.87 (0.79- 0.95)	0.57 (0.47- 0.69)	0.92 (0.88- 0.97)	0.75 (0.68- 0.82)	0.73 (0.70- 0.75)	0.97 (0.88- 1.07)	0.58 (0.50- 0.68)	1.33 (1.24- 1.43)	0.62 (0.55- 0.68)	0.71 (0.69- 0.73)
Nord -est	0.95 (0.86- 1.04)	0.54 (0.43- 0.68)	0.78 (0.73- 0.83)	0.77 (0.70- 0.86)	0.60 (0.57- 0.63)	0.99 (0.88- 1.10)	0.49 (0.40- 0.60)	1.20 (1.10- 1.30)	0.70 (0.62- 0.79)	0.54 (0.52- 0.57)
Centro - nord	0.91 (0.83- 1.00)	0.79 (0.66- 0.94)	0.97 (0.92- 1.02)	0.79 (0.72- 0.87)	0.74 (0.71- 0.76)	1.04 (0.94- 1.15)	0.82 (0.71- 0.95)	1.54 (1.43- 1.65)	0.77 (0.69- 0.85)	0.69 (0.67- 0.72)
Centro - sud	0.96 (0.88- 1.05)	0.87 (0.74- 1.03)	1.01 (0.97- 1.06)	0.93 (0.85- 1.01)	0.93 (0.90- 0.95)	1.03 (0.94- 1.14)	0.90 (0.78- 1.03)	1.24 (1.16- 1.33)	0.89 (0.81- 0.98)	0.92 (0.90- 0.94)
<b>65-74</b>										
	Almeno 2 malattie croniche	Cattiva salute percepita	Fuma	Obesità	Mancanza di esercizio fisico	Almeno 2 malattie croniche	Cattiva salute percepita	Fuma	Obesità	Mancanza di esercizio fisico
Nord -ovest	0.97 (0.89- 1.07)	0.58 (0.46- 0.71)	0.96 (0.80- 1.14)	0.88 (0.73- 1.06)	0.59 (0.55- 0.64)	0.79 (0.72- 0.87)	0.62 (0.53- 0.72)	3.14 (2.23- 4.42)	0.70 (0.60- 0.83)	0.66 (0.63- 0.69)
Nord -est	1.01 (0.91- 1.12)	0.52 (0.40- 0.69)	0.87 (0.70- 1.07)	0.96 (0.78- 1.18)	0.55 (0.50- 0.61)	0.84 (0.75- 0.94)	0.58 (0.47- 0.70)	3.14 (2.17- 4.54)	0.75 (0.62- 0.91)	0.58 (0.54- 0.62)
Centro - nord	1.12 (1.03- 1.23)	0.74 (0.60- 0.91)	0.92 (0.77- 1.10)	0.91 (0.75- 1.09)	0.61 (0.57- 0.66)	0.89 (0.81- 0.98)	0.79 (0.68- 0.91)	3.51 (2.49- 4.95)	0.82 (0.70- 0.97)	0.65 (0.62- 0.68)
Centro - sud	1.09 (0.99- 1.19)	0.89 (0.73- 1.07)	1.12 (0.95- 1.32)	1.17 (0.98- 1.39)	0.84 (0.79- 0.89)	0.94 (0.86- 1.03)	0.86 (0.75- 0.99)	1.84 (1.28- 2.66)	1.01 (0.87- 1.17)	0.84 (0.81- 0.87)

(a) Il gruppo di riferimento è il Sud.

Tab. 5. *Condizioni di salute e stili di vita degli adulti con 30-64 anni in coppia con almeno un figlio minore secondo il sesso, la condizione occupazionale della coppia e il numero di minori. Anno 2005 (rischi relativi di prevalenza con intervallo di confidenza al 95% controllati per età (a))*

UOMINI	Almeno 1 malattia cronica	Cattiva salute percepita	Indice di stato fisico (b)	Indice di stato psicologico (b)	Indice di stato mentale (b)	Indice di vitalità (b)	Fuma	Obesità	Mancanza di esercizio fisico	
1 occupato e 1,2 minori	1.12 (0.97- 1.29)	2.12 (1.50- 2.99)	1.27 (1.13- 1.44)	0.91 (0.81- 1.02)	1.14 (1.04- 1.24)	0.99 (0.92- 1.05)	1.25 (1.18- 1.32)	1.18 (1.06- 1.31)	1.26 (1.21- 1.31)	
1 occupato e >=3 minori	1.15 (0.83- 1.61)	0.65 (0.20- 2.07)	1.12 (0.85- 1.48)	0.97 (0.75- 1.24)	1.08 (0.88- 1.32)	1.08 (0.94- 1.24)	1.26 (1.12- 1.41)	1.37 (1.11- 1.70)	1.41 (1.31- 1.50)	
0 occupati >=1 minore	1.83 (1.45- 2.32)	11.31 (7.60-16.85)	2.56 (2.10- 3.12)	2.51 (2.11- 3.00)	2.67 (2.33- 3.07)	1.33 (1.16- 1.52)	1.32 (1.16- 1.50)	1.36 (1.08- 1.72)	1.54 (1.43- 1.65)	
DONNE	Almeno 1 malattia	Cattiva salute percepita	Indice di stato fisico (b)	Indice di stato psicologico (b)	Indice di stato mentale (b)	Indice di vitalità (b)	Fuma	Obesità	Mancanza di esercizio fisico	No pap-test
1 occupato e 1,2 minori	1.08 (0.90- 1.28)	2.17 (1.58- 2.97)	1.30 (1.16- 1.45)	0.98 (0.89- 1.07)	1.13 (1.05- 1.22)	0.92 (0.86- 0.99)	1.09 (1.00- 1.18)	1.41 (1.21- 1.64)	1.12 (1.08- 1.16)	1.46 (1.39-1.53)
1 occupato e >=3 minori	0.97 (0.63- 1.49)	1.01 (0.40- 2.50)	1.02 (0.77- 1.34)	0.85 (0.68- 1.07)	0.97 (0.81- 1.16)	1.02 (0.88- 1.18)	0.90 (0.74- 1.10)	2.03 (1.54- 2.68)	1.31 (1.23- 1.39)	1.69 (1.57-1.82)
0 occupati >=1 minore	1.36 (0.96- 1.93)	4.20 (2.61- 6.74)	1.66 (1.34- 2.07)	1.37 (1.13- 1.65)	1.52 (1.31- 1.76)	1.17 (1.02- 1.35)	1.04 (0.85- 1.28)	2.23 (1.72- 2.90)	1.39 (1.30- 1.48)	1.92 (1.78-2.07)

(a) Il gruppo di riferimento è costituito dalle coppie con entrambi i componenti occupati e almeno un minore.

(b) Punteggi inferiori all'80% della mediana.

Tab. 6. Condizioni di salute e stili di vita degli adulti con 30-64 anni in coppia con almeno un figlio minore secondo il sesso, la condizione lavorativa della coppia e il numero di minori. Anno 2005 (rischi relativi di prevalenza con intervallo di confidenza al 95% controllati per età (a))

UOMINI	Almeno 1 malattia cronica	Cattiva salute percepita	Indice di stato fisico (b)	Indice di stato psicologico (b)	Indice di stato mentale (b)	Indice di vitalità (b)	Fuma	Obesità	Mancanza di esercizio fisico	
Discrete condizioni lavorative per entrambi	1.11 (0.92- 1.34)	1.37 (0.78- 2.40)	1.21 (1.02- 1.44)	0.89 (0.77- 1.03)	1.03 (0.92- 1.17)	1.04 (0.95- 1.13)	1.30 (1.20- 1.41)	1.24 (1.07- 1.43)	1.32 (1.24- 1.39)	
Cattive condizioni lavorative della donna e < 3 minori	1.19 (0.95- 1.50)	1.62 (0.85- 3.09)	1.13 (0.91- 1.39)	0.81 (0.67- 0.98)	1.05 (0.90- 1.22)	0.87 (0.78- 0.98)	1.23 (1.11- 1.36)	1.19 (0.99- 1.42)	1.30 (1.21- 1.39)	
Cattive condizioni lavorative della donna e >=3 minori, oppure cattive condizioni lavorative dell'uomo e <3 minori, oppure cattive condizioni lavorative per entrambi e < 3 minori	1.37 (1.15- 1.64)	4.98 (3.14- 7.92)	1.85 (1.59- 2.16)	1.11 (0.97- 1.27)	1.44 (1.29- 1.61)	1.14 (1.05- 1.23)	1.58 (1.47- 1.71)	1.49 (1.30- 1.70)	1.67 (1.58- 1.76)	
Cattive condizioni lavorative dell'uomo e >=3 minori, oppure cattive condizioni lavorative per entrambi e >= 3 minori	1.56 (1.09-2.24)	2.48 (1.00-6.13)	1.72 (1.29-2.31)	1.16 (0.88-1.52)	1.28 (1.03-1.61)	1.21 (1.04-1.41)	1.68 (1.48-1.91)	1.55 (1.20-2.00)	1.89 (1.75-2.03)	
DONNE	Almeno 1 malattia cronica	Cattiva salute percepita	Indice di stato fisico (b)	Indice di stato psicologico (b)	Indice di stato mentale (b)	Indice di vitalità (b)	Fuma	Obesità	Mancanza di esercizio fisico	No pap test
Discrete condizioni lavorative per entrambi	1.10 (0.88- 1.38)	0.97 (0.60- 1.57)	1.03 (0.88- 1.21)	0.94 (0.84- 1.06)	1.08 (0.97- 1.19)	0.94 (0.87- 1.02)	1.23 (1.10- 1.37)	1.57 (1.26- 1.96)	1.22 (1.16- 1.28)	1.22 (1.14- 1.31)
Cattive condizioni lavorative della donna e < 3 minori	1.21 (0.92- 1.59)	1.69 (1.02- 2.80)	1.19 (0.99- 1.43)	0.88 (0.75- 1.02)	1.03 (0.90- 1.17)	0.79 (0.70- 0.88)	1.19 (1.04- 1.36)	1.47 (1.13- 1.93)	1.14 (1.07- 1.21)	1.44 (1.33- 1.56)
Cattive condizioni lavorative della donna e >=3 minori, oppure cattive condizioni lavorative dell'uomo e < 3 minori, oppure cattive condizioni lavorative per entrambi e < 3 minori	1.16 (0.93- 1.45)	2.72 (1.84- 4.00)	1.48 (1.28- 1.70)	1.06 (0.95- 1.19)	1.34 (1.22- 1.47)	1.01 (0.93- 1.10)	1.25 (1.12- 1.39)	2.28 (1.86- 2.80)	1.39 (1.32- 1.45)	1.84 (1.73- 1.95)
Cattive condizioni lavorative dell'uomo e >=3 minori, oppure cattive condizioni lavorative per entrambi e >= 3 minori	1.32 (0.83- 2.10)	1.44 (0.56- 3.69)	1.01 (0.72- 1.41)	0.93 (0.72- 1.19)	1.14 (0.93- 1.40)	1.00 (0.85- 1.19)	1.12 (0.90- 1.40)	3.56 (2.60- 4.87)	1.62 (1.51- 1.72)	2.08 (1.91- 2.26)

(a) Per la descrizione delle modalità della variabile sulla condizione lavorativa della coppia si veda lo schema di ricodifica riportato nella tabella 7. Il gruppo di riferimento è costituito dalle coppie con entrambi i componenti in buone condizioni lavorative.

(b)Punteggi inferiori all'80% della mediana.

Tab. 7. Schema di ricodifica della variabile sulla condizione lavorativa della coppia

UOMO	DONNA				
	Istruzione alta e lavoratrice dipendente o autonoma o precaria	Istruzione media e lavoratrice dipendente o autonoma	Dipendente o autonoma e istruzione bassa , oppure precaria istruzione media	Precaria istruzione bassa	Non lavora
Istruzione alta e lavoratore dipendente o autonomo o precario	<b>1= buone condizioni lavorative della coppia</b>	1	1	<b>2=discrete condizioni lavorative della coppia</b>	2
Istruzione media e lavoratore dipendente o autonomo	1	1	2	2	<b>3 =cattive condizioni lavorative della donna</b>
Dipendente o autonomo e istruzione bassa , oppure precario istruzione media	1	2	2	3	<b>5=cattive condizioni lavorative per entrambi</b>
Precario istruzione bassa	2	2	<b>4=cattive condizioni lavorative dell'uomo</b>	5	5
Non lavora	4	4	5	5	5

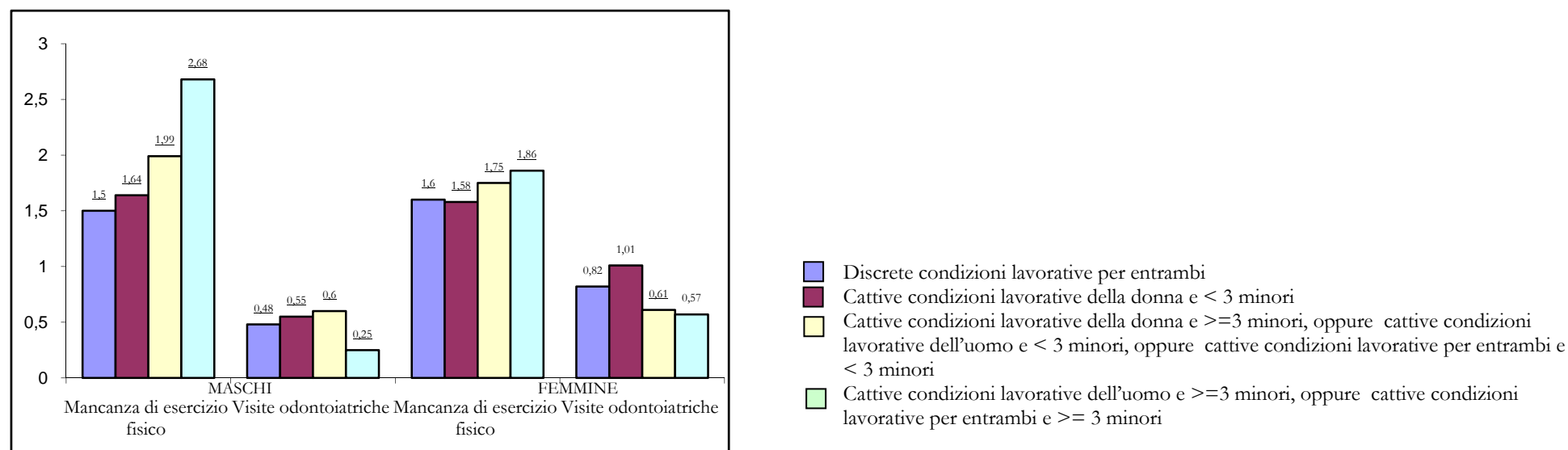


Fig. 3. Mancanza di esercizio fisico e ricorso alle visite odontoiatriche dei figli delle coppie con minori per sesso, condizione lavorativa della coppia e numero di minori. Anno 2005 (rischi relativi di prevalenza con intervallo di confidenza al 95% controllati per età (a)

(a) Per la descrizione delle modalità della variabile sulla condizione lavorativa della coppia si veda lo schema di ricodifica riportato nella tabella 7. Il gruppo di riferimento è costituito dalle coppie con entrambi i componenti in buone condizioni lavorative. I rischi relativi significativi (intervallo di confidenza al 95%) sono sottolineati.