

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Scienze Statistiche

Corso di Laurea Triennale in

STATISTICA PER L'ECONOMIA E L'IMPRESA



RELAZIONE FINALE

**EVOLUZIONE DELLA DISUGUAGLIANZA  
DI SALUTE IN ITALIA.  
EVIDENZE DAI DATI EU-SILC.**

**Evolution of health inequality in Italy.  
Evidence from EU-SILC data**

**Relatore:** Prof. Stefano Mazzuco  
Dipartimento di Scienze Statistiche

**Laureanda:** Erica Cavallaro  
Matricola N° 1191778

Anno Accademico 2021/2022



*Ai miei genitori.*



# Indice

<b>Premesse e finalità</b>	<b>6</b>
<b>Capitolo 1</b>	<b>9</b>
1.1 Perché studiare le disuguaglianze di salute? . . . . .	9
1.2 Fattori che condizionano la salute. . . . .	11
1.3 Responsabilità politica e strategie per l'equità . . .	14
<b>Capitolo 2</b>	<b>17</b>
2.1 L'indagine EU-SILC e il suo regolamento . . . . .	17
2.2 Popolazione obiettivo e piano di campionamento .	19
<b>Capitolo 3</b>	<b>21</b>
3.1 Indagine sulle condizioni di vita (EU-SILC) . . . . .	21
3.2 Le variabili oggetto di studio . . . . .	23
3.3 Scelta dell'indicatore di benessere . . . . .	25
3.4 Analisi descrittiva dei dati EU-SILC: componente trasversale 2004-2018 . . . . .	26
3.5 Le variabili che presentano una forte relazione con il reddito . . . . .	36
3.6 Le variabili che presentano una forte relazione con il livello di salute percepito . . . . .	38
3.7 Confronto della disuguaglianza nel tempo . . . . .	43
<b>Conclusioni</b>	<b>47</b>
<b>Appendice A</b>	<b>51</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>71</b>



# Premesse e finalità

Perché è importante affrontare le disuguaglianze di salute?

Le disuguaglianze nella salute riflettono il modo in cui a un gran numero di persone vengono negate le risorse per la salute e ulteriori anni di vita. La salute comprende anche la capacità di una persona di condurre una vita produttiva a livello sociale ed economico. Essa stessa è anche la chiave per il benessere, la felicità e la soddisfazione di una persona.

Fattori complessi e interconnessi causano le disuguaglianze di salute. Esse derivano principalmente da fattori socio-politici che portano a differenze nella distribuzioni di potere, denaro e risorse tra le diverse classi sociali, come ad esempio la disponibilità dell'occupazione, dei trasporti, dell'accesso ai servizi sociali. Tali fattori sono indicati come determinanti della salute.

I determinanti della salute sono i fattori che influenzano lo stato di salute di un individuo e - più estesamente - di una comunità o di una popolazione, e possono essere raggruppati in varie categorie come, ad esempio, le condizioni di vita e di lavoro e le condizioni generali socio-economiche.

Si tratta di temi importanti e non differibili, che coinvolgono le Istituzioni e la società civile. Queste disuguaglianze, non giustificate dal punto di vista biologico, devono essere viste come qualcosa di evitabile

attraverso opportune politiche e adeguate strategie economiche, sollecitando soluzioni concrete in termini di garanzie di welfare, con particolare riferimento alla tutela della salute che l'articolo 32 della Costituzione italiana riconosce come fondamentale diritto, senza distinzioni di condizioni individuali o sociali.

Negli ultimi anni l'interesse nei confronti dei determinanti della salute è cresciuto: a livello mondiale, l'interesse è stato garantito dalla Commissione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, la quale, nel 2008, in un documento intitolato "*Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*" analizza l'impatto dei determinanti sociali su specifiche condizioni di salute e presenta promettenti interventi per migliorare l'equità.

Nel primo capitolo si introduce il concetto di disuguaglianza sotto vari punti di vista e possibili definizioni, andando anche ad analizzare le possibili politiche di contrasto e strategie per risolvere questo problema.

Nel secondo capitolo invece viene presentato il regolamento dell'indagine ed il tipo di campionamento scelto.

Infine, nel terzo capitolo vengono descritte le variabili prese in considerazione nell'analisi e per poi andare ad analizzare e stimare la dimensione italiana del fenomeno, partendo dai dati EU-SILC

Questa tesi si propone di mettere in evidenza l'evoluzione delle disuguaglianze di salute in Italia dal 2004 al 2018 tramite l'analisi dei dati EU-SILC in modo da capirne lo sviluppo e studiarne l'andamento.

Buona lettura!

# Capitolo 1

## 1.1 Perché studiare le disuguaglianze di salute?

Il concetto di salute si è modificato nel corso degli anni passando da un'accezione negativa, dove la salute veniva intesa come assenza di malattia, ad un concetto positivo di benessere fisico, mentale e sociale dell'individuo all'interno del contesto sociale in cui si vive.

Le disuguaglianze di salute sono differenze ingiuste ed evitabili nella salute tra la popolazione e tra i diversi gruppi all'interno della società. Le disuguaglianze di salute sorgono a causa delle condizioni in cui nasciamo, cresciamo, viviamo, lavoriamo e invecchiamo. Queste condizioni influenzano fortemente le nostre opportunità di buona salute e il modo in cui pensiamo e questo, di conseguenza, determina la nostra salute mentale, fisica e il nostro benessere.

Queste differenze sistematiche nello stato di salute dei diversi gruppi di popolazione hanno costi sociali ed economici significativi sia per gli individui che per la società. Più alto è lo status socio-economico di un individuo, più è probabile che sia sano. È il reddito o il livello di istruzione a determinare lo stato socio-economico.

Nonostante il continuo aumento del livello medio della salute osservato negli ultimi decenni, importanti differenze in termini di speranza di vita, malattie e disabilità sono invece presenti all'interno del Paese.

Negli ultimi anni l'OMS ha prodotto diversi documenti in tema di disuguaglianze di salute proponendo inoltre delle raccomandazioni per la riduzione delle stesse. In risposta alla crescente preoccupazione su queste ingiustizie che persistono e si espandono, nel 2005 l'OMS ha istituito la Commissione sui Determinanti sociali della salute (composta da accademici, ricercatori, tecnici, ex ministri della salute) con lo scopo di descrivere i legami fra i determinanti sociali, ingiustizie sociali e iniquità relative allo stato di salute delle popolazioni, raccogliere e ordinare le evidenze scientifiche, promuovere e stimolare gli sforzi dei Paesi, ad esempio elaborando progetti innovativi che possano essere esempio di pratiche efficaci.

A distanza di tre anni, nel 2008, la Commissione ha pubblicato il report finale sui determinanti sociali di salute [WHO, 2008] con l'obiettivo di mostrare il loro impatto sulla salute diseguale, formulando nello stesso, raccomandazioni per la promozione di politiche di contrasto capaci di ridurre il gradiente sociale. Nel 2009 viene constatato, tramite una comunicazione della Commissione europea [Commissione Europea, 2009], quanto ancora fosse carente la consapevolezza dell'esistenza delle disuguaglianze e le loro conseguenze: nei mesi successivi, le istituzioni europee hanno chiesto ai paesi membri di fare la loro parte.

Per rispondere alle sollecitazioni, nel 2012, in Italia, la Commissione Salute della Conferenza delle Regioni ha dato il via ad un gruppo di lavoro che, cinque anni dopo, ha prodotto il rapporto *“L'Italia per l'Equità nella Salute”* [Ministero della Salute, 2017]. Il documento riporta le principali azioni mirate alla promozione di politiche sanitarie (e non) per contrastare le disuguaglianze di salute.

Inoltre, nel Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, il Ministero della Salute ha identificato necessario un approccio efficace e sistematico per affrontare la lotta alle disuguaglianze nello stato di salute. Per raggiungerlo, il PNP delinea un sistema di azioni che agiscano sull'intero ciclo di vita delle famiglie, e che garantiscano la trasversalità degli interventi tra i diversi settori, istituzioni e servizi.

## **1.2 Fattori che condizionano la salute**

Il problema delle disuguaglianze nel settore della sanità è stato ampiamente trattato dalla letteratura scientifica [WHO, 2008], soprattutto per individuarne le principali determinanti. La salute di una popolazione non dipende solamente dalla presenza di un sistema sanitario di qualità o accessibile universalmente, ma è anche il risultato dell'interazione degli individui in un dato contesto socio-economico e culturale.

Per questo motivo vi è la necessità di un'azione collettiva: ciò è avvenuto a partire dagli anni '70, sia a livello di istituzioni internazionali (nel 1977 la trentesima Assemblea Mondiale della Salute, massimo organo della OMS, adottò l'obiettivo della "Salute per tutti entro l'anno 2000" nel quale si legge che *"il principale obiettivo sociale dei governi e dell'OMS nei decenni futuri fosse il raggiungimento entro l'anno 2000 per tutti i cittadini del mondo di un livello di salute tale da portare ad una vita socialmente ed economicamente produttiva"*) [OMS, UNICEF, Alma-Ata, 1978], sia a livello di ricerca scientifica.

Secondo lo studio dell'OMS e della Banca mondiale delle malattie e degli incidenti sulla salute [Global Burden of Disease], nel 2001, nei paesi con ad alto reddito, un terzo degli anni persi a causa della disabilità è dovuto

a fattori di rischio legati all'alimentazione e all'attività fisica. Occorre, quindi, agire anche su fattori determinanti del contesto socio-economico e fisico degli individui

In merito, la Commissione sui Determinanti Sociali della Salute, promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, studia la relazione, le cause e le conseguenze di questi meccanismi di generazione delle disuguaglianze di salute con l'obiettivo di spiegarne le disparità e di individuare strategie di prevenzione e di politiche sanitarie.

Le disuguaglianze nello stato di salute dipendono da numerosi fattori correlati e sovrapposti. Esiste una distinzione importante tra le disuguaglianze intrinseche allo stato di salute (ad esempio la genetica) e quelle causate da sistemi e strutture sociali, privilegi e potere, potenzialmente evitabili (note anche come iniquità di salute).

Le determinanti dell'assistenza sanitaria sono fattori che influenzano lo stato di salute degli individui e delle comunità. Fattori genetici, stili di vita, organizzazione delle cure, condizioni di vita e di lavoro e contesto generale socio-economico, culturale e ambientale vengono definiti determinanti della salute: ogni categoria ha una diversa conseguenza e un differente livello di influenza sulle disparità sociali.

La principale categoria da prendere in considerazione è quella riguardante i determinanti distali di salute, cioè le condizioni che determinano un diverso grado di capacità di controllo sulle risorse (materiali, sociali, di status ecc.) e che vengono misurati attraverso il livello di istruzione, condizione occupazionale, posizione nella professione, reddito, reti familiari, ecc.

La seconda categoria, causata dalla stratificazione sociale, contiene invece i cosiddetti determinanti prossimali di salute, e sono quei fattori di rischio più direttamente responsabili dell'insorgere di un problema di salute o della sua evoluzione verso esiti sfavorevoli: i fattori ambientali e lavorativi (es. esposizione ad agenti chimici), comportamentali (tutti gli stili di vita:

fumo, alcool, alimentazione errata, sedentarietà, ecc.), e la limitazione di accesso ai fattori protettivi per la salute (ad esempio l'accessibilità ai servizi sanitari).

Ognuno di questi meccanismi rappresentano un potenziale punto di ingresso per le politiche e gli interventi di contrasto che coinvolgono solo in parte il sistema sanitario: spesso ricadono sotto la responsabilità di istituzioni che possono influenzare la stratificazione sociale, diminuire la vulnerabilità e prevenire le conseguenze sociali evitabili. Tuttavia, l'autonomia e la discrezionalità di un individuo è condizionata da fattori esterni dal suo potere di controllo, perfino le scelte relative ai principali stili di vita come esercizio fisico, dieta e fumo sono influenzate da circostanze socio-economiche che ne limitano la libertà di scelta.

## 1.3 Responsabilità politica e strategie per l'equità

Gli obiettivi prioritari di un investimento nazionale per l'equità di salute dovrebbero essere focalizzati sui determinanti e sui meccanismi che causano la maggiore quantità di disuguaglianza. Tali obiettivi dovrebbero dunque tenere in considerazione i seguenti aspetti, descritti nel saggio intitolato “Le disuguaglianze di salute: una sfida per le discipline che si occupano di valutazione delle politiche” [Costa, 2009]:

- 1) dal momento che le opportunità di salute si determinano già nei primi anni di vita, sarebbe appropriato investire nelle capacità genitoriali e nelle condizioni di vita prescolare, cosicché è possibile far crescere le possibilità di apprendimento di competenze utili per la salute;
- 2) dato che i principali determinanti della salute sono riguardanti l'occupabilità e la qualità del lavoro, le politiche per la qualità della salute dovrebbero essere orientati verso la promozione della salute nei luoghi di lavoro, i programmi per il sostegno al reddito e di contrasto alla povertà;
- 3) sostenibilità urbana, riqualificazione ambientale e politiche abitative sono solo alcuni piani volti a migliorare le condizioni di vita fisiche e relazionali nei diversi contesti, siano essi casa, città, comunità, quartieri, ecc.;
- 4) accesso alle cure, mediante il miglioramento dell'equità di accesso all'assistenza sanitaria. I punti più sensibili alle disuguaglianze sociali sono i meccanismi di controllo della domanda (liste di attesa, ticket ed esenzioni), di controllo dell'offerta (allocazione delle risorse) e la gestione della qualità e continuità delle procedure e della conduzione dei percorsi assistenziali.

È inoltre necessario che le azioni di contrasto delle disuguaglianze di salute privilegiassero una strategia di tipo universalistico, dal momento che spesso le disuguaglianze crescono in misura progressiva e parallela all'aumentare dello svantaggio sociale. In questo modo ci si può avvicinare al miglioramento della salute di tutta la popolazione, in modo proporzionale all'intensità delle differenze socio-economiche.

Se è quindi importante agire sugli individui perché adottino uno stile di vita sano, questo tipo di intervento sanitario non è sufficiente per migliorare lo stato generale di salute della popolazione: occorre agire anche sui fattori che determinano il contesto socio-economico e fisico dell'individuo, nonché sui fattori socio-ambientali, essendo questi dipendenti dal funzionamento del sistema globalizzato.

Una politica sanitaria moderna deve occuparsi di tutta l'organizzazione della società, per comprendere in quale misura le condizioni ambientali, sociali, familiari, di trasporto, economiche, influenzano lo stato di salute di una popolazione. Il miglior investimento per ridurre in modo durevole e incisivo i costi della salute consiste nel promuovere un mondo sano, con luoghi di lavoro sani, e un'organizzazione sociale rispettosa delle caratteristiche dell'essere umano.

Risulta, quindi, chiaro che solo l'intersettorialità può consentire, grazie all'integrazione delle politiche tra i diversi settori, il conseguimento dell'obiettivo di "*equità*".



# Capitolo 2

## 2.1 L'indagine EU-SILC e il suo regolamento

Il sistema statistico EU-SILC (European Statistics on Income and Living Conditions), costituisce una delle principali fonti di dati per i rapporti dell'Unione Europea, istituito con un suo regolamento n. 1177/2003, e che ha come obiettivo principale la produzione sistematica di statistiche comunitarie su reddito, povertà ed esclusione sociale, puntando all'armonizzazione di un insieme di indicatori statistici.

L'indagine è pensata per la produzione di due tipologie di stime su queste tematiche:

- a) **le stime trasversali**, rilevate ogni anno e che forniscono la base per confronti coerenti tra le condizioni di vita, l'incidenza e la gravità di povertà ed esclusione sociale a livello individuale tra i paesi membri;
- b) **le stime longitudinali**, rilevate ogni quattro anni e che sono rese possibili dalla struttura del piano di campionamento e sono finalizzate a rendere possibile l'analisi della dinamica micro-economica di questi indicatori a livello aggregativo.

Il regolamento, inoltre, precisa la responsabilità dei paesi membri e di Eurostat nel progetto e definisce un insieme di regole comuni al fine di

migliorare la qualità, la tempestività e la comparabilità dei dati. Il requisito della tempestività dei dati è stato riconosciuto come uno dei principali obiettivi della rilevazione e prevede che i dati trasversali e longitudinali, che possono derivare da fonti separate, siano rilasciati secondo un calendario diverso. Il requisito della comparabilità, invece, riguarda le diverse metodologie adottate dai diversi Istituti nazionali dei paesi membri e la loro evoluzione del corso del tempo e che si configura come un processo di convergenza graduale.

La rilevazione del reddito monetario è uno degli obiettivi principali dell'indagine EU-SILC. Il reddito è il mezzo principale attraverso cui gli individui acquistano beni e servizi sul mercato ed è quindi impiegabile come proxy delle risorse che gli individui e le famiglie hanno a disposizione per soddisfare i propri bisogni. L'indagine EU-SILC costituisce quindi la base informativa attraverso cui costruire indicatori di benessere e povertà basati sul reddito disponibile. Tuttavia, l'indagine non è limitata alla sola misurazione del reddito, ma include anche numerose domande sulle condizioni di salute, economiche, nonché di una molteplicità di variabili che misurano le condizioni materiali di vita delle famiglie e che permettono di ricostruire un quadro della diffusione del benessere e dell'incidenza della povertà.

## **2.2 Popolazione obiettivo e piano di campionamento**

La popolazione di riferimento o obiettivo dell'indagine EU-SILC è costituita da tutti i componenti delle famiglie residenti in Italia, anche se temporaneamente all'estero. Sono escluse le famiglie residenti in Italia che vivono abitualmente all'estero e i membri permanenti delle convivenze istituzionali. Per unità di rilevazione, in questo caso, si intende la famiglia di fatto, ovvero un insieme di persone legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela, o da vincoli affettivi.

Tutti i membri delle famiglie campionate di età superiore a 15 anni sono stati intervistati.

L'Italia partecipa al sistema statistico con un'indagine sul reddito e le condizioni di vita delle famiglie, condotta ogni anno a partire dal 2004: l'indagine è condotta su un campione di circa 40mila famiglie (per un totale di 88mila individui), distribuite su oltre 880 comuni italiani di diversa ampiezza demografica. Le famiglie vengono estratte casualmente dagli archivi anagrafici nazionali oppure dall'elenco dei nominativi già coinvolti nel Censimento permanente della popolazione secondo il seguente disegno campionario.

È stato definito un disegno di rilevazione di tipo panel ruotato dove un campione permanente di unità statistiche vengono contattate in successivi periodi di tempo con sostituzione a rotazione delle stesse con lo scopo di ottenere uno studio delle dinamiche e delle determinanti dei comportamenti. Il campione annuale EU-SILC per l'Italia è composto dall'unione di quattro campioni longitudinali, e ogni anno viene rinnovato un quarto del campione:

le unità selezionate parteciperanno a quattro successive indagini per poi uscire dal campione.

L'indagine viene svolta annualmente nei mesi di settembre/ottobre: è il periodo successivo alle dichiarazioni dei redditi in modo da dare la possibilità alle famiglie e agli individui di poter utilizzare le informazioni derivanti dalle proprie dichiarazioni fiscali. Le domande relative al reddito fanno riferimento, quindi, al reddito percepito nell'anno precedente (*anno t-1*) a quello dell'intervista, mentre le informazioni familiari e individuali che caratterizzano la condizione di vita attuali fanno riferimento al periodo dell'intervista (anno *t*), come ad esempio l'attuale condizione lavorativa, l'istruzione, il possesso di beni durevoli, ecc.

Per quanto riguarda la raccolta dei dati, l'indagine è condotta con tecnica mista: alcune famiglie sono intervistate con il metodo CAPI, mentre altre sono state intervistate telefonicamente attraverso il metodo CATI.

Nello specifico, questo lavoro si baserà sui dati EU-SILC 2004-2018.

# Capitolo 3

Dopo aver illustrato le disuguaglianze socio-economiche di salute e le caratteristiche generali dell'indagine EU-SILC di riferimento, in questo capitolo si andrà a descrivere le variabili interessate e quindi a studiare la situazione italiana tramite l'analisi dei dati.

Per l'elaborazione dei dati verrà utilizzato il software statistico R - Version 4.1.2.

## **3.1 Indagine sulle condizioni di vita (EU-SILC)**

L'analisi sulla scomposizione socio-economica della salute è stata effettuata sui dati dell'indagine ISTAT sulle condizioni di vita. L'obiettivo principale è quello di conoscere la situazione economica e le condizioni di vita delle famiglie italiane.

I principali aspetti trattati nell'indagine sono:

1. Dati anagrafici (genere, età, istruzione)
2. Condizione di salute
3. Fonti di reddito

I dati raccolti dall'ISTAT sono contenuti in quattro dataset:

- **Household Register (D-file):** è il registro familiare che contiene le informazioni generali sullo stato dell'intervista di tutte le famiglie idonee all'indagine in un determinato anno. Vi sono quindi le informazioni riguardanti l'accettazione da parte delle famiglie di partecipare al questionario e deve contenere ogni nucleo familiare selezionato, compresi quelli in cui non è stato possibile contattare l'indirizzo o non è stato possibile intervistare tali famiglie. *(negli altri file, i record relativi a un nucleo familiare esisteranno solo se il nucleo familiare è stato contattato e ha completato un colloquio con la famiglia);*
- **Household Data (H-file):** raccoglie informazioni a livello familiare sullo stato dell'abitazione (numero di stanze, problemi di luminosità, pulizia e cura della casa), sulla zona in cui si vive (inquinamento, crimini, violenze), sulla capacità di rispettare le scadenze dei pagamenti delle bollette o di sostenere la spesa per una vacanza, o una spesa improvvisa, sul possesso del telefono, del televisore, del computer, dell'auto e della lavatrice, ecc. contiene inoltre tutte le informazioni relative al reddito.
- **Personal Register (R-file):** è il registro personale contenente le informazioni anagrafiche e alcune informazioni generali sull'assistenza e la cura dei figli minori di tutti gli individui che vivono attualmente presenti in un determinata famiglia (o che sono momentaneamente assenti);

- **Personal Data (P-file):** contiene, per ogni individuo con almeno 15 anni d'età, tutte le informazioni anagrafiche, sul livello di istruzione, reddito, disabilità, sulla condizione professionale e sui sussidi per disoccupazione, vecchiaia e malattia, eventualmente ricevuti.

## 3.2 Le variabili oggetto di studio

La variabile risposta del nostro modello è la *salute in generale* (PH010) ed è misurata dalla salute percepita, quindi, per sua natura, è una variabile soggettiva, limitata alla valutazione effettuata dall'individuo e non dall'intervistatore. Si riferisce alla salute in generale, e cioè si intende stimare le dimensioni della salute fisica, sociale, emotiva e gli eventuali sintomi clinici, omettendo l'età e lo stato di salute precedente.

Vengono proposte cinque categorie di risposta classificate con 1(Molto buona), 2(Buona), 3(Né bene né male), 4(Male), 5(Molto male). È stato dimostrato che si tratta di una misura riproducibile e valida, associata con la mortalità, il declino funzionale e il ricorso ai servizi sanitari. Inoltre, i rispondenti giudicano il proprio stato di salute in modo relativo, in base alle circostanze, alle proprie aspettative e a quelle dei pari [Fleishman JA, Zuvekas SH., 2007].

Un'altra variabile che verrà presa in considerazione è la variabile *istruzione* (PE040): registra il livello di istruzione effettivamente conseguito ed è di conseguenza una misura oggettiva. Rappresenta il livello di istruzione, relativo all'anno di riferimento dell'indagine, di una persona in base al

programma educativo che è riuscita a completare con successo conseguendo il relativo titolo. Anch'essa è una variabile categoriale con sei categorie:

- 0: preprimaria
- 1: istruzione primaria (elementare)
- 2: istruzione secondaria inferiore (scuola media)
- 3: istruzione secondaria superiore (scuole superiori)
- 4: brevi corsi professionali
- 5: laurea
- 6: dottorato di ricerca

La variabile *genere*, identificata dal codice PB150, è invece una variabile oggettiva, dicotomica naturale con due categorie: 1 per indicare il sesso maschile, e 2 per indicare il sesso femminile.

Un'altra variabile utile per questa analisi è quella riguardante le *malattie croniche* (PH020): è una variabile oggettiva e rileva lo stato cronico della malattia di lunga durata (da almeno 6 mesi). Le risposte, 1 (Sì) e 2 (No), rispondono alla domanda "Lei è affetto da malattia cronica o problemi di salute di lunga durata?"

Collegata alla precedente, vi è anche la variabile PH030 che propone la seguente domanda: "*A causa di problemi di salute, in che misura lei ha delle limitazioni che durano da almeno sei mesi nelle attività che le persone abitualmente svolgono?*". È una variabile oggettiva con le seguenti categorie:

- 1: limitazioni gravi
- 2: limitazioni non gravi
- 3: nessuna limitazione.

Come detto in precedenza, all'intervista partecipano gli individui presenti in famiglia con almeno 15 anni di età, e viene quindi utilizzata la variabile

*età* (PB140) che riporta l'anno di nascita di ciascun individuo. Si noti che per l'analisi riguardante il livello di istruzione, l'età viene suddivisa in classi a partire dai 25 anni in modo tale da considerare solo il livello di studio finale conseguito da ciascun individuo.

### **3.3 Scelta dell'indicatore di benessere**

La maggior parte degli indicatori di povertà e disuguaglianze socio-economica che formano l'oggetto di questo studio sono calcolati sulla base del reddito disponibile (o effettivamente utilizzabile) equivalente. La definizione di tale è stata accettata internazionalmente, ed accolta dal progetto EU-SILC: il reddito è la quantità massima di moneta che un individuo può spendere per consumi senza diminuire la propria ricchezza, cioè senza vendere parte del proprio patrimonio e senza fare nuovi debiti.

Ciò significa che il reddito, in questa analisi, non viene visto come la definizione classica, che non è altro che la somma dei consumi e dei risparmi, ma è uguale alla somma dei redditi netti, delle imposte personali sui redditi, delle imposte patrimoniali e dei contributi sociali a carico dei lavoratori. La variabile utilizzata nello studio è il reddito identificato dal codice HX090.

### 3.4 Analisi descrittiva dei dati EU-SILC: componente trasversale 2004-2018

Per poter analizzare i dati, è stato necessario unire i file P e R relativi alle informazioni dell'individuo. Inoltre, la variabile reddito, estratta dal file H, è stata discretizzata e divisa in quantili, per poi essere unita in un unico dataset insieme alle informazioni individuali.

Come si può notare dalla Tabella 3.1, la percezione della salute in generale, in Italia, dal 2004 al 2018 è *buona e molto buona* attestandosi un valore pari a poco più del 55% nel 2004. Si nota come nel 2010 questo valore aumenta del 10% rimanendo costante negli anni consecutivi, per concludere nel 2018 con un livello dello stesso rilevato pari al 71%. Particolare attenzione la si pone anche alla risposta data come *Male o molto male*: nel 2007 aumenta drasticamente e raggiunge il suo picco nel 2011 (2,70% della popolazione ritiene sia questo il suo livello di salute), dal quale poi diminuisce in modo costante fino a toccare quasi il 7% delle risposte totali nel 2018.

**Tabella 3.1** – Risposte ottenute dagli individui intervistati alla domanda “Salute percepita”. Valori in percentuale rispetto a ciascun anno. Anni 2004- 2018, Italia.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>SALUTE PERCEPITA</b>	%	%	%	%	%	%	%
<i>Molto buono</i>	13,67	13,65	13,50	11,95	12,59	13,04	14,75
<i>Buono</i>	43,49	44,19	43,46	51,74	50,77	50,67	51,62
<i>Né bene né male</i>	32,41	32,18	32,74	25,44	25,73	25,77	24,46
<i>Male</i>	8,46	8,19	8,40	8,45	8,71	8,19	7,23
<i>Molto male</i>	1,98	1,79	1,88	2,40	2,23	2,33	1,93

Tabella 3.1 – (continua)

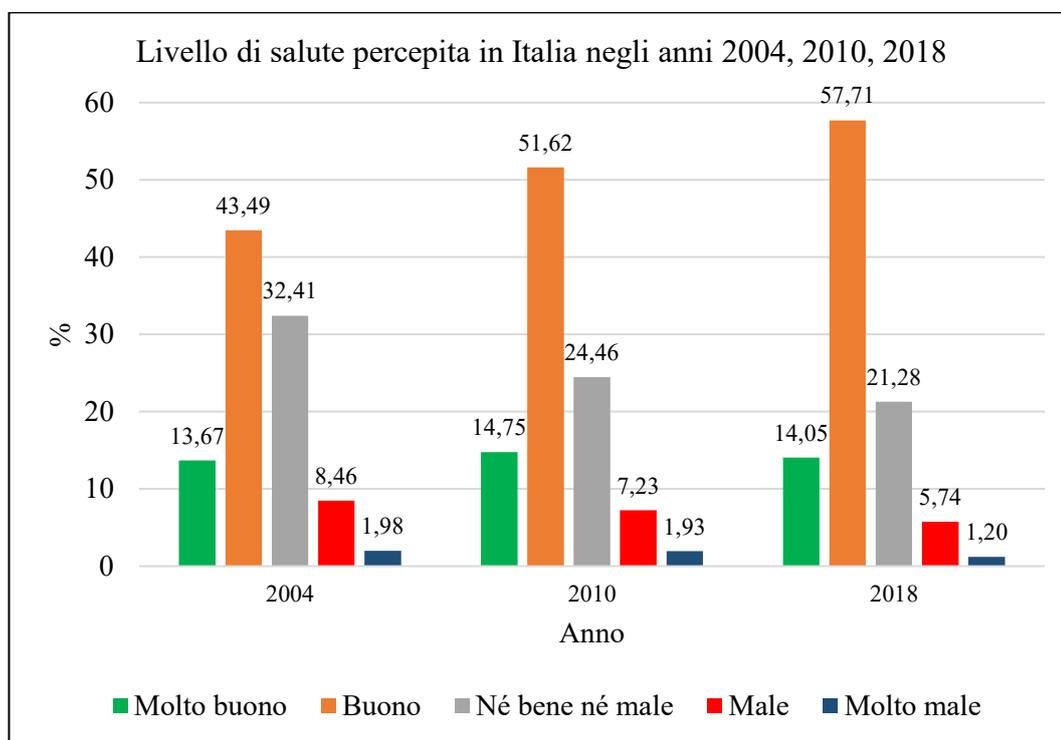
	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
<b>SALUTE PERCEPITA</b>	%	%	%	%	%	%	%	%
<i>Molto buono</i>	12,55	13,21	12,97	13,00	12,63	10,60	12,91	14,05
<i>Buono</i>	52,53	55,21	53,59	55,16	54,35	59,84	62,86	57,71
<i>Né bene né male</i>	22,39	19,68	21,43	20,32	21,77	21,83	18,32	21,28
<i>Male</i>	9,76	9,19	9,38	9,10	8,90	6,51	5,10	5,74
<i>Molto male</i>	2,77	2,70	2,63	2,44	2,37	1,22	0,81	1,20

Fonte dati: “Istat, indagine sulle condizioni di vita (EU-SILC), componente trasversale”. Elaborazione dell’autrice.

Nella Figura 3.1 è rappresentata la dinamica della salute complessivamente nei 3 anni descritti in Italia: è evidente come il livello di salute percepita come *buona*, ricordando che si tratta di una misura soggettiva e che include le diverse dimensioni di salute, da quella fisica a quella sociale, emotiva e sintomi clinici, aumenta di 14 punti percentuali dal 2004 al 2018, mentre diminuisce la percezione di salute definita come “*né bene né male*”.

In sintesi, la popolazione oggetto di indagine percepisce la propria salute per lo più come buona o molto buona e tale giudizio è rimasto pressoché stabile.

**Figura 3.1** – Salute percepita in Italia. Valori in percentuale per ciascun anno. Anni 2004, 2010, 2018.



Fonte dati: "Istat, indagine sulle condizioni di vita (EU-SILC), componente trasversale". Elaborazione dell'autrice.

**Tabella 3.2** – Maschi e femmine intervistati. Valori in percentuale rispetto a ciascun anno. Anni 2004-2018, Italia

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>GENERE</b>	%	%	%	%	%	%	%	%
<i>Maschi</i>	48	48	48	48	48	48	48	48
<i>Femmine</i>	52	52	52	52	52	52	52	52

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>GENERE</b>	%	%	%	%	%	%	%
<i>Maschi</i>	48	48	47	48	48	47	47
<i>Femmine</i>	52	52	53	52	52	53	53

Fonte dati: "Istat, indagine sulle condizioni di vita (EU-SILC), componente trasversale". Elaborazione dell'autrice.

Nella Tabella 3.3 è rappresentato il livello di salute in termini percentuali della popolazione sottoposta all'indagine negli anni di interesse e si può notare come, all'aumentare degli anni, aumenta la percentuale di individui che hanno conseguito una laurea come titolo di studio finale, passando dal 9,55% nel 2004 al 15,47% del 2018. Lo stesso discorso lo si può fare anche per il titolo di studio conseguito come *Secondaria superiore*, il quale presenta un andamento crescente.

Osservando invece le Tabelle A.5.1-A.5.3, dove sono descritti i titoli di studio conseguiti in relazione con l'età degli intervistati degli anni 2004, 2010 e 2018, è evidente come sempre più la popolazione appartenente alla classe [25,40) ha come titolo di studio finale la laurea con, al tempo stesso, una diminuzione della percentuale degli individui che non hanno nessun titolo di studio.

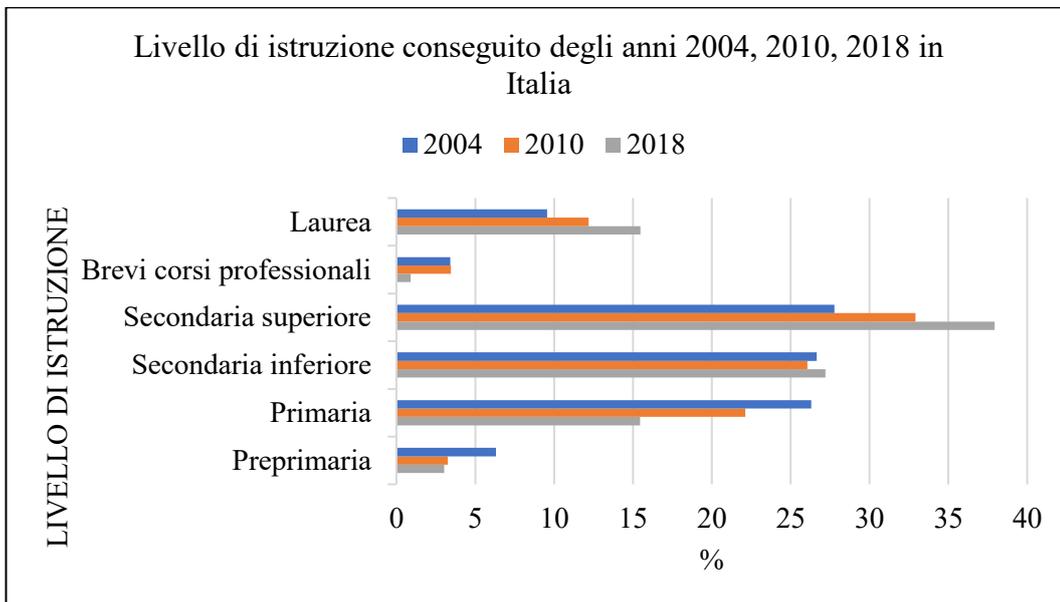
**Tabella 3.3** – Risposte ottenute dagli individui intervistati alla domanda “Livello di istruzione attuale”. Valori in percentuale rispetto a ciascun individuo. Anni 2004-2018, Italia.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>LIVELLO DI ISTRUZIONE</b>	%	%	%	%	%	%	%	%
<i>Preprimaria</i>	6,31	4,35	4,66	3,60	3,45	3,22	3,25	3,71
<i>Primaria</i>	26,31	27,64	25,22	24,24	23,2	22,5	22,13	19,59
<i>Secondaria inferiore</i>	26,65	25,74	25,82	26,15	26,3	26,27	26,07	27,31
<i>Secondaria superiore</i>	27,77	27,93	28,43	29,04	32,33	32,58	32,92	33,37
<i>Brevi corsi professionali</i>	3,41	4,71	5,71	6,00	3,31	3,37	3,45	2,36
<i>Laurea</i>	9,55	9,63	10,1	10,9	11,4	12,0	12,1	13,6

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>LIVELLO DI ISTRUZIONE</b>	%	%	%	%	%	%	%
<i>Preprimaria</i>	3,02	2,66	3,79	2,35	3,31	3,11	3,03
<i>Primaria</i>	18,38	17,74	16,68	15,43	15,61	15,69	15,45
<i>Secondaria inferiore</i>	26,68	25,9	25,32	25,98	26,67	26,97	27,21
<i>Secondaria superiore</i>	35,31	36,27	35,25	36,12	36,76	37,37	37,93
<i>Brevi corsi professionali</i>	2,77	3,31	2,72	2,23	1,26	1,11	0,91
<i>Laurea</i>	13,84	14,12	16,24	17,89	16,39	15,75	15,47

Fonte dati: “Istat, indagine sulle condizioni di vita (EU-SILC), componente trasversale”. Elaborazione dell'autrice.

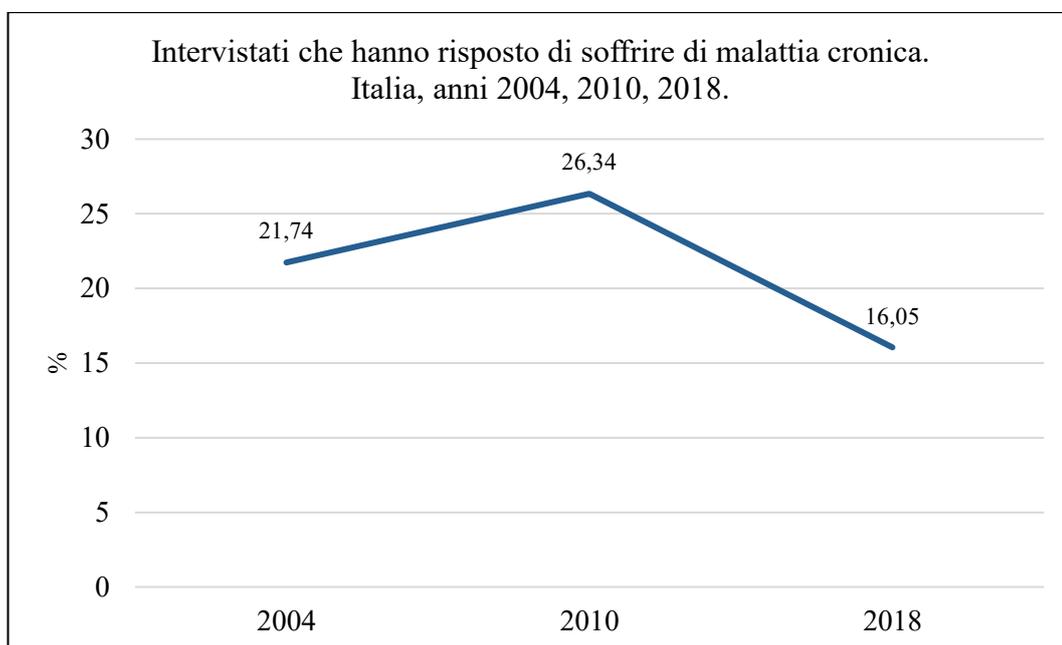
**Figura 3.2** – Livello di istruzione in Italia negli anni 2004, 2010, 2018. Valori in percentuale.



Fonte dati: "Istat, indagine sulle condizioni di vita (EU-SILC), componente trasversale". Elaborazione dell'autrice.

Nella figura 3.3 è esaminato il trend della variabile malattia cronica presente nei sei mesi precedenti all'intervista, nei rispettivi anni. Al contrario delle altre variabili, la malattia cronica mostra un considerevole aumento dal 2004 al 2010, mentre diminuisce fino a toccare un livello percentuale pari al 16,05% della popolazione attestandosi il valore più basso tra quelli considerati nell'analisi.

**Figura 3.3** – Andamento della malattia cronica in Italia. Valori percentuali per anno. Anni 2004, 2010, 2018.



Fonte dati: "Istat, indagine sulle condizioni di vita (EU-SILC), componente trasversale". Elaborazione dell'autrice.

### 3.5 Le variabili che presentano una forte relazione con il reddito

In questo paragrafo vengono analizzate le tendenze delle variabili che maggiormente dipendono dal livello di reddito suddiviso in quantili.

Per prima cosa, viene analizzato il livello di reddito equivalente disponibile medio nei tre anni considerati, e, come si evince dalla Tabella 3.4, il suo andamento è crescente con un incremento dal 2004 al 2018 del 44,53%.

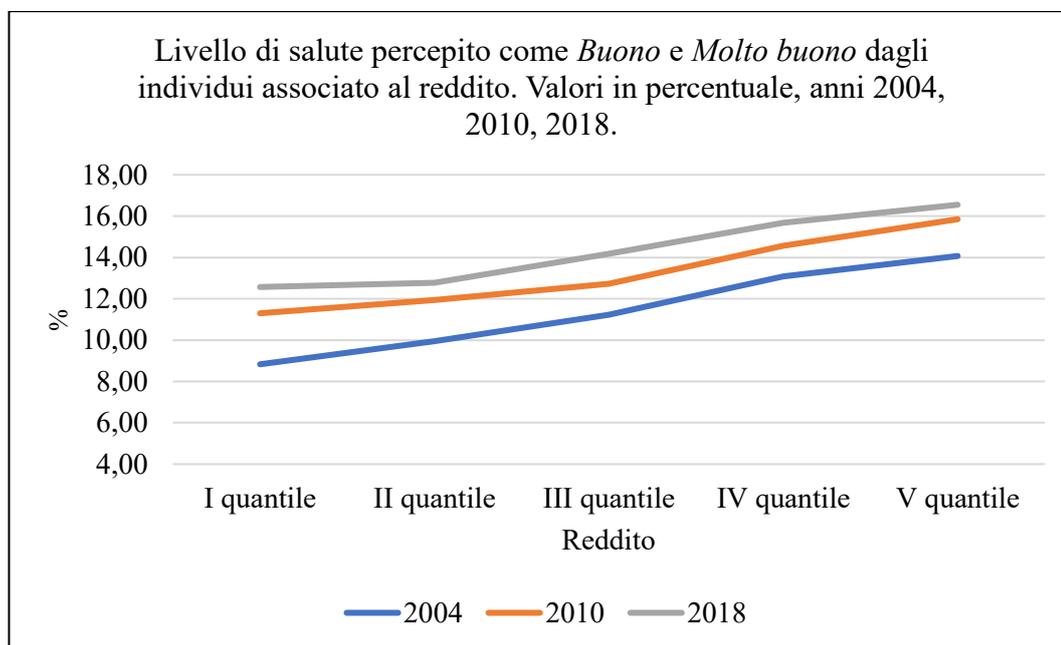
**Tabella 3.4** – Reddito equivalente disponibile medio annuale e numeri indici a base fissa (base 2004). Italia, anni 2004,2010, 2018.

<i>Anno</i>	<i>Reddito equivalente disponibile medio annuale (€)</i>	<i>Numeri indici a base fissa in % (base= 2004)</i>
2004	16063,69	100
2010	18825,59	117,19
2018	20454,89	127,34

**Fonte dati:** “Istat, indagine sulle condizioni di vita (EU-SILC), componente trasversale”. Elaborazione dell’autrice.

Procedendo con l’analisi, infatti, appare immediata la forte relazione tra il livello di istruzione dichiarato e il reddito che ogni individuo ha a disposizione - suddiviso precedentemente in quantili - come si constata dalle tabelle A.4.1, A.4.2, A.4.3.

**Figura 3.4** – Andamento del livello di salute percepito come Buono e Molto buono in relazione con il reddito suddiviso in quantili. Valori in percentuale rispetto a ciascun anno. Italia, anni 2004, 2010, 2018.



Fonte dati: “Istat, indagine sulle condizioni di vita (EU-SILC), componente trasversale”. Elaborazione dell’autrice.

Nella figura soprastante, invece, è evidente come all’aumentare del reddito disponibile, la salute percepita da ciascun individuo come *Bene* e *Molto bene* aumenta con un andamento crescente. Prendendo in considerazione, ad esempio, l’anno 2004, si passa da un buon livello di salute percepito nel I quintile (pari a 8,83%) ad un 14,07% nel V quintile.

Si è deciso, inoltre, di calcolare il livello di cograduazione tra il reddito disponibile e il livello di salute: il coefficiente più appropriato è apparso essere quello di Spearman. È una tecnica statistica non parametrica utilizzata per valutare la relazione tra due variabili quantitative o qualitative ordinali e produce valori che oscillano tra -1 e 1.

Per procedere al calcolo, è stato opportuno ricodificare la variabile risposta dello stato di salute assegnandole un ordine crescente: Molto male (1), Male (2), Né bene né male (3), Bene (4), Molto bene (5).

L'indice di cograduazione di Spearman è risultato costante nei tre anni presi in considerazione e pari allo 0,7: questo valore è indice di una correlazione positiva, in cui i valori delle variabili considerati nell'analisi tendono ad aumentare in parallelo. Dalla Tabella 3.5 si nota come questo indice è oscillato in questi anni: con la crisi finanziaria del 2008, l'indice è sceso dallo 0,9 (che indica una forte correlazione tra le due variabili prese in considerazione) allo 0,7, rimanendo poi costante nel corso degli anni.

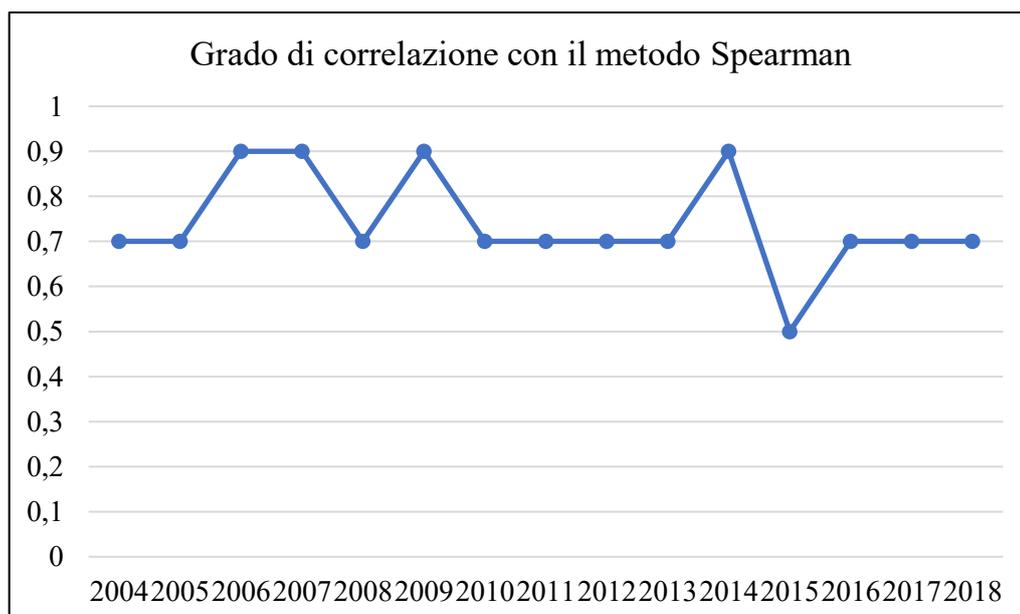
**Tabella 3.5** – Indice di cograduazione di Spearman. Italia, anni 2004 - 2018.

ANNO	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
GRADO DI CORRELAZIONE	0,7	0,7	0,9	0,9	0,7	0,9	0,7

ANNO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
GRADO DI CORRELAZIONE	0,7	0,7	0,7	0,9	0,5	0,7	0,7	0,7

Fonte dati: "Istat, indagine sulle condizioni di vita (EU-SILC), componente trasversale". Elaborazione dell'autrice.

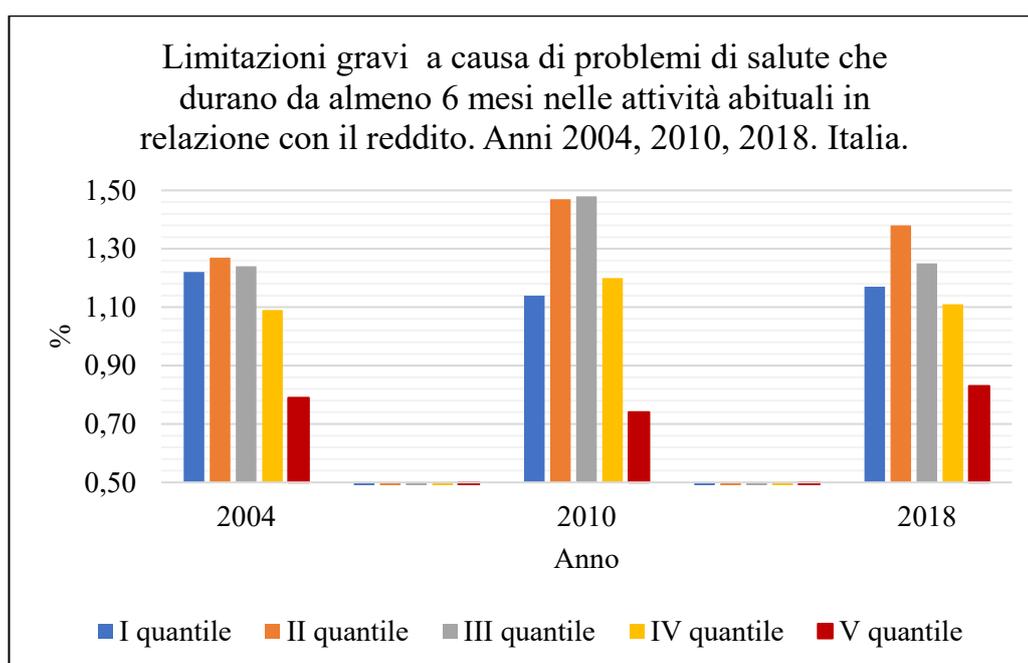
**Figura 3.5** – Andamento del grado di correlazione calcolato con il metodo Spearman. Italia, anni 2004 - 2018.



Fonte dati: "Istat, indagine sulle condizioni di vita (EU-SILC), componente trasversale". Elaborazione dell'autrice.

Come descritto all’inizio del capitolo, collegata alla domanda “Salute percepita” vi è anche la domanda posta agli intervistati riguardante al grado di limitazione nelle attività abituali nelle attività svolte abitualmente nel corso della giornata. In questo caso viene analizzata solo la risposta “Limitazioni gravi” in relazione al reddito percepito. Anche se negli anni non varia molto, è comunque evidente come questa variabile dipenda dal reddito percepito da ciascun individuo. (Dati elaborati dalle tabelle A.7).

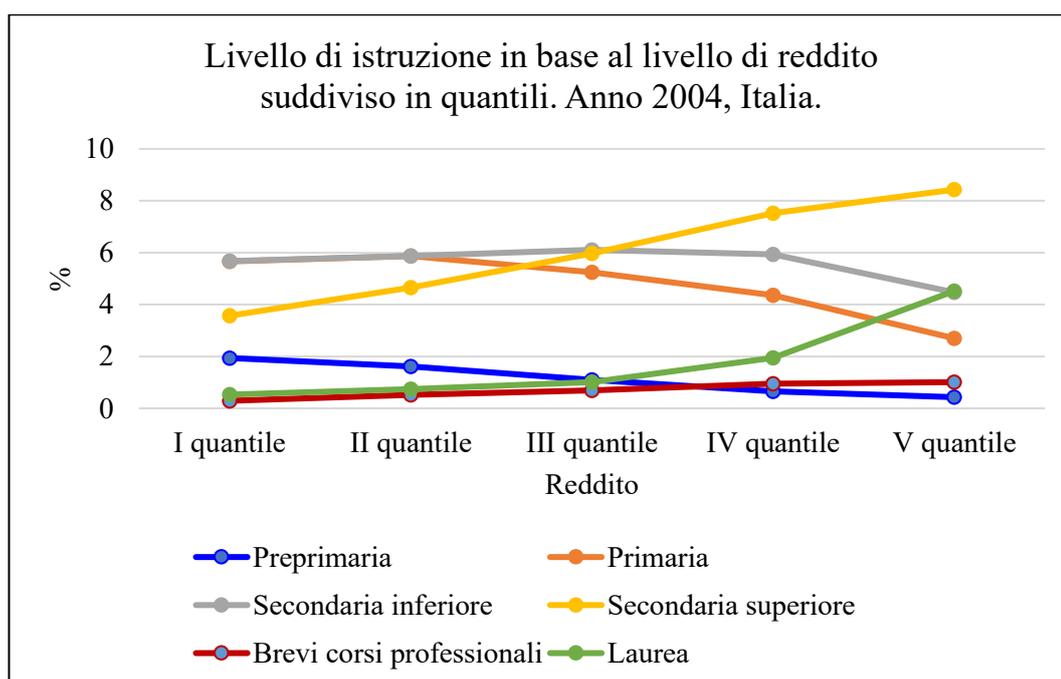
**Figura 3.6** – Limitazioni gravi a causa di problemi di salute che durano da almeno sei mesi nelle attività abituali in relazione con il reddito disponibile equivalente suddiviso in quantili. Valori in percentuale rispetto a ciascun individuo. Anni 2004, 2010, 2018, Italia.



Fonte dati: “Istat, indagine sulle condizioni di vita (EU-SILC), componente trasversale”. Elaborazione dell’autrice.

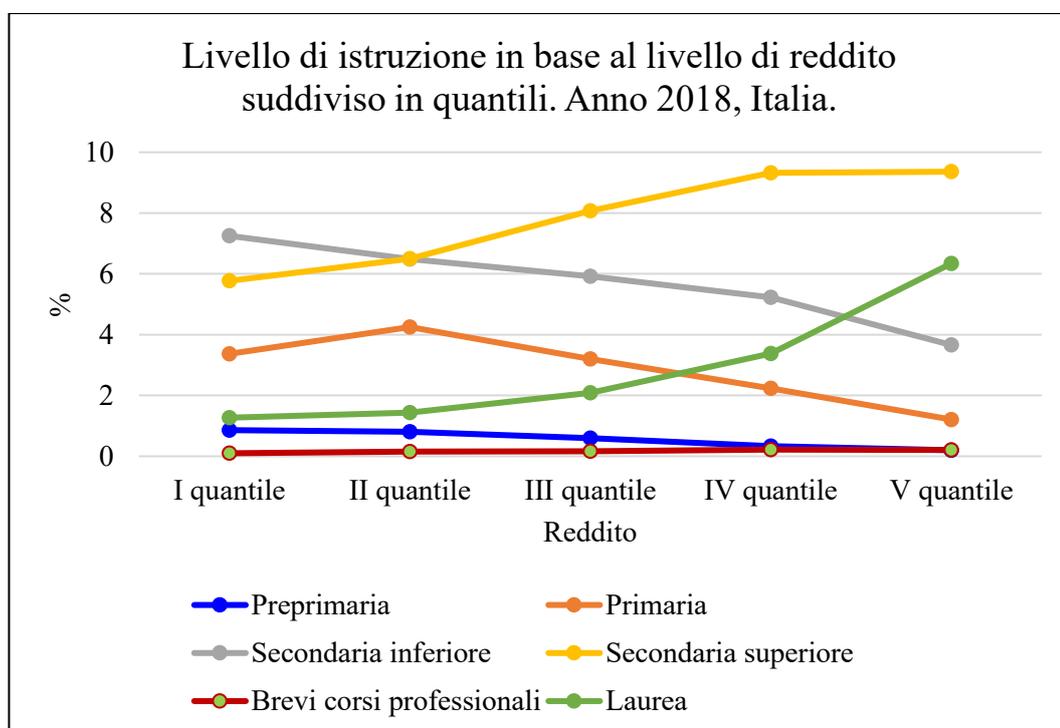
Un'altra variabile studiata in relazione con il reddito è il livello di istruzione dichiarato da ciascun intervistato. Sono stati analizzati i dati presenti nelle Tabelle A.4, in particolare sono stati confrontati gli anni 2004 e 2018 (Figure 3.7 e 3.8). È di immediata evidenza come il grado del titolo di studio aumenta all'aumentare del reddito: andando a focalizzarsi nel V quintile si nota come, nel 2004, si passa dal 3,13% di popolazione che hanno come titolo di studio finale *Preprimaria* e *Primaria*, andandosi ad abbassare nel 2018 con una percentuale pari allo 1,41%, mentre nel I quintile si ha rispettivamente 7,6% e 4,23% nel 2018.

**Figura 3.7** – Livello di istruzione dichiarato in relazione con il reddito suddiviso in quantili. Valori in percentuale rispetto a ciascun individuo. Anno 2004, Italia.



Fonte dati: "Istat, indagine sulle condizioni di vita (EU-SILC), componente trasversale". Elaborazione dell'autrice.

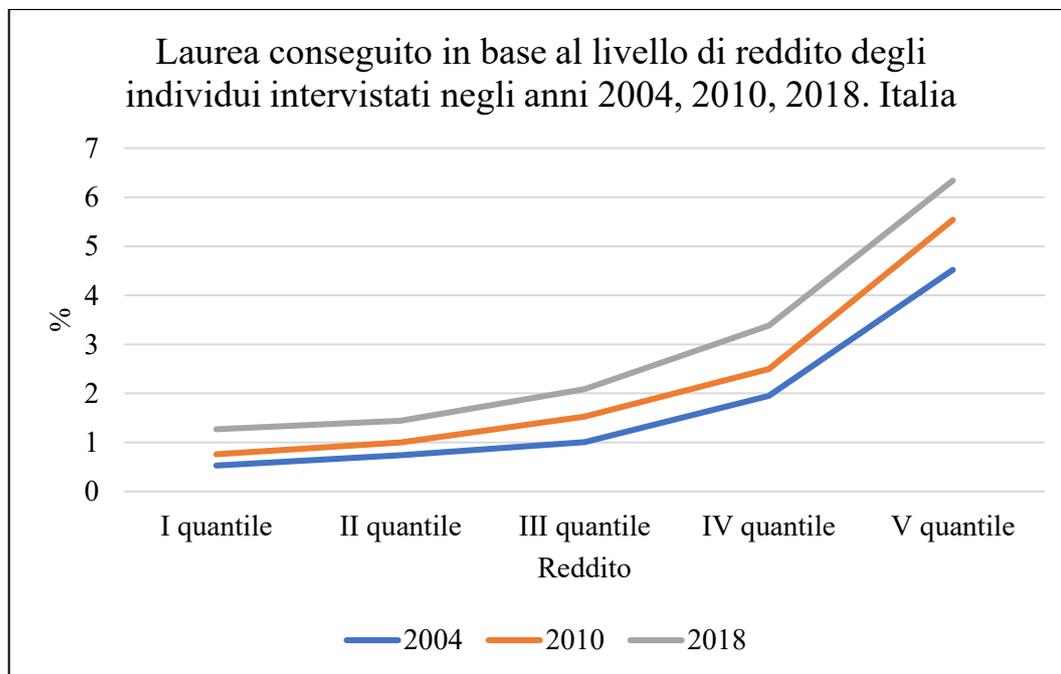
**Figura 3.8** – Livello di istruzione dichiarato in relazione con il reddito suddiviso in quantili. Valori in percentuale rispetto a ciascun individuo. Anno 2018, Italia.



Fonte dati: “Istat, indagine sulle condizioni di vita (EU-SILC), componente trasversale”. Elaborazione dell’autrice.

Nella figura 3.9, invece, è stato studiato l’andamento nel corso degli anni presi in considerazione del titolo di studio finale pari a Laurea in relazione con il reddito degli intervistati. Oltre ad evidenziare l’andamento crescente della percentuale di laureati negli anni, è importante sottolineare quanto il titolo di studio finale conseguito dipenda dal livello di reddito equivalente disponibile. Gli individui laureati appartenenti al I quintile (272 nel 2004 e 500 nel 2018) sono in numero troppo inferiore rispetto a quelli appartenenti al V quintile (2319 nel 2004 e 2533 nel 2018).

**Figura 3.9** – Livello di istruzione dichiarato pari a Laurea in relazione con il reddito suddiviso in quantili. Valori in percentuale rispetto a ciascun individuo. Anni 2004, 2010, 2018, Italia.



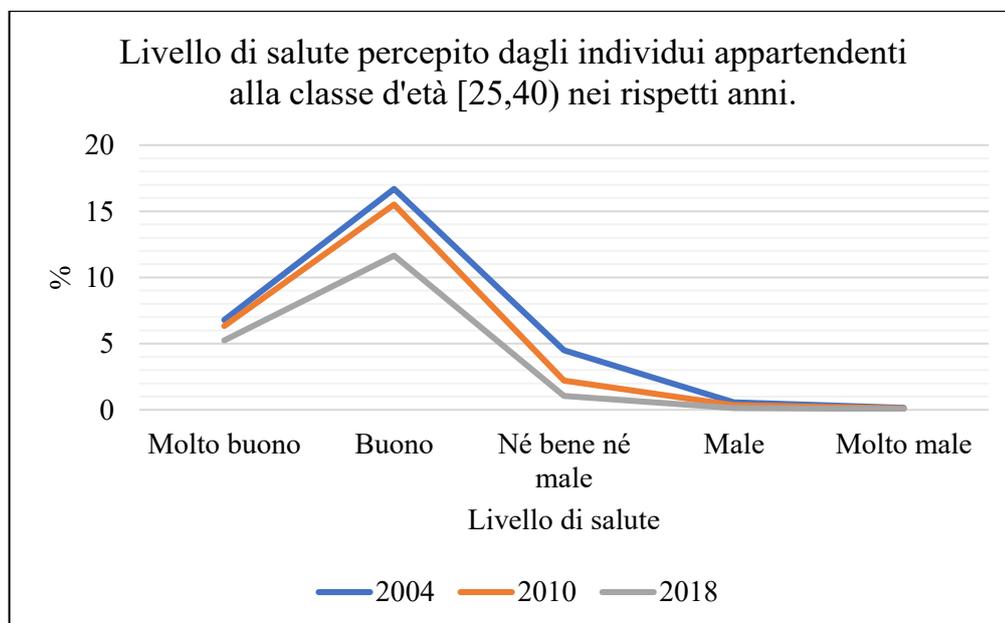
Fonte dati: “Istat, indagine sulle condizioni di vita (EU-SILC), componente trasversale”. Elaborazione dell’autrice.

### 3.6 Le variabili che presentano una forte relazione con il livello di salute percepito

In questo paragrafo vengono analizzate le tendenze delle variabili che maggiormente condizionano le risposte “Salute in generale”. I fattori che possono spiegare, almeno in parte, la percezione dello stato di salute comprendono l’età, il sesso, l’istruzione, il reddito e le caratteristiche psico-sociali [ShieldsM., Shooshtari S., 2001].

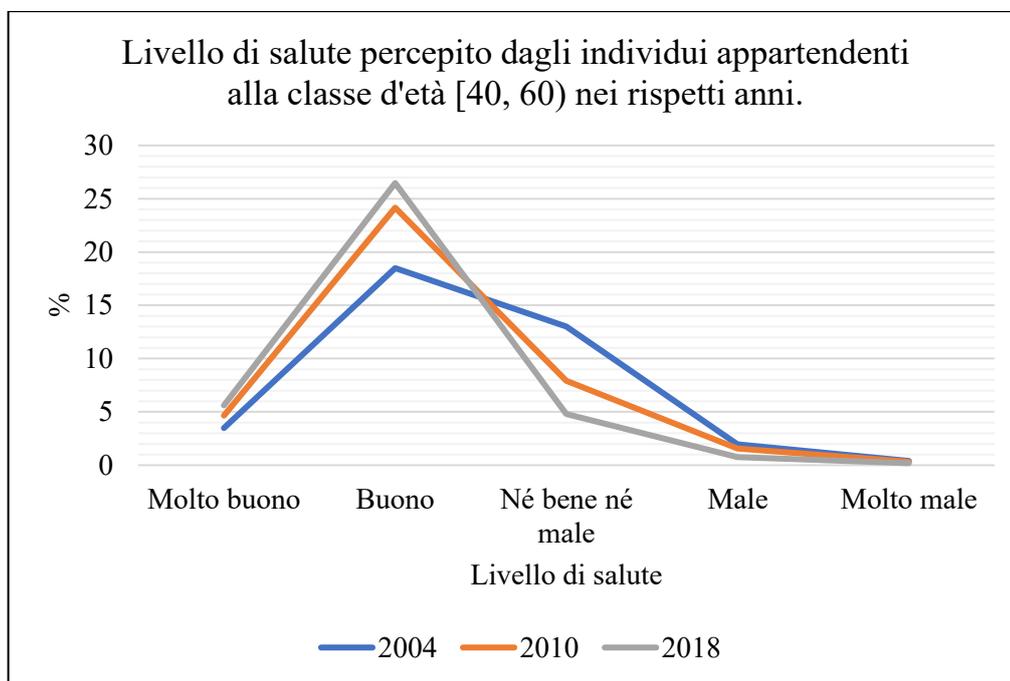
E risultato interessante andare anche ad analizzare il livello di salute in relazione con le classi d’età, prendendo in considerazione i dati presenti nelle tabelle A.6.1-A.6.3. Qui sotto sono riportate tre figure che mostrano l’andamento della variabile suddivisa per classi d’età.

**Figura 3.10** – Andamento del livello di salute percepito dagli individui appartenenti alla classe d’età [25,40). Valori in percentuale rispetto a ciascun individuo. Italia, anni 2004, 2010, 2018.



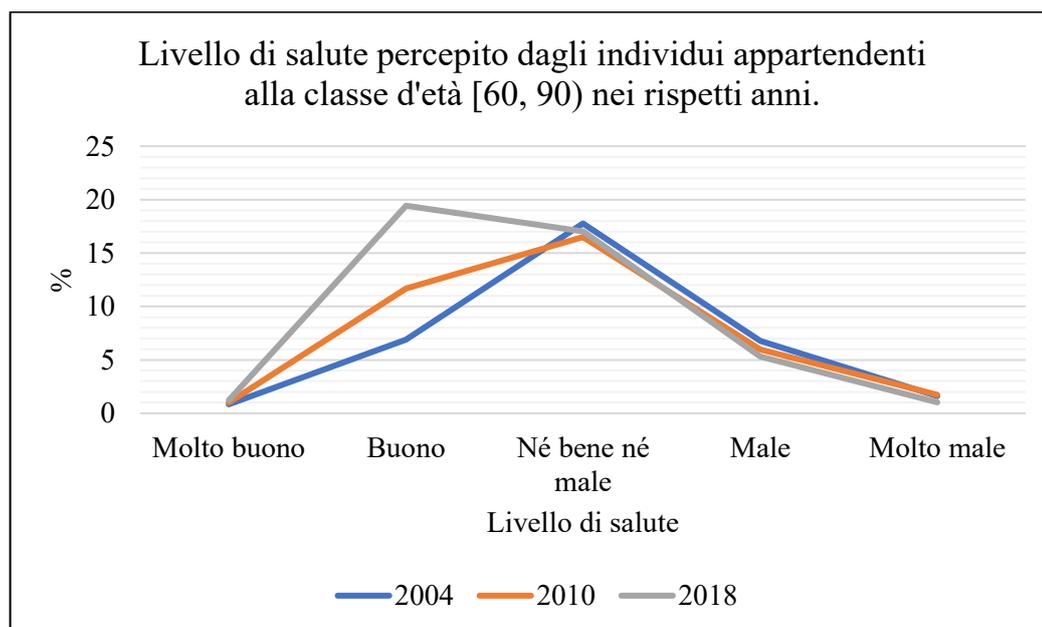
Fonte dati: “Istat, indagine sulle condizioni di vita (EU-SILC), componente trasversale”. Elaborazione dell’autrice.

**Figura 3.11** – Andamento del livello di salute percepito dagli individui appartenenti alla classe d'età [40, 60). Valori in percentuale rispetto a ciascun individuo. Italia, anni 2004, 2010, 2018.



Fonte dati: “Istat, indagine sulle condizioni di vita (EU-SILC), componente trasversale”. Elaborazione dell’autrice.

**Figura 3.12** – Andamento del livello di salute percepito dagli individui appartenenti alla classe d'età [60,90). Valori in percentuale rispetto a ciascun individuo. Italia, anni 2004, 2010, 2018.

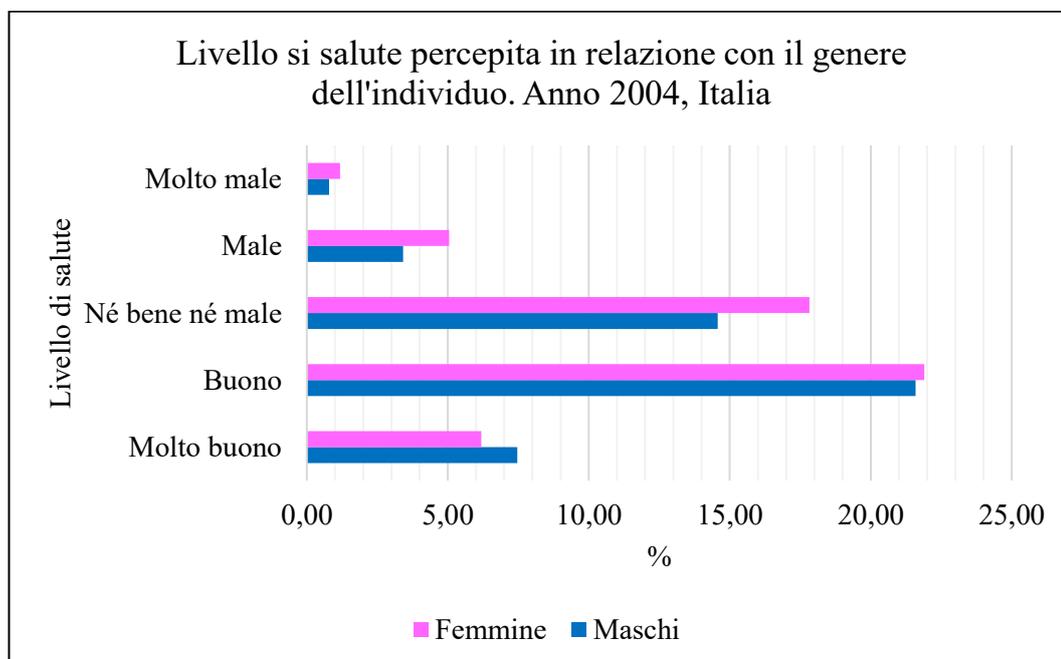


Fonte dati: “Istat, indagine sulle condizioni di vita (EU-SILC), componente trasversale”. Elaborazione dell’autrice.

Occorre evidenziare come la percentuale di risposte in riferimento alle categorie *Male*, *Molto male* tendono ad aumentare all'aumentare dell'età, mentre, al contrario, per le categorie *Molto buona*, *Buona* diminuiscono all'aumentare dell'età. Particolare attenzione viene posta ai giovani individui intervistati i quali passano dall'aver una percezione della salute *Buona* e *Molto buona* nel 2004 pari al 23,49% a quasi il 17% nel 2018.

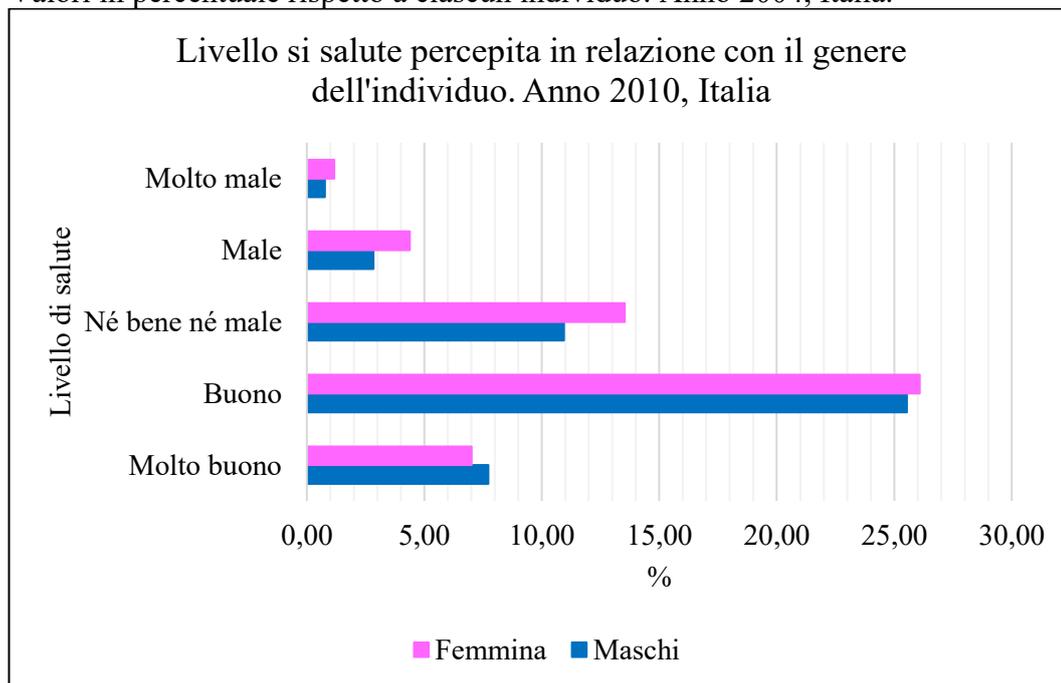
Infine, andando ad analizzare le Tabelle A.8 riguardanti il livello salute percepita in relazione con il genere degli individui intervistati, si nota come rimane costante negli anni la proporzione di donne che percepiscono la loro salute come *Molto male*, *Male*, superando di poco quella degli uomini. Inoltre, appare evidente la diminuzione del grado di salute percepita come *Molto buono* di entrambi i generi nel corso dei tre anni presi in considerazione.

**Figura 3.13** – Livello di salute percepita in relazione con il genere dell'intervistato. Valori in percentuale rispetto a ciascun individuo. Anno 2004, Italia.



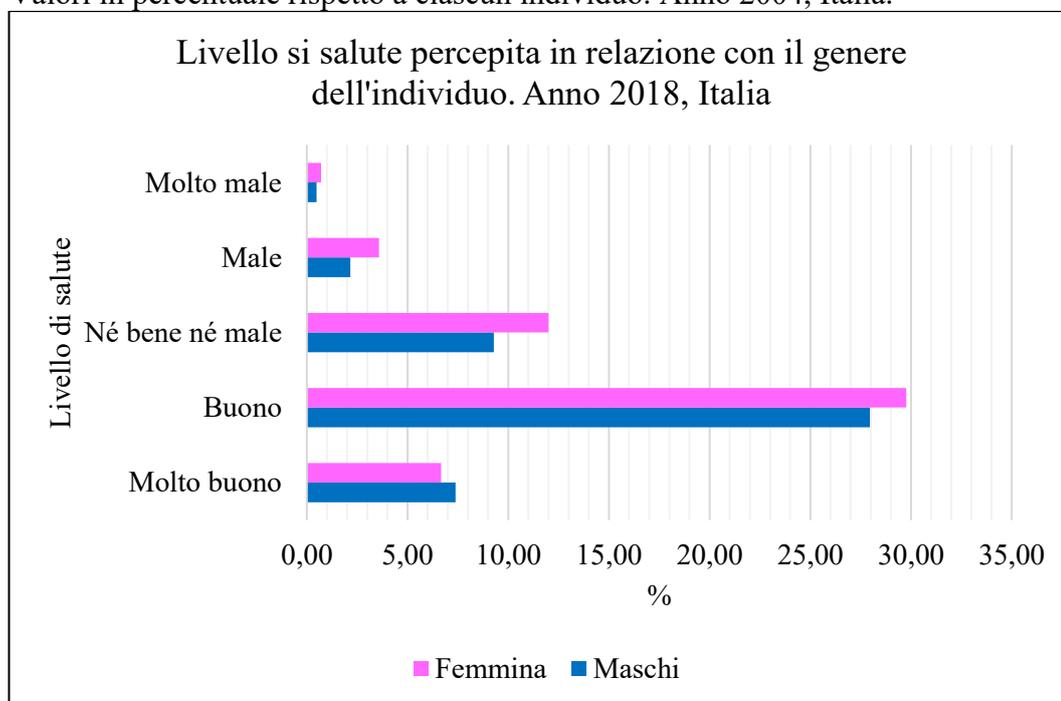
Fonte dati: "Istat, indagine sulle condizioni di vita (EU-SILC), componente trasversale". Elaborazione dell'autrice.

**Figura 3.14** – Livello di salute percepita in relazione con il genere dell'intervistato. Valori in percentuale rispetto a ciascun individuo. Anno 2004, Italia.



Fonte dati: "Istat, indagine sulle condizioni di vita (EU-SILC), componente trasversale". Elaborazione dell'autrice.

**Figura 3.15** – Livello di salute percepita in relazione con il genere dell'intervistato. Valori in percentuale rispetto a ciascun individuo. Anno 2004, Italia.



Fonte dati: "Istat, indagine sulle condizioni di vita (EU-SILC), componente trasversale". Elaborazione dell'autrice.

### 3.7 Confronto della disuguaglianza nel tempo

In questo paragrafo viene analizzato l'evoluzione temporale della presenza di malattie croniche nell'arco degli ultimi sei mesi dall'intervista. Per ciascun anno è stato applicato il modello logistico o regressione non lineare in quanto siamo interessati a studiare la relazione causale tra una variabile dipendente dicotomica (nel nostro caso la presenza o meno di malattie croniche PH020) e una o più variabili indipendenti quantitative. Essendo la variabile dipendente dicotomica, è stato opportuno ricodificare le risposte degli utenti in:

$$\begin{cases} y_i = 1 & \text{se vi è la presenza di malattie croniche} \\ y_i = 0 & \text{se vi è assenza di malattie croniche} \end{cases}$$

Così facendo la distribuzione teorica di riferimento diventa la distribuzione binomiale al quale è preferibile applicare il modello non lineare ed è possibile stimare, sulla base dei valori assunti dalle variabili esplicative, la probabilità che vi sia la presenza di una malattia cronica.

$y_i$  è una realizzazione di una variabile casuale  $Y_i$  che può assumere due valori uno e zero con probabilità  $\pi_i$  e  $1 - \pi_i$  rispettivamente. La distribuzione di  $Y_i$  con parametro  $\pi_i$ , assunta essere Binomiale ( $Y_i \sim B(1, \pi_i)$ ) può essere scritta come segue:

$$P(Y_i = y_i) = \pi_i^{y_i} (1 - \pi_i)^{1-y_i}$$

Per  $y_i = 0, 1$ .

Si verifica, inoltre, che il valore atteso e la varianza di  $Y_i$  sono:

$$\begin{aligned} E[Y_i] &= \pi_i \\ \text{Var}(Y_i) &= \pi_i(1 - \pi_i). \end{aligned}$$

Per spiegare il motivo per cui un modello lineare risulta inappropriato in questo caso, è evidente come la media e la varianza dipendono da  $\pi_i$  e di conseguenza ogni fattore che influenza la probabilità di successo altera la media e la varianza, che non va bene per la linearità del modello, il quale assume che la varianza sia costante.

Per quanto riguarda la definizione del modello, è necessario passare dal concetto di probabilità  $\pi_i$  al concetto di *odd*, definito come il rapporto tra la probabilità di successo ed il suo complemento:

$$odds_i = \frac{\pi_i}{1 - \pi_i} = \frac{P(Y_i = 1)}{P(Y_i = 0)}$$

ciò avviene perché il modello di probabilità lineare, stimato con OLS, produce un predittore lineare che può assumere qualsiasi valore sull'asse reale e di conseguenza non vi è la garanzia che i valori predetti dal modello siano compresi tra 0 e 1.

Si definisce quindi il modello di regressione logistica assumendo che

$$logit(\pi_i) = \log \frac{\pi_i}{1 - \pi_i} = x'_i \beta$$

dove  $x_i$  è un vettore  $h \times 1$  di covariate e  $\beta$  è un vettore  $h \times 1$  di coefficienti di regressione. [L. Neri, 2019]

Andando ad analizzare i dati a disposizione, e inserendo come variabili indipendenti il reddito, l'età ed il genere, si ottengono i seguenti risultati:

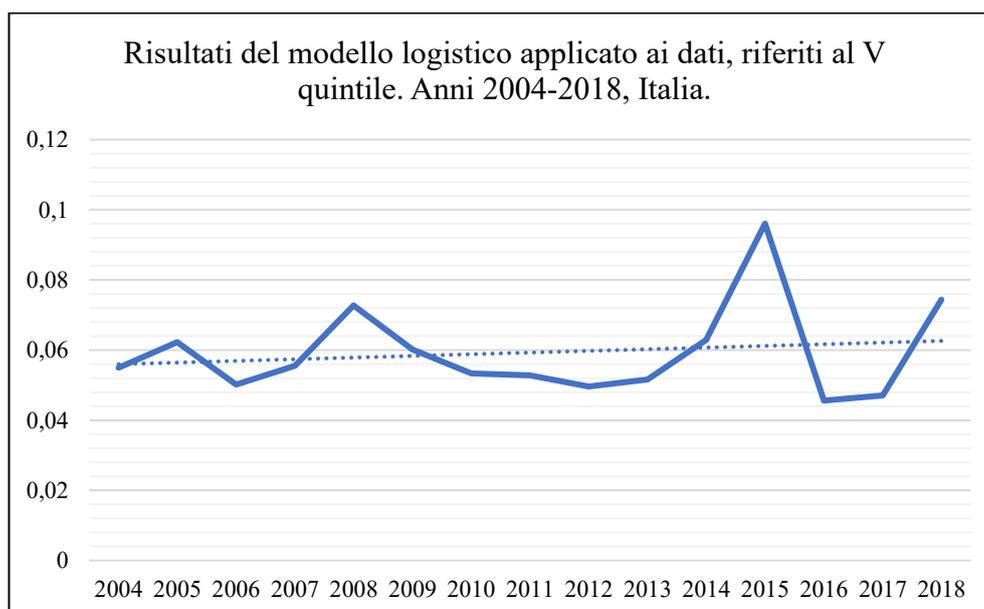
**Tabella 3.6** – Modello logistico. Italia, anni 2004 - 2018.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<i>quintile 2 (rif:0)</i>	0,006787	0,013041	0,007388	0,005163	0,008611	0,00717	0,003416
<i>quintile 3 (rif:0)</i>	0,02579	0,019045	0,018093	0,015287	0,022586	-0,00175	-0,00767
<i>quintile 4 (rif:0)</i>	0,31842	0,03627	0,022098	0,039518	0,027742	0,024622	0,021531
<i>quintile 5 (rif:0)</i>	0,54978	0,062269	0,050202	0,055555	0,072721	0,060205	0,053382

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>quintile 2 (rif:0)</i>	-0,00316	-0,00122	-0,00532	-0,00016	0,016769	-0,00301	-0,00824	0,001495
<i>quintile 3 (rif:0)</i>	-0,00571	0,001581	0,001972	0,007521	0,030194	0,003346	-0,00911	0,026489
<i>quintile 4 (rif:0)</i>	0,031161	0,024699	0,026561	0,02768	0,057488	0,008116	0,01151	0,035755
<i>quintile 5 (rif:0)</i>	0,052813	0,049635	0,051602	0,062861	0,096053	0,045592	0,047046	0,074398

Fonte dati: "Istat, indagine sulle condizioni di vita (EU-SILC), componente trasversale". Elaborazione dell'autrice.

**Figura 3.16** – Risultati del modello logistico riferito al V quintile. Anni 2004-2018, Italia.



Fonte dati: "Istat, indagine sulle condizioni di vita (EU-SILC), componente trasversale". Elaborazione dell'autrice.

Osservando la Figura 3.16 si nota l'andamento crescente della disuguaglianza: all'aumentare dei quintili, il vantaggio della parte di popolazione appartenente al V quintile, cioè coloro che sono favoriti economicamente aumenta, constatando che chi ha un reddito inferiore non ha le stesse opportunità.

# Conclusioni

Lo studio ha consentito di analizzare le disuguaglianze socio-economiche in Italia con una copertura di popolazione a livello nazionale. Gli indicatori presentati, che descrivono lo stato di salute dei soggetti, forniscono informazioni strategiche per poter monitorare le aree sociali a maggior rischio di povertà ed esclusione sociale, al fine di programmare interventi, indirizzare e valutare le politiche di sviluppo, di riequilibrio del *welfare* e le politiche in campo sociale e assistenziale attuate a livello locale e in sede nazionale. Il vantaggio, quindi, di questa analisi consiste nello stabilire *quali* fattori contribuiscono ad una maggiore disuguaglianza e *come* questa disuguaglianza si verifica.

L'analisi dei dati indica una disuguaglianza di salute correlata al reddito a livello nazionale. Emerge che l'Italia dal 2004 al 2018 ha complessivamente una buona percezione della salute che si concentra negli individui maschi, con una migliore posizione socio-economica, e istruzione più elevata, anche se è visibile un miglioramento nella disuguaglianza di genere. Parallelamente, esistono disuguaglianze nella malattia cronica che penalizzano la proporzione di popolazione svantaggiata dal punto di vista economico che, come si nota dalla Figura 3.16 ha un andamento crescente.

Si assiste inoltre a un divario della struttura sociale causata rispettivamente dal reddito, dalla malattia cronica, dalle limitazioni causate dalla malattia cronica e dal livello di istruzione, genere ed età.

L'invecchiamento della popolazione, preso in considerazione con il livello di salute evidenzia come da una parte vi sono gli individui svantaggiati economicamente, tendenzialmente più vecchi e con malattia cronica e

dall'altro vi sono gli individui più giovani, con un livello di reddito più elevato, maggiore istruzione e livello di salute nettamente migliore.

I risultati di questo lavoro vanno letti alla luce di alcune puntualizzazioni di carattere metodologico: per prima cosa, come precedentemente descritto, la distribuzione dei redditi è cambiata negli anni presi in considerazione (2004 - 2018). Basti pensare alla crisi finanziaria che ha toccato tutti, chi più e chi meno, nel 2008 e proprio per questo motivo l'indicatore di benessere rischia di risultare volatile ai fini dell'analisi. Per eludere a questo problema, spesso si preferisce usare come indicatore di benessere il titolo di studio conseguito al momento dell'indagine dagli adulti di età compresa tra i 25 e i 64 anni, in quanto la maggioranza della popolazione ha concluso la scuola primaria e perché le economie contemporanee richiedono la disponibilità di forza lavoro con alti livelli di istruzione. I limiti di questo indicatore, tuttavia, riguardano il fatto che non considera né le persone che, pur non avendo un titolo di studio di secondo grado hanno acquisito competenze adeguate, né la qualità di istruzione ricevuta: risulta quindi anch'esso un indice con portata piuttosto ristretta [Arpa].

Un altro vincolo è che questa analisi non tiene conto della distribuzione per età: dal momento che viene studiata la disuguaglianza di salute, è ovvio che quest'ultima sia fortemente correlata con il reddito e per l'appunto, l'età.

E infine, come già descritto, l'indicatore di salute percepito dipende da numerosi fattori: infatti si nota come, quando viene utilizzata la variabile *Presenza di malattia cronica*, i risultati appaiono in maniera modica diversi. Ciò perché questa variabile è oggettiva, diversamente dalla variabile *Salute percepita* che è soggettiva.

Questo studio non dice cosa si può fare per ridurre la disuguaglianza di salute correlata con il reddito, ma mostra quali variabili e con quali entità contribuiscono alla generazione di tale disuguaglianza, ribadendo

nuovamente quanto la perdita di salute non dipenda soltanto da problemi di sanità, ma è influenzata anche da cause sociali. Ridurre le disuguaglianze di reddito implica una riduzione significativa delle disuguaglianze di reddito che hanno un impatto sulla salute, ma non è questa l'unica via per ridurre il divario presente.

Le malattie croniche sono responsabili di molte delle persistenti disuguaglianze di salute: il controllo delle patologie croniche resta una priorità assoluta riconosciuto a livello internazionale. Ciò è confermato dalla strategia europea Health 2020 promossa dall'OMS volta a migliorare la salute ed il benessere delle popolazioni europee oltre che a ridurre la disuguaglianza di salute.

Come commenta Micheal Marmot in un articolo apparso su Lancet nel novembre 2008 *“In un mondo in cui non a tutti sono date le stesse possibilità di salute: o rimaniamo inermi senza possibilità di cambiare le cose, oppure possiamo, con la forza ed il desiderio di cambiare, con la volontà di creare un mondo più giusto e migliore, dove la salute di ogni persona non sia più influenzata dal posto in cui nasce, cresce e vive, dalle mancate opportunità per i genitori, andare lontano e cambiare”*.



## Appendice A

**Tabella A.1.1** – Livello di salute associato al reddito misurato in quantili. Valori in percentuale. Italia, 2004.

	REDDITO				
	<i>I quintile</i>	<i>II quintile</i>	<i>III quintile</i>	<i>IV quintile</i>	<i>V quintile</i>
<b>LIVELLO DI SALUTE</b>	%	%	%	%	%
<i>Molto buono</i>	2,15	2,35	2,59	3,14	3,44
<i>Buono</i>	6,68	7,59	8,64	9,95	10,63
<i>Discreto</i>	6,32	6,83	6,71	6,45	6,10
<i>Male</i>	2,24	2,18	1,75	1,35	0,94
<i>Molto male</i>	0,48	0,45	0,42	0,37	0,26

**Tabella A.1.2** – Livello di salute associato al reddito misurato in quantili. Valori in percentuale. Italia, 2005.

	REDDITO				
	<i>I quintile</i>	<i>II quintile</i>	<i>III quintile</i>	<i>IV quintile</i>	<i>V quintile</i>
<b>LIVELLO DI SALUTE</b>	%	%	%	%	%
<i>Molto buono</i>	2,18	2,48	2,75	2,86	3,38
<i>Buono</i>	6,69	7,55	8,72	10,31	10,92
<i>Discreto</i>	6,38	6,70	6,75	6,46	5,89
<i>Male</i>	2,26	2,01	1,80	1,26	0,86
<i>Molto male</i>	0,44	0,45	0,37	0,29	0,24

**Tabella A.1.3** – Livello di salute associato al reddito misurato in quantili. Valori in percentuale. Italia, 2006.

	<b>REDDITO</b>				
	<i>I quintile</i>	<i>II quintile</i>	<i>III quintile</i>	<i>IV quintile</i>	<i>V quintile</i>
<b>LIVELLO DI SALUTE</b>	%	%	%	%	%
<i>Molto buono</i>	2,46	2,31	2,61	2,88	3,24
<i>Buono</i>	6,59	7,51	8,78	9,97	10,61
<i>Discreto</i>	6,34	6,96	6,67	6,71	6,06
<i>Male</i>	2,25	1,93	1,9	1,38	0,94
<i>Molto male</i>	0,44	0,47	0,44	0,33	0,2

**Tabella A.1.4** – Livello di salute associato al reddito misurato in quantili. Valori in percentuale. Italia, 2007.

	<b>REDDITO</b>				
	<i>I quintile</i>	<i>II quintile</i>	<i>III quintile</i>	<i>IV quintile</i>	<i>V quintile</i>
<b>LIVELLO DI SALUTE</b>	%	%	%	%	%
<i>Molto buono</i>	2,21	1,95	2,39	2,64	2,76
<i>Buono</i>	7,77	8,89	10,48	11,89	12,71
<i>Discreto</i>	5,37	5,73	5,16	4,81	4,37
<i>Male</i>	2,2	2,21	1,75	1,37	0,92
<i>Molto male</i>	0,58	0,6	0,54	0,4	0,28

**Tabella A.1.5** – Livello di salute associato al reddito misurato in quantili. Valori in percentuale. Italia, 2008.

	<b>REDDITO</b>				
	<i>I quintile</i>	<i>II quintile</i>	<i>III quintile</i>	<i>IV quintile</i>	<i>V quintile</i>
<b>LIVELLO DI SALUTE</b>	%	%	%	%	%
<i>Molto buono</i>	2,32	2,29	2,33	2,72	2,93
<i>Buono</i>	7,69	8,71	10,26	11,37	12,74
<i>Discreto</i>	5,17	5,85	5,5	4,9	4,31
<i>Male</i>	2,34	2,14	1,82	1,48	0,93
<i>Molto male</i>	0,58	0,52	0,48	0,39	0,26

**Tabella A.1.6** – Livello di salute associato al reddito misurato in quantili. Valori in percentuale. Italia, 2009.

	<b>REDDITO</b>				
	<i>I quintile</i>	<i>II quintile</i>	<i>III quintile</i>	<i>IV quintile</i>	<i>V quintile</i>
<b>LIVELLO DI SALUTE</b>	%	%	%	%	%
<i>Molto buono</i>	2,43	2,33	2,41	2,83	3,04
<i>Buono</i>	7,92	8,75	9,99	11,52	12,49
<i>Discreto</i>	5,39	5,83	5,37	4,93	4,25
<i>Male</i>	2,1	2,11	1,82	1,35	0,81
<i>Molto male</i>	0,59	0,5	0,56	0,42	0,26

**Tabella A.1.7** – Livello di salute associato al reddito misurato in quantili. Valori in percentuale. Italia, 2010.

	<b>REDDITO</b>				
	<i>I quintile</i>	<i>II quintile</i>	<i>III quintile</i>	<i>IV quintile</i>	<i>V quintile</i>
<b>LIVELLO DI SALUTE</b>	%	%	%	%	%
<i>Molto buono</i>	3,01	2,55	2,64	3,17	3,38
<i>Buono</i>	8,29	9,39	10,08	11,39	12,47
<i>Discreto</i>	5,06	5,42	5,21	4,72	4,05
<i>Male</i>	1,76	1,76	1,72	1,16	0,83
<i>Molto male</i>	0,43	0,49	0,44	0,38	0,19

**Tabella A.1.8** – Livello di salute associato al reddito misurato in quantili. Valori in percentuale. Italia, 2011.

	<b>REDDITO</b>				
	<i>I quintile</i>	<i>II quintile</i>	<i>III quintile</i>	<i>IV quintile</i>	<i>V quintile</i>
<b>LIVELLO DI SALUTE</b>	%	%	%	%	%
<i>Molto buono</i>	2,55	2,3	2,31	2,64	2,75
<i>Buono</i>	8,61	9,11	10,58	11,81	12,42
<i>Discreto</i>	4,64	5,16	4,81	4,06	3,72
<i>Male</i>	2,44	2,51	2,13	1,55	1,13
<i>Molto male</i>	0,66	0,69	0,62	0,44	0,36

**Tabella A.1.9** – Livello di salute associato al reddito misurato in quantili. Valori in percentuale. Italia, 2012.

	<b>REDDITO</b>				
	<i>I quintile</i>	<i>II quintile</i>	<i>III quintile</i>	<i>IV quintile</i>	<i>V quintile</i>
<b>LIVELLO DI SALUTE</b>	%	%	%	%	%
<i>Molto buono</i>	2,39	2,48	2,52	2,79	3,03
<i>Buono</i>	9,51	9,9	11,06	12,05	12,69
<i>Discreto</i>	4,19	4,39	4,19	3,72	3,19
<i>Male</i>	2,19	2,37	1,89	1,54	1,2
<i>Molto male</i>	0,58	0,64	0,63	0,51	0,34

**Tabella A.1.10** – Livello di salute associato al reddito misurato in quantili. Valori in percentuale. Italia, 2013.

	<b>REDDITO</b>				
	<i>I quintile</i>	<i>II quintile</i>	<i>III quintile</i>	<i>IV quintile</i>	<i>V quintile</i>
<b>LIVELLO DI SALUTE</b>	%	%	%	%	%
<i>Molto buono</i>	2,73	2,46	2,57	2,66	2,55
<i>Buono</i>	9,28	9,51	10,4	11,78	12,62
<i>Discreto</i>	4,43	4,79	4,48	3,93	3,8
<i>Male</i>	2,18	2,41	2,06	1,53	1,2
<i>Molto male</i>	0,55	0,63	0,65	0,5	0,3

**Tabella A.1.11** – Livello di salute associato al reddito misurato in quantili. Valori in percentuale. Italia, 2014.

	<b>REDDITO</b>				
	<i>I quintile</i>	<i>II quintile</i>	<i>III quintile</i>	<i>IV quintile</i>	<i>V quintile</i>
<b>LIVELLO DI SALUTE</b>	%	%	%	%	%
<i>Molto buono</i>	2,67	2,45	2,43	2,92	2,53
<i>Buono</i>	9,48	10,11	10,86	11,86	12,85
<i>Discreto</i>	4,23	4,6	4,27	3,64	3,58
<i>Male</i>	2,29	2,24	1,98	1,55	1,04
<i>Molto male</i>	0,57	0,58	0,57	0,45	0,27

**Tabella A.1.12** – Livello di salute associato al reddito misurato in quantili. Valori in percentuale. Italia, 2015.

	<b>REDDITO</b>				
	<i>I quintile</i>	<i>II quintile</i>	<i>III quintile</i>	<i>IV quintile</i>	<i>V quintile</i>
<b>LIVELLO DI SALUTE</b>	%	%	%	%	%
<i>Molto buono</i>	2,55	2,52	2,25	2,77	2,54
<i>Buono</i>	9,33	10,09	10,67	11,5	12,76
<i>Discreto</i>	4,47	4,71	4,45	4,28	3,86
<i>Male</i>	2,09	2,29	1,96	1,4	1,16
<i>Molto male</i>	0,57	0,57	0,57	0,39	0,27

**Tabella A.1.13** – Livello di salute associato al reddito misurato in quantili. Valori in percentuale. Italia, 2016.

	<b>REDDITO</b>				
	<i>I quintile</i>	<i>II quintile</i>	<i>III quintile</i>	<i>IV quintile</i>	<i>V quintile</i>
<b>LIVELLO DI SALUTE</b>	%	%	%	%	%
<i>Molto buono</i>	1,82	1,84	2,17	2,32	2,45
<i>Buono</i>	10,51	11,25	11,88	12,45	13,75
<i>Discreto</i>	4,41	4,92	4,45	4,26	3,79
<i>Male</i>	1,53	1,48	1,46	1,17	0,87
<i>Molto male</i>	0,21	0,28	0,31	0,22	0,2

**Tabella A.1.14** – Livello di salute associato al reddito misurato in quantili. Valori in percentuale. Italia, 2017.

	<b>REDDITO</b>				
	<i>I quintile</i>	<i>II quintile</i>	<i>III quintile</i>	<i>IV quintile</i>	<i>V quintile</i>
<b>LIVELLO DI SALUTE</b>	%	%	%	%	%
<i>Molto buono</i>	2,36	2,31	2,72	2,76	2,76
<i>Buono</i>	10,79	11,85	12,14	13,58	14,5
<i>Discreto</i>	3,72	4,34	3,94	3,29	3,03
<i>Male</i>	1,11	1,29	1,13	0,97	0,6
<i>Molto male</i>	0,17	0,18	0,21	0,16	0,09

**Tabella A.1.15** – Livello di salute associato al reddito misurato in quantili. Valori in percentuale. Italia, 2018.

	REDDITO				
	<i>I quintile</i>	<i>II quintile</i>	<i>III quintile</i>	<i>IV quintile</i>	<i>V quintile</i>
LIVELLO DI SALUTE	%	%	%	%	%
<i>Molto buono</i>	2,73	2,44	2,94	2,89	3,05
<i>Buono</i>	9,84	10,34	11,24	12,79	13,5
<i>Discreto</i>	4,47	5,06	4,3	3,89	3,56
<i>Male</i>	1,3	1,49	1,28	0,96	0,71
<i>Molto male</i>	0,24	0,27	0,27	0,23	0,19

**Tabella A.2.1** – Età suddivisa in classi e livello di istruzione dichiarata dagli individui intervistati. Valori in percentuale. Italia, 2004.

	LIVELLO DI ISTRUZIONE					
	<i>Preprimaria</i>	<i>Primaria</i>	<i>Secondaria inferiore</i>	<i>Secondaria superiore</i>	<i>Brevi corsi professionali</i>	<i>Laurea</i>
ETÀ	%	%	%	%	%	%
<i>[25,40)</i>	0,29	1,26	9,38	11,96	1,91	4,21
<i>[40,60)</i>	0,93	7,44	12,41	11,68	1,26	4,02
<i>[60,90)</i>	5,09	17,61	4,86	4,13	0,24	1,32

**Tabella A.2.2** – Età suddivisa in classi e livello di istruzione dichiarata dagli individui intervistati. Valori in percentuale. Italia, 2005.

	LIVELLO DI ISTRUZIONE					
	<i>Preprimaria</i>	<i>Primaria</i>	<i>Secondaria inferiore</i>	<i>Secondaria superiore</i>	<i>Brevi corsi professionali</i>	<i>Laurea</i>
ETÀ	%	%	%	%	%	%
<i>[25,40)</i>	0,12	1,27	8,28	11,89	2,61	4,18
<i>[40,60)</i>	0,49	7,36	12,51	11,84	1,8	4,07
<i>[60,90)</i>	3,74	19,01	4,95	4,2	0,31	1,38

**Tabella A.2.3** – Età suddivisa in classi e livello di istruzione dichiarata dagli individui intervistati. Valori in percentuale. Italia, 2006.

	LIVELLO DI ISTRUZIONE					
	<i>Preprimaria</i>	<i>Primaria</i>	<i>Secondaria inferiore</i>	<i>Secondaria superiore</i>	<i>Brevi corsi professionali</i>	<i>Laurea</i>
<b>ETÀ</b>	%	%	%	%	%	%
<i>[25,40)</i>	0,27	0,94	7,36	11,29	2,91	4,31
<i>[40,60)</i>	0,48	5,69	12,79	12,42	2,36	4,27
<i>[60,90)</i>	3,91	18,59	5,67	4,72	0,44	1,59

**Tabella A.2.4** – Età suddivisa in classi e livello di istruzione dichiarata dagli individui intervistati. Valori in percentuale. Italia, 2007.

	LIVELLO DI ISTRUZIONE					
	<i>Preprimaria</i>	<i>Primaria</i>	<i>Secondaria inferiore</i>	<i>Secondaria superiore</i>	<i>Brevi corsi professionali</i>	<i>Laurea</i>
<b>ETÀ</b>	%	%	%	%	%	%
<i>[25,40)</i>	0,19	0,8	6,9	10,82	2,85	4,75
<i>[40,60)</i>	0,31	4,85	13,03	12,92	2,61	4,39
<i>[60,90)</i>	3,1	18,59	6,22	5,3	0,54	1,83

**Tabella A.2.5** – Età suddivisa in classi e livello di istruzione dichiarata dagli individui intervistati. Valori in percentuale. Italia, 2008.

	LIVELLO DI ISTRUZIONE					
	<i>Preprimaria</i>	<i>Primaria</i>	<i>Secondaria inferiore</i>	<i>Secondaria superiore</i>	<i>Brevi corsi professionali</i>	<i>Laurea</i>
<b>ETÀ</b>	%	%	%	%	%	%
<i>[25,40)</i>	0,27	0,72	6,55	11,51	1,57	4,95
<i>[40,60)</i>	0,38	4,09	12,96	14,73	1,42	4,49
<i>[60,90)</i>	2,8	18,39	6,79	6,09	0,32	1,97

**Tabella A.2.6** – Età suddivisa in classi e livello di istruzione dichiarata dagli individui intervistati. Valori in percentuale. Italia, 2009.

	LIVELLO DI ISTRUZIONE					
	<i>Preprimaria</i>	<i>Primaria</i>	<i>Secondaria inferiore</i>	<i>Secondaria superiore</i>	<i>Brevi corsi professionali</i>	<i>Laurea</i>
<b>ETÀ</b>	%	%	%	%	%	%
<i>[25,40)</i>	0,18	0,64	6,11	11,25	1,49	5,14
<i>[40,60)</i>	0,29	3,89	13,16	14,89	1,48	4,93
<i>[60,90)</i>	2,75	17,97	7	6,44	0,4	1,99

**Tabella A.2.7** – Età suddivisa in classi e livello di istruzione dichiarata dagli individui intervistati. Valori in percentuale. Italia, 2010.

	LIVELLO DI ISTRUZIONE					
	<i>Preprimaria</i>	<i>Primaria</i>	<i>Secondaria inferiore</i>	<i>Secondaria superiore</i>	<i>Brevi corsi professionali</i>	<i>Laurea</i>
<b>ETÀ</b>	%	%	%	%	%	%
<i>[25,40)</i>	0,29	1,26	9,38	11,96	1,91	4,21
<i>[40,60)</i>	0,93	7,44	12,41	11,68	1,26	4,02
<i>[60,90)</i>	5,09	17,61	4,86	4,13	0,24	1,32

**Tabella A.2.8** – Età suddivisa in classi e livello di istruzione dichiarata dagli individui intervistati. Valori in percentuale. Italia, 2011.

	LIVELLO DI ISTRUZIONE					
	<i>Preprimaria</i>	<i>Primaria</i>	<i>Secondaria inferiore</i>	<i>Secondaria superiore</i>	<i>Brevi corsi professionali</i>	<i>Laurea</i>
<b>ETÀ</b>	%	%	%	%	%	%
<i>[25,40)</i>	0,06	0,36	5,51	10,84	0,91	5,43
<i>[40,60)</i>	0,23	3,1	14,11	15,45	1,17	5,74
<i>[60,90)</i>	3,42	16,13	7,69	7,08	0,28	2,49

**Tabella A.2.9** – Età suddivisa in classi e livello di istruzione dichiarata dagli individui intervistati. Valori in percentuale. Italia, 2012.

	LIVELLO DI ISTRUZIONE					
	<i>Preprimaria</i>	<i>Primaria</i>	<i>Secondaria inferiore</i>	<i>Secondaria superiore</i>	<i>Brevi corsi professionali</i>	<i>Laurea</i>
<b>ETÀ</b>	%	%	%	%	%	%
<i>[25,40)</i>	0,05	0,33	4,76	10,74	0,95	5,35
<i>[40,60)</i>	0,22	2,63	13,5	16,3	1,51	5,76
<i>[60,90)</i>	2,75	15,42	8,42	8,26	0,31	2,73

**Tabella A.2.10** – Età suddivisa in classi e livello di istruzione dichiarata dagli individui intervistati. Valori in percentuale. Italia, 2013.

	LIVELLO DI ISTRUZIONE					
	<i>Preprimaria</i>	<i>Primaria</i>	<i>Secondaria inferiore</i>	<i>Secondaria superiore</i>	<i>Brevi corsi professionali</i>	<i>Laurea</i>
<b>ETÀ</b>	%	%	%	%	%	%
<i>[25,40)</i>	0,05	0,28	4,15	10,36	1,07	5,23
<i>[40,60)</i>	0,15	2,28	13,03	17,03	1,77	6
<i>[60,90)</i>	2,46	15,18	8,72	8,88	0,47	2,9

**Tabella A.2.11** – Età suddivisa in classi e livello di istruzione dichiarata dagli individui intervistati. Valori in percentuale. Italia, 2014.

	LIVELLO DI ISTRUZIONE					
	<i>Preprimaria</i>	<i>Primaria</i>	<i>Secondaria inferiore</i>	<i>Secondaria superiore</i>	<i>Brevi corsi professionali</i>	<i>Laurea</i>
<b>ETÀ</b>	%	%	%	%	%	%
<i>[25,40)</i>	0,1	0,23	3,77	9,6	0,81	5,7
<i>[40,60)</i>	0,27	1,84	12,59	16,69	1,44	7,07
<i>[60,90)</i>	3,43	14,61	8,96	8,96	0,47	3,47

**Tabella A.2.12** – Età suddivisa in classi e livello di istruzione dichiarata dagli individui intervistati. Valori in percentuale. Italia, 2015.

	LIVELLO DI ISTRUZIONE					
	<i>Preprimaria</i>	<i>Primaria</i>	<i>Secondaria inferiore</i>	<i>Secondaria superiore</i>	<i>Brevi corsi professionali</i>	<i>Laurea</i>
<b>ETÀ</b>	%	%	%	%	%	%
<i>[25,40)</i>	0,04	0,23	3,58	9,53	0,61	5,96
<i>[40,60)</i>	0,19	1,59	12,75	17,11	1,25	7,74
<i>[60,90)</i>	2,13	13,61	9,65	9,48	0,37	4,19

**Tabella A.2.13**– Età suddivisa in classi e livello di istruzione dichiarata dagli individui intervistati. Valori in percentuale. Italia, 2016.

	LIVELLO DI ISTRUZIONE					
	<i>Preprimaria</i>	<i>Primaria</i>	<i>Secondaria inferiore</i>	<i>Secondaria superiore</i>	<i>Brevi corsi professionali</i>	<i>Laurea</i>
<b>ETÀ</b>	%	%	%	%	%	%
<i>[25,40)</i>	0,12	0,19	3,76	10,03	0,35	5,37
<i>[40,60)</i>	0,27	1,4	12,91	17,21	0,7	7,23
<i>[60,90)</i>	2,92	14,02	10,01	9,52	0,21	3,79

**Tabella A.2.14**– Età suddivisa in classi e livello di istruzione dichiarata dagli individui intervistati. Valori in percentuale. Italia, 2017.

	LIVELLO DI ISTRUZIONE					
	<i>Preprimaria</i>	<i>Primaria</i>	<i>Secondaria inferiore</i>	<i>Secondaria superiore</i>	<i>Brevi corsi professionali</i>	<i>Laurea</i>
<b>ETÀ</b>	%	%	%	%	%	%
<i>[25,40)</i>	0,1	0,18	3,57	9,87	0,3	4,81
<i>[40,60)</i>	0,21	1,18	12,6	17,28	0,6	6,89
<i>[60,90)</i>	2,8	14,33	10,8	10,22	0,21	4,05

**Tabella A.2.15**– Et  suddivisa in classi e livello di istruzione dichiarata dagli individui intervistati. Valori in percentuale. Italia, 2018.

	LIVELLO DI ISTRUZIONE					
	<i>Preprimaria</i>	<i>Primaria</i>	<i>Secondaria inferiore</i>	<i>Secondaria superiore</i>	<i>Brevi corsi professionali</i>	<i>Laurea</i>
<b>ET�</b>	%	%	%	%	%	%
<i>[25,40)</i>	0,11	0,15	3,5	9,63	0,2	4,5
<i>[40,60)</i>	0,22	1	12,16	17,13	0,5	6,78
<i>[60,90)</i>	2,7	14,3	11,55	11,17	0,2	4,19

**Tabella A.3.1** – Reddito suddiviso in quantili in relazione con la presenza di una malattia cronica negli ultimi 6 mesi. Valori in percentuale. Italia, 2004.

	REDDITO				
	<i>I quintile</i>	<i>II quintile</i>	<i>III quintile</i>	<i>IV quintile</i>	<i>V quintile</i>
<b>MALATTIA CRONICA</b>	%	%	%	%	%
<i>Si</i>	4,55	4,85	4,43	4,18	3,73
<i>No</i>	13,33	14,53	15,68	17,09	17,64

**Tabella A.3.2** – Reddito suddiviso in quantili in relazione con la presenza di una malattia cronica negli ultimi 6 mesi. Valori in percentuale. Italia, 2005.

	REDDITO				
	<i>I quintile</i>	<i>II quintile</i>	<i>III quintile</i>	<i>IV quintile</i>	<i>V quintile</i>
<b>MALATTIA CRONICA</b>	%	%	%	%	%
<i>Si</i>	4,75	4,88	4,82	4,27	3,65
<i>No</i>	13,2	14,31	15,57	16,92	17,63

**Tabella A.3.3** – Reddito suddiviso in quantili in relazione con la presenza di una malattia cronica negli ultimi 6 mesi. Valori in percentuale. Italia, 2006.

	<b>REDDITO</b>				
	<i>I quintile</i>	<i>II quintile</i>	<i>III quintile</i>	<i>IV quintile</i>	<i>V quintile</i>
<b>MALATTIA CRONICA</b>	%	%	%	%	%
<i>Sì</i>	4,36	4,62	4,53	4,3	3,73
<i>No</i>	13,73	14,56	15,87	16,97	17,34

**Tabella A.3.4** – Reddito suddiviso in quantili in relazione con la presenza di una malattia cronica negli ultimi 6 mesi. Valori in percentuale. Italia, 2007.

	<b>REDDITO</b>				
	<i>I quintile</i>	<i>II quintile</i>	<i>III quintile</i>	<i>IV quintile</i>	<i>V quintile</i>
<b>MALATTIA CRONICA</b>	%	%	%	%	%
<i>Sì</i>	4,4	4,77	4,55	3,93	3,63
<i>No</i>	13,69	14,62	15,76	17,23	17,42

**Tabella A.3.5** – Reddito suddiviso in quantili in relazione con la presenza di una malattia cronica negli ultimi 6 mesi. Valori in percentuale. Italia, 2008.

	<b>REDDITO</b>				
	<i>I quintile</i>	<i>II quintile</i>	<i>III quintile</i>	<i>IV quintile</i>	<i>V quintile</i>
<b>MALATTIA CRONICA</b>	%	%	%	%	%
<i>Sì</i>	4,66	5,06	4,83	4,55	3,81
<i>No</i>	13,37	14,41	15,6	16,37	17,35

**Tabella A.3.6** – Reddito suddiviso in quantili in relazione con la presenza di una malattia cronica negli ultimi 6 mesi. Valori in percentuale. Italia, 2009.

	<b>REDDITO</b>				
	<i>I quintile</i>	<i>II quintile</i>	<i>III quintile</i>	<i>IV quintile</i>	<i>V quintile</i>
<b>MALATTIA CRONICA</b>	%	%	%	%	%
<i>Sì</i>	4,4	4,86	4,97	4,44	3,74
<i>No</i>	13,96	14,62	15,13	16,68	17,21

**Tabella A.3.7** – Reddito suddiviso in quantili in relazione con la presenza di una malattia cronica negli ultimi 6 mesi. Valori in percentuale. Italia, 2010.

	<b>REDDITO</b>				
	<i>I quintile</i>	<i>II quintile</i>	<i>III quintile</i>	<i>IV quintile</i>	<i>V quintile</i>
<b>MALATTIA CRONICA</b>	%	%	%	%	%
<i>Sì</i>	4,26	4,91	5,15	4,48	3,94
<i>No</i>	14,25	14,69	14,94	16,36	17,02

**Tabella A.3.8** – Reddito suddiviso in quantili in relazione con la presenza di una malattia cronica negli ultimi 6 mesi. Valori in percentuale. Italia, 2011.

	<b>REDDITO</b>				
	<i>I quintile</i>	<i>II quintile</i>	<i>III quintile</i>	<i>IV quintile</i>	<i>V quintile</i>
<b>MALATTIA CRONICA</b>	%	%	%	%	%
<i>Sì</i>	5	5,89	5,77	4,99	4,69
<i>No</i>	13,94	13,83	14,68	15,54	15,66

**Tabella A.3.9** – Reddito suddiviso in quantili in relazione con la presenza di una malattia cronica negli ultimi 6 mesi. Valori in percentuale. Italia, 2012.

	<b>REDDITO</b>				
	<i>I quintile</i>	<i>II quintile</i>	<i>III quintile</i>	<i>IV quintile</i>	<i>V quintile</i>
<b>MALATTIA CRONICA</b>	%	%	%	%	%
<i>Sì</i>	4,74	5,52	5,48	4,92	4,55
<i>No</i>	14,15	14,29	14,81	15,65	15,89

**Tabella A.3.10** – Reddito suddiviso in quantili in relazione con la presenza di una malattia cronica negli ultimi 6 mesi. Valori in percentuale. Italia, 2013.

	<b>REDDITO</b>				
	<i>I quintile</i>	<i>II quintile</i>	<i>III quintile</i>	<i>IV quintile</i>	<i>V quintile</i>
<b>MALATTIA CRONICA</b>	%	%	%	%	%
<i>Sì</i>	4,87	5,77	5,64	5,05	4,77
<i>No</i>	14,27	14,07	14,51	15,36	15,7

**Tabella A.3.11** – Reddito suddiviso in quantili in relazione con la presenza di una malattia cronica negli ultimi 6 mesi. Valori in percentuale. Italia, 2014.

	<b>REDDITO</b>				
	<i>I quintile</i>	<i>II quintile</i>	<i>III quintile</i>	<i>IV quintile</i>	<i>V quintile</i>
<b>MALATTIA CRONICA</b>	%	%	%	%	%
<i>Sì</i>	4,89	5,62	5,55	4,97	4,61
<i>No</i>	14,32	14,3	14,58	15,48	15,68

**Tabella A.3.12** – Reddito suddiviso in quantili in relazione con la presenza di una malattia cronica negli ultimi 6 mesi. Valori in percentuale. Italia, 2015.

	<b>REDDITO</b>				
	<i>I quintile</i>	<i>II quintile</i>	<i>III quintile</i>	<i>IV quintile</i>	<i>V quintile</i>
<b>MALATTIA CRONICA</b>	%	%	%	%	%
<i>Sì</i>	5,04	5,63	5,31	4,69	4,32
<i>No</i>	13,94	14,52	14,59	15,69	16,28

**Tabella A.3.13** – Reddito suddiviso in quantili in relazione con la presenza di una malattia cronica negli ultimi 6 mesi. Valori in percentuale. Italia, 2016.

	<b>REDDITO</b>				
	<i>I quintile</i>	<i>II quintile</i>	<i>III quintile</i>	<i>IV quintile</i>	<i>V quintile</i>
<b>MALATTIA CRONICA</b>	%	%	%	%	%
<i>Sì</i>	2,9	3,53	3,38	3,2	2,76
<i>No</i>	15,54	16,23	16,92	17,23	18,29

**Tabella A.3.14** – Reddito suddiviso in quantili in relazione con la presenza di una malattia cronica negli ultimi 6 mesi. Valori in percentuale. Italia, 2017.

	<b>REDDITO</b>				
	<i>I quintile</i>	<i>II quintile</i>	<i>III quintile</i>	<i>IV quintile</i>	<i>V quintile</i>
<b>MALATTIA CRONICA</b>	%	%	%	%	%
<i>Sì</i>	2,55	3,3	3,29	2,83	2,33
<i>No</i>	15,57	16,65	16,86	17,94	18,68

**Tabella A.3.15** – Reddito suddiviso in quantili in relazione con la presenza di una malattia cronica negli ultimi 6 mesi. Valori in percentuale. Italia, 2018.

	<b>REDDITO</b>				
	<i>I quintile</i>	<i>II quintile</i>	<i>III quintile</i>	<i>IV quintile</i>	<i>V quintile</i>
<b>MALATTIA CRONICA</b>	%	%	%	%	%
<i>Si</i>	3,27	3,8	3,3	3,03	2,65
<i>No</i>	15,3	15,78	16,74	17,74	18,4

**Tabella A.4.1** – Livello di istruzione dichiarato in relazione con il reddito disponibile equivalente. Valori in percentuale rispetto a ciascun individuo. Italia, anno 2004.

	<b>LIVELLO DI ISTRUZIONE</b>					
	<i>Preprimaria</i>	<i>Primaria</i>	<i>Secondaria inferiore</i>	<i>Secondaria superiore</i>	<i>Brevi corsi professionali</i>	<i>Laurea</i>
<b>REDDITO</b>	%	%	%	%	%	%
<i>I quintile</i>	1,94	5,66	5,67	3,57	0,29	0,53
<i>II quintile</i>	1,61	5,87	5,87	4,66	0,52	0,74
<i>III quintile</i>	1,1	5,25	6,11	5,97	0,69	1,01
<i>IV quintile</i>	0,65	4,36	5,94	7,52	0,95	1,95
<i>V quintile</i>	0,43	2,7	4,47	8,43	1,01	4,52

**Tabella A.4.2** – Livello di istruzione dichiarato in relazione con il reddito disponibile equivalente. Valori in percentuale rispetto a ciascun individuo. Italia, anno 2010.

	<b>LIVELLO DI ISTRUZIONE</b>					
	<i>Preprimaria</i>	<i>Primaria</i>	<i>Secondaria inferiore</i>	<i>Secondaria superiore</i>	<i>Brevi corsi professionali</i>	<i>Laurea</i>
<b>REDDITO</b>	%	%	%	%	%	%
<i>I quintile</i>	0,97	4,88	6,63	4,77	0,38	0,76
<i>II quintile</i>	0,86	5,42	6,05	5,67	0,47	1
<i>III quintile</i>	0,58	4,76	5,87	6,77	0,62	1,53
<i>IV quintile</i>	0,36	3,18	5,39	8,58	0,92	2,5
<i>V quintile</i>	0,22	1,88	3,78	8,76	0,91	5,54

**Tabella A.4.3** – Livello di istruzione dichiarato in relazione con il reddito disponibile equivalente. Valori in percentuale rispetto a ciascun individuo. Italia, anno 2018.

	LIVELLO DI ISTRUZIONE					
	<i>Preprimaria</i>	<i>Primaria</i>	<i>Secondaria inferiore</i>	<i>Secondaria superiore</i>	<i>Brevi corsi professionali</i>	<i>Laurea</i>
<b>REDDITO</b>	%	%	%	%	%	%
<i>I quintile</i>	0,86	3,37	7,25	5,77	0,1	1,27
<i>II quintile</i>	0,81	4,25	6,49	6,5	0,15	1,44
<i>III quintile</i>	0,6	3,2	5,92	8,07	0,17	2,09
<i>IV quintile</i>	0,33	2,23	5,23	9,32	0,22	3,38
<i>V quintile</i>	0,2	1,21	3,66	9,36	0,21	6,34

**Tabella A.5.1** – Livello di istruzione dichiarato in relazione in base alle classi d'età. Valori in percentuale rispetto a ciascun individuo. Italia, anno 2004.

	LIVELLO DI ISTRUZIONE					
	<i>Preprimaria</i>	<i>Primaria</i>	<i>Secondaria inferiore</i>	<i>Secondaria superiore</i>	<i>Brevi corsi professionali</i>	<i>Laurea</i>
<b>ETÀ</b>	%	%	%	%	%	%
<i>[25,40)</i>	0,29	1,26	9,38	11,96	1,91	4,21
<i>[40,60)</i>	0,93	7,44	12,41	11,68	1,26	4,02
<i>[60,90)</i>	5,09	17,61	4,86	4,13	0,24	1,32

**Tabella A.5.2** – Livello di istruzione dichiarato in relazione in base alle classi d'età. Valori in percentuale rispetto a ciascun individuo. Italia, anno 2010.

	LIVELLO DI ISTRUZIONE					
	<i>Preprimaria</i>	<i>Primaria</i>	<i>Secondaria inferiore</i>	<i>Secondaria superiore</i>	<i>Brevi corsi professionali</i>	<i>Laurea</i>
<b>ETÀ</b>	%	%	%	%	%	%
<i>[25,40)</i>	0,25	0,71	5,83	11,15	1,44	5,17
<i>[40,60)</i>	0,42	3,67	13,27	15,11	1,59	4,9
<i>[60,90)</i>	2,58	17,75	6,97	6,66	0,42	2,11

**Tabella A.5.3** – Livello di istruzione dichiarato in relazione in base alle classi d'età. Valori in percentuale rispetto a ciascun individuo. Italia, anno 2018.

	LIVELLO DI ISTRUZIONE					
	<i>Preprimaria</i>	<i>Primaria</i>	<i>Secondaria inferiore</i>	<i>Secondaria superiore</i>	<i>Brevi corsi professionali</i>	<i>Laurea</i>
<b>ETÀ</b>	%	%	%	%	%	%
<i>[25,40)</i>	0,11	0,15	3,5	9,63	0,2	4,5
<i>[40,60)</i>	0,22	1	12,16	17,13	0,5	6,78
<i>[60,90)</i>	2,7	14,3	11,55	11,17	0,2	4,19

**Tabella A.6.1** – Livello di salute percepito dagli individui appartenenti alle relative classi d'età. Valori in percentuale rispetto a ciascun individuo. Italia, anno 2004.

	LIVELLO DI SALUTE				
	<i>Molto buono</i>	<i>Buono</i>	<i>Né bene né male</i>	<i>Male</i>	<i>Molto male</i>
<b>ETÀ</b>	%	%	%	%	%
<i>[25,40)</i>	6,8	16,69	4,51	0,57	0,15
<i>[40,60)</i>	3,47	18,49	13,01	1,96	0,4
<i>[60,90)</i>	0,84	6,91	17,77	6,79	1,62

**Tabella A.6.2** – Livello di salute percepito dagli individui appartenenti alle relative classi d'età. Valori in percentuale rispetto a ciascun individuo. Italia, anno 2010.

	LIVELLO DI SALUTE				
	<i>Molto buono</i>	<i>Buono</i>	<i>Né bene né male</i>	<i>Male</i>	<i>Molto male</i>
<b>ETÀ</b>	%	%	%	%	%
<i>[25,40)</i>	6,34	15,51	2,2	0,36	0,11
<i>[40,60)</i>	4,65	24,16	7,92	1,58	0,32
<i>[60,90)</i>	1,01	11,67	16,5	5,97	1,72

**Tabella A.6.3** – Livello di salute percepito dagli individui appartenenti alle relative classi d'età. Valori in percentuale rispetto a ciascun individuo. Italia, anno 2018.

	<b>LIVELLO DI SALUTE</b>				
	<i>Molto buono</i>	<i>Buono</i>	<i>Né bene né male</i>	<i>Male</i>	<i>Molto male</i>
<b>ETÀ</b>	%	%	%	%	%
<i>[25,40)</i>	5,25	11,65	1,05	0,13	0,06
<i>[40,60)</i>	5,61	26,47	4,79	0,77	0,19
<i>[60,90)</i>	1,22	19,43	17,02	5,31	1,03

**Tabella A.7.1** – Reddito suddiviso in quantili in relazione con il grado di limitazione nelle attività abituali negli ultimi 6 mesi. Valori in percentuale. Italia, 2004.

	<b>REDDITO</b>				
	<i>I quintile</i>	<i>II quintile</i>	<i>III quintile</i>	<i>IV quintile</i>	<i>V quintile</i>
<b>LIMITAZIONI</b>	%	%	%	%	%
<i>Gravi</i>	1,22	1,27	1,24	1,09	0,79
<i>Non gravi</i>	2,37	2,32	1,94	1,64	1,3
<i>Nessuna</i>	14,27	15,79	16,94	18,53	19,28

**Tabella A.7.2** – Reddito suddiviso in quantili in relazione con il grado di limitazione nelle attività abituali negli ultimi 6 mesi. Valori in percentuale. Italia, 2010.

	<b>REDDITO</b>				
	<i>I quintile</i>	<i>II quintile</i>	<i>III quintile</i>	<i>IV quintile</i>	<i>V quintile</i>
<b>LIMITAZIONI</b>	%	%	%	%	%
<i>Gravi</i>	1,14	1,47	1,48	1,2	0,74
<i>Non gravi</i>	3,11	3,35	3,11	2,68	2,13
<i>Nessuna</i>	14,25	14,8	15,52	16,97	18,05

**Tabella A.7.3** – Reddito suddiviso in quantili in relazione con il grado di limitazione nelle attività abituali negli ultimi 6 mesi. Valori in percentuale. Italia, 2018.

	<b>REDDITO</b>				
	<i>I quintile</i>	<i>II quintile</i>	<i>III quintile</i>	<i>IV quintile</i>	<i>V quintile</i>
<b>LIMITAZIONI</b>	%	%	%	%	%
<i>Gravi</i>	1,17	1,38	1,25	1,11	0,83
<i>Non gravi</i>	3,99	4,54	3,98	3,48	3,35
<i>Nessuna</i>	13,41	13,66	14,8	16,19	16,86

**Tabella A.8.1** – Livello di salute percepito dagli individui in base al genere. Valori in percentuale rispetto a ciascun individuo. Italia, anno 2004.

	<b>LIVELLO DI SALUTE</b>				
	<i>Molto buono</i>	<i>Buono</i>	<i>Né bene né male</i>	<i>Male</i>	<i>Molto male</i>
<b>GENERE</b>	%	%	%	%	%
<i>Maschio</i>	7,47	21,59	14,57	3,41	0,79
<i>Femmina</i>	6,19	21,9	17,83	5,05	1,18

**Tabella A.8.2** – Livello di salute percepito dagli individui in base al genere. Valori in percentuale rispetto a ciascun individuo. Italia, anno 2010.

	<b>LIVELLO DI SALUTE</b>				
	<i>Molto buono</i>	<i>Buono</i>	<i>Né bene né male</i>	<i>Male</i>	<i>Molto male</i>
<b>GENERE</b>	%	%	%	%	%
<i>Maschio</i>	7,72	25,54	10,94	2,84	0,77
<i>Femmina</i>	7,02	26,08	13,53	4,39	1,17

**Tabella A.8.3** – Livello di salute percepito dagli individui in base al genere. Valori in percentuale rispetto a ciascun individuo. Italia, anno 2010.

	<b>LIVELLO DI SALUTE</b>				
	<i>Molto buono</i>	<i>Buono</i>	<i>Né bene né male</i>	<i>Male</i>	<i>Molto male</i>
<b>GENERE</b>	%	%	%	%	%
<i>Maschio</i>	7,38	27,96	9,29	2,16	0,49
<i>Femmina</i>	6,67	29,76	12	3,59	0,71

**Fonte dati:** “Istat, indagine sulle condizioni di vita (EU-SILC), componente trasversale”. Elaborazione dell’autrice.

# Bibliografia

- WHO, OMS, 2008 - *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Commission on social determinants of health, final report.

- G. Costa, M. Bassi, G.F. Gensini, M. Marra, A.L. Nicelli, N. Zengarini, Milano, 2004 - *L'equità nella salute in Italia*. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità, Franco Angeli e Fondazione Smith Kline.

- Ceccarelli, C., M. Di Marco, e C. Rinaldell. Istat, Roma, 2008 - *L'indagine europea sui redditi e le condizioni di vita delle famiglie (Eu-Silc)*. Metodi e Norme, n. 37.

- N. Zengarini, T. Spadea, A. Ranzi - *Principali meccanismi di generazione delle disuguaglianze di salute: i determinanti distali e prossimali e il loro impatto relativo*.

- Gavino Maciocco - Dipartimento di Sanità Pubblica Università di Firenze, Sara Barsanti - *I determinanti sociali di salute. Le disuguaglianze nella salute: concetti e principi. Le disuguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria tra le varie aree del mondo*. Laboratorio MeS, Scuola Superiore Sant'Anna.

- Commissione europea, 2009 - Comunicazione: *Solidarietà in materia di salute: riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'Ue.*
- Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP), Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), Istituto Superiore di Sanità (ISS) e Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), 2017 - *L'Italia per l'equità nella salute.* Ministero della salute.
- Costa G, Bassi M., Gensini GF, Marra M et al. Milano, 2014 - *L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità.* Edito da Fondazione Smith Kline, presso Franco Angeli Editore.
- Istituto superiore di sanità (Centro nazionale per la Salute Globale), ASviS (Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile), 2019 – *Disuguaglianze di salute: politiche sanitarie e non sanitarie.*
- OMS, UNICEF, 1978 - *Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria Primaria La Dichiarazione di Alma Ata.*
- COSTA, G. (2009) - *Le disuguaglianze di salute: una sfida per le discipline che si occupano di valutazione delle politiche*, in BRANDOLINI, A., SARACENO, C., SCHIZZEROTTO, A. - *Dimensioni della disuguaglianza in Italia: povertà, salute, abitazione.* Il Mulino, Bologna
- Di Barbora, 2010 – *In bella vista: agire sui determinanti sociali della salute*
- Lopez, Alan D. et al, 2006 - *Global and regional burden of disease and risk factors 2001.* In “Lancet”

- Shields M., Shooshtari S, 2001 - *Determinants of self-perceived health. Health Reports* (Statistics Canada, Catalogue 82-003);
  
- Fleishman JA, Zuvekas SH., 2007 - *Global self-rated mental health: associations with other mental health measures and with role functioning. Medical Care*;
  
- Arpa Piemonte, Antonio Caiazzo – *Le dimensioni e gli indicatori del benessere dell'OCSE nel progetto "Better Life"*
  
- L. Neri, 2019 – *Metodi regressivi: modello logit*