



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

**Dipartimento di Scienze Sociali ed
Economiche DISSE**

**Dottorato di Ricerca in
“Sociologia e Scienze Sociali Applicate”**

XXIX° Ciclo

*Curriculum S.S.O.A.P.P. “Sistemi Sociali, Organizzazioni e Analisi
delle Politiche Pubbliche”*

Settore Scientifico Disciplinare SPS-07

**La Percezione di *Salute*
delle Donne
e Principali Fattori di Rischio**

Tutor

Chiar.mo Prof. Luigi Maria Solivetti

Dottoranda

Dr.ssa Tiziana Lombardi

Indice

1.1 Il Concetto di Salute.....	6
1.2 Il Concetto di Malattia.....	10
1.3 La Cultura del Ben-Essere.....	13
1.4 Il Benessere Soggettivo BES.....	14
2. Organizzazioni Europee Internazionali e Diritto alla <i>Salute</i>	22
2.1 L'Unione Europea e la Salute.....	22
2.2 L'Unione Europea e la Salute Femminile.....	23
2.3 L' ONU e la Salute Femminile.....	24
2.4 L'OMS e la Salute Femminile.....	25
3. Le Determinanti della Salute.....	28
3.1 Capitale Sociale e Salute.....	28
3.2 Le Determinanti Sociali della Salute.....	30
4. Genere e <i>Salute</i> : il Paradosso Donna.....	39
4.1 Il Gap di Genere nella Salute Percepita.....	45
4.2 Salute Femminile e Stato Civile.....	46
4.3 Salute Femminile ed Istruzione.....	49
4.4 Salute Femminile e Lavoro Retribuito.....	51
4.5 Salute Femminile e Reddito.....	54
4.6 Salute Femminile e Disabilità.....	57
4.7 Salute Femminile ed Isolamento Sociale.....	58
4.8 Percezione di Salute delle Donne ed assiduità nella Preghiera.....	60
5. Obiettivi della Ricerca.....	61
6. La Ricerca -Banca Dati European Social Survey e la Percezione di <i>Salute</i> Femminile-.....	63
6.1 Metodologia e variabili utilizzate.....	63
7. Risultati della Ricerca.....	68
7.1 Percezione di Salute delle Donne e Stato dei Servizi Sanitari.....	72
7.2 Percezione di Salute delle Donne ed Età.....	78
7.3 Percezione di Salute delle Donne e Disabilità.....	81
7.4 Percezione di Salute delle Donne e Stato Civile.....	84

7.5	Percezione di Salute delle Donne ed Isolamento Sociale	87
7.6	Percezione di Salute delle Donne ed Assiduità nella Preghiera	89
7.7	Percezione di Salute delle Donne ed Istruzione	94
7.8	Percezione di Salute delle Donne e Lavoro Retribuito	97
7.9	Percezione di Salute delle Donne e Reddito	100
8.	Banca Dati Eurostat e <i>Salute</i> Femminile.....	115
8.1	Eurostat: Aspettativa di Vita	115
8.2	Eurostat: Cattiva Salute Percepita.....	117
8.3	Eurostat: Scolarità e Salute Percepita	119
8.4	Eurostat: Disabilità e Salute Percepita.....	121
8.5	Eurostat: Reddito e Salute	122
8.6	Eurostat: Ricoveri Ospedalieri	123
8.7	Eurostat: Indicatore HLY (Healthy Life Years)	123
9.	Donne Immigrate e <i>Salute</i>	126
9.1	Immigrate e Salute Percepita.....	129
9.2	Immigrate Scolarità e Salute Percepita.....	130
9.3	Immigrate Disabilità e Salute Percepita	133
9.4	Immigrate Reddito e Salute Percepita	135
9.5	Immigrate Stato Civile e Salute Percepita	137
9.6	Immigrate Lavoro Retribuito e Salute Percepita	140
10.	Conclusioni.....	142
	Riferimenti Bibliografici	156

Perché scegliere di occuparmi di una ricerca sulla Salute delle Donne e sui principali fattori di rischio che influiscono nel determinare il loro Stato di Salute? Perché è mio interesse sia come Donna, sia anche come Ostetrica che si prende cura della Salute di altre Donne da molti anni in vari ambiti lavorativi, come cliniche, ospedali, ambulatori, consultori, campi rom, e molto altro ancora.

L'osservazione dell'umanità Femminile, della sua Salute e della sua felicità, della sua Malattia e della sua infelicità, mi hanno condotto ad elaborare personali teorie sulle associazioni più frequenti tra Determinanti socio-sanitari e Salute Femminile. Posso affermare, per la mia esperienza, che le Donne che hanno maggiore necessità di attenzione sanitaria, sono quasi certamente quelle che non conosco né conoscerò mai, perché frequentano poco o nulla i Servizi Sanitari, perché mai riusciranno a raggiungerli o perché hanno poco tempo e/o pochi soldi a disposizione, o perché non possiedono le giuste competenze nell'uso degli stessi Servizi.

Così il Dottorato di Ricerca è stato per me opportunità di esplorazione delle principali Banche Dati Europee, dove poter cercare anche solo una piccola prova a favore dei miei quotidiani pensieri ed intuizioni...

Questo studio si occupa della percezione di Salute Femminile, con il principale obiettivo di definire come proprio questa percezione possa essere collegata, anzi dipendere, da variabili che interessano la vita delle Donne fin dalla loro nascita. L'intento è stato quello di verificare, attraverso dati facilmente reperibili a tutti, come la Salute Femminile

possa mutare in relazione ai cambiamenti di variabili quali il Reddito, la Scolarità, il Lavoro e lo Stato Civile.

Le Donne guidano le scelte relative agli stili di vita di tutta la famiglia, prendendosi cura per l'intera loro esistenza di tutto il nucleo familiare. In questo senso, prendersi cura della Salute Femminile, vuol dire tutelare e migliorare quella dell'intera comunità.

Attraverso la Salute delle Donne passa la Salute dell'intera famiglia e della Società, e proprio questa stretta dipendente relazione dovrebbe convincere le Istituzioni ad adottare misure, soprattutto economiche e culturali, che possano favorire la Salute Femminile.

Anche le Donne debbono però investire personalmente in tutto ciò, abbandonando quella visione deterministica della Salute che spesso ancora accompagna la loro vita, e sostituendola con un atteggiamento attivo di valorizzazione e di controllo dell'ambiente e delle proprie azioni, come co-promotori fondamentali della loro Salute e del loro benessere.

Dr.ssa Tiziana Lombardi

tiziana.lombardi@uniroma1.it
tiziana.lombardi@aslroma2.it

1. La Salute

1.1 Il Concetto di Salute

Definire la *Salute* non è affatto semplice. *Il termine deriva dal latino salus-tis "salvezza, incolumità, integrità, Salute", affine a salvus "salvo". Salvezza, soprattutto come stato di benessere, di tranquillità, d'integrità, individuale o collettiva. Stato di benessere fisico e di armonico equilibrio psichico dell'organismo umano in quanto esente da malattie, da imperfezioni e disturbi organici o funzionali (Santacroce, Treccani 2000).*

La *Salute* non deve essere considerata come semplice assenza di *Malattia*, ma come qualcosa di positivo, come un'attitudine felice verso la vita, che comporta comunque anche la piena accettazione della responsabilità che la vita stessa comporta per ciascun individuo (Sigerist, 1941), concetto che anticipa di qualche anno quanto poi sancito dall'OMS nel 1948.

La *Salute* è bene primario della popolazione, e proprio a sua tutela è stata istituita l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Nel 1948 l'OMS ha sancito che: *"Health is a state of complete physical mental, and social well-being and not merely the absence of disease or Infirmary..."*, intendendo la *Salute* come stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non come semplice assenza di *Malattia*. Con questa definizione viene rovesciata la prospettiva organicistica *"in negativo"* di *Salute* come assenza di *Malattia* - per proporre una *"in positivo"* che vede la *Salute* come diritto all'intero benessere fisico, psichico e sociale.

Il concetto di *Salute* risulta essere quindi molto più esteso rispetto alla sola *Salute* fisica. Quella dell'OMS è ancora oggi alla base della definizione ufficiale di *"Salute"*, superando di fatto la sola visione materialistico-corporale per includere anche quella sociale e psicologica, alla luce di un globale benessere dell'individuo, ma

sempre in una visione piuttosto statica. In realtà, così come viene espresso da questa definizione, il concetto di *Salute* non sembra misurabile oggettivamente, soprattutto quando si parla di “*completo stato di benessere*”. Cosa può infatti definirlo e caratterizzarlo? In realtà probabilmente nessun individuo è stato o sarà mai in un “*completo stato di benessere*”, e perciò, questo modello, sembra essere piuttosto irraggiungibile alla maggior parte degli individui.

Infatti, la *Salute*, oltre ad avere una componente oggettiva evidente e più facilmente misurabile, ne possiede anche una più personale e soggettiva, data dalla percezione che ciascun individuo ha della propria *Salute* o della propria *Malattia* e che influisce sul benessere della persona.

La *Salute* è un processo evolutivo continuo nel corso dell'esistenza, non possedendo appunto, purtroppo o per fortuna, alcun carattere di staticità. Per tale motivo non può esistere un concetto assoluto di *Salute*, poiché questa è legata indissolubilmente alla cultura del tempo, alla storia dell'individuo, alla sua condizione familiare e sociale.

Una condizione di *Salute* assolutamente statica così come vuole la definizione dell'Oms, è irraggiungibile anche a motivo dell'invecchiamento progressivo della popolazione che, a causa del crescente aumento delle malattie croniche, non permette alla persona di adattarsi sempre a tutte le sfide fisiche emotive e sociali cui è continuamente esposta (Godlee, 2011).

La *Salute* è vista quindi come una risorsa della nostra vita quotidiana, e non come lo scopo della nostra esistenza (Carta di Ottawa OMS, 1986). Una concezione di *Salute* intesa come campo di applicazione delle capacità individuali, dirette a convivere con l'ambiente. In questo nuovo contesto, delineato dalla Carta di Ottawa, la *Salute* viene considerata non solo il fine, ma una risorsa necessaria

ed indispensabile alla vita quotidiana, che consente alle persone di condurre una vita produttiva ad ogni livello preso in considerazione. Tutto ciò sembra rimuovere l'immagine di un individuo visto nel suo solitario stato di *Salute* o *Malattia*, per porlo invece nel più complesso ecosistema fisico e sociale nel quale egli vive e si confronta. Sembra prevalere una concezione olistica dell'Uomo, visto come parte integrante ed indissolubile della Società. Nella stessa Carta si afferma che: *“La promozione della Salute è il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria Salute e di migliorarla... La Salute è un concetto positivo che valorizza le risorse personali e sociali, come pure le capacità fisiche. Quindi la promozione della Salute non è una responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma va al di là degli stili di vita e punta al benessere... L'azione della promozione della Salute punta a ridurre le differenze nello stato di Salute attuale e ad assicurare pari opportunità e risorse... Ciò va applicato in egual misura agli Uomini e alle Donne”*. Per raggiungere questi obiettivi, la Carta di Ottawa propone di creare ambienti capaci di tutelare la *Salute* attraverso la politica, la comunità ed i servizi sanitari.

Diventando la misura della capacità di un individuo o di un gruppo di realizzare le proprie aspirazioni e i propri bisogni e di mutare o adattarsi all'ambiente, la *Salute* è qualcosa di più dei suoi componenti. Infatti essa è tenuta insieme è tenuta insieme da assunzioni spirituali ed emozionali del benessere, della percezioni di sé e del rapporto con gli altri. (Kickbusch, 1987).

La *Salute* è uno stato dinamico di benessere che deve rispondere alle numerose richieste cui la vita ci sottopone. Quando questo non avviene allora si verifica la *Malattia* (Bircher, 2005).

Le cause di un cattivo stato di *Salute* sono molto complesse e possono essere dovute a fattori individuali, determinati geneticamente e normalmente non modificabili come il sesso, l'età e il profilo genetico,

oppure definite da fattori comportamentali del singolo e della Società, come per esempio l'ambiente e gli stili di vita, questi ultimi potenzialmente modificabili. *“Lo stile di vita è un modo di vivere basato su modelli di comportamento identificabili, che sono determinati dall’interazione tra le caratteristiche personali dell’individuo, le interazioni sociali e le condizioni di vita socio-economiche e ambientali”* (Health Promotion Glossary WHO 1998, pag. 16).

Durkheim ha considerato la *Salute* in senso relazionale, correlandola ad un processo di integrazione sociale, attraverso una spiegazione macro sociale sia della *Salute* che della *Malattia*. Ne *“Le regole del metodo sociologico”* (1895) dichiara che è normale ciò che è nella media, ed è patologico ciò che se ne distacca, entro una data specie biologica, in uno specifico contesto sociale e considerata l'età individuale. La *Salute* va sempre perseguita con grande impegno. Per la Società, come per gli individui, la *Salute* è buona e desiderabile, mentre la *Malattia* rappresenta il male che deve essere sempre evitato. E come un fatto sociale è normale in un determinato momento per un determinato individuo, nella media delle Società di quella specie, così è per la *Salute*. Sempre Durkheim afferma che la sofferenza è considerata l'indice della *Malattia* ma anche che non sempre esiste una relazione costante e diretta tra sofferenza e *Malattia*, poiché alcune patologie gravi possono essere indolori, mentre al contrario patologie di minore gravità possono causare gravi sofferenze. La *Salute* inoltre deriverebbe da ordinamenti sociali in cui c'è un perfetto bilanciamento tra egoismo ed anomia (*individualismo*), da un lato, e altruismo e fatalismo (*collettivismo*), dall'altro lato. Persone in buona *Salute* creano e mantengono una Società in buona *Salute*. Anche per tale scopo, gli individui vanno sostenuti contro l'insorgenza di ogni *Malattia*. Per tale importante motivo tutte le persone dovrebbero avere accesso alle risorse basilari per l'ottenimento di una buona *Salute*.

Questo significa che tutti i sistemi e le strutture deputate a governare le condizioni socio-economiche ed ambientali, devono agire sempre considerando l'impatto che il loro operato avrà sulla *Salute* e sul benessere dei singoli individui e dell'intera comunità.

1.2 Il Concetto di *Malattia*

Il termine Malattia deriva da quello di "malato" agg. che a sua volta proviene dal latino male habitus (modellato sul greco κακῶς ἔχων "che sta male"), come participio passato (cfr. ammalato). Di chi è colpito da Malattia, o è in genere non sano, temporaneamente o per costituzione (Vocabolario Treccani).

La *Malattia* è l'opposto della *Salute*: un'alterazione dello stato fisiologico di un organismo capace di ridurre o modificare negativamente le funzionalità normali. Ogni patologia ha un termine consistente o nella guarigione o nell'adattamento dovuto spesso alla cronicizzazione della stessa malattia o dalla morte.

Al fine di meglio specificare quale aspetto dello stato di infermità evidenziare, sono stati creati termini diversi per poter esprimere il concetto di *Malattia*. In inglese il termine *Disease* indica la *Malattia* vera e propria, così come viene intesa tradizionalmente, *Illness* la percezione che ha il malato della propria *Malattia*, *Sickness* il riconoscimento del malato nel più largo contesto sociale in cui egli vive.

In senso oggettivo il termine *Malattia* indica uno spostamento dalla condizione fisiologica normale dell'organismo sufficiente a produrre segni o sintomi, in senso soggettivo invece esprime la diminuzione o assenza di benessere, condizione di malessere o sofferenza (Canguilhem, 1998).

La *Malattia* può essere considerata anche in senso ambientale come una diminuzione delle capacità di adattamento dell'organismo all'

ambiente esterno, cui reagisce difendendosi allo stimolo nocivo che riceve. La *Malattia* è un evento multidimensionale che riguarda l'Uomo nella sua totalità, assumendo significati diversi a seconda della storia personale dell'individuo. Può assumere un significato prettamente biologico, fisico e corporeo, o includere alterazioni del funzionamento intellettuale inteso anche come adattamento ad una nuova condizione di vita dettata dalla *Malattia*, oppure anche comprendere la sofferenza dell'individuo sradicato, a causa della *Malattia*, dalla sua casa, dai suoi affetti, dai suoi amici, obbligato a spersonalizzare le proprie abitudini e costringendolo a condizioni totalmente nuove. La *Malattia* è quindi un disturbo a questo equilibrio, disturbo che la medicina cerca in tutti i modi di eliminare.

Essa, intesa come vissuto del malato, è caratterizzata dalla sensazione dall'esperienza totalmente personale e soggettiva della perdita della *Salute*. Spesso è accompagnata dalla presenza della *Malattia* "oggettiva", ma non necessariamente (Gasparini, 2011).

La *Malattia* del corpo *può essere anche* una forma di linguaggio, attraverso il quale ciò che non viene, o non può essere detto con le labbra, viene espresso tramite il (mal)funzionamento dei propri organi. Ci si ammala quando non ci è possibile comunicare, o quando il nostro bisogno di comunicare è tale che i contenuti superano le nostre difese, trovando la loro espressione nella *Malattia*, nel mal funzionamento del corpo. Il corpo si ammala quando non riesce più a comunicare in maniera efficace con la mente (Chiozza, 1988).

È solamente a partire dall'alterazione della nostra situazione che noi diventiamo realmente consapevoli di cosa voglia davvero dire *Salute*. In pratica, quando siamo in *Salute*, non ci accorgiamo affatto del nostro corpo che, proprio per l'assenza di sintomi, è quasi trasparente alla comune percezione. Trattasi appunto di una

condizione “*normale*” che verrà percepita tale solo a posteriori, attraverso il confronto ad uno stato di patologia.

Parsons spiega la *Salute* e la *Malattia* soprattutto in relazione ai ruoli assunti dagli individui all'interno della Società. La *Salute* coincide con la capacità di assolvere pienamente i ruoli sociali e questo in uno stato di *Malattia* non può avvenire. Nel malato avviene infatti un cambio di ruolo: dal ruolo della normalità al ruolo sociale di malato (*Sick Role*). La *Malattia* è intesa da Parsons come una devianza rispetto alle normali aspettative della Società. Esiste quindi un grande interesse della Società al controllo sociale della *Malattia*, tanto da essere considerata come un disturbo a tutta la civiltà occidentale proiettata al completo dominio dell'ambiente fisico. Sempre secondo Parsons, la maggior parte delle patologie umane non deriva solamente da fattori organici. Per certe malattie contano molto i fattori psicologico-motivazionali, tanto da indurre l'Autore ad immaginare uno stato di *Malattia* motivato solamente dal desiderio dell'individuo di sottrarsi a responsabilità divenute troppo pesanti da sopportare.

Secondo Luhmann (1983) il soggetto può essere definito come un “*sistema auto-referenziale chiuso*” che fronteggia la complessità dell'ambiente in cui vive. Nella determinazione dello stato di *Salute* intervengono contemporaneamente più ambiti: quello sociale, quello organico e quello psichico. La *Salute* deriva dalle interferenze ed interconnessioni reciproche di questi ambiti sistemici. Ogni sistema lavora singolarmente per raggiungere una propria specificità, autonomia, funzionalità, perseguendo il proprio scopo e generando nel contempo anche una serie di effetti perversi negli altri sistemi.

La *Malattia* può essere considerata anche come perdita (*Loss*) o come frutto di privazione (*Deprivation*). Nel concetto di *Malattia*/perdita, eventi scatenanti possono essere considerati ad esempio cambi di abitazione, perdita del lavoro, separazioni, divorzi, lutti. Quando le

persone, già suscettibili a stati di *Malattia*, subiscono cambiamenti nelle loro relazioni interpersonali e sociali, subiscono un peggioramento delle loro condizioni di *Salute*.

Dunque, in generale, il concetto di *Malattia* come devianza dalla norma sembra presente più di altri. Il malato, si sente separato dai processi di organizzazione familiare e sociale, perdendo ogni ruolo che caratterizzava la sua vita. Guarire da una *Malattia* vuol dire quindi riappropriarsi anche del proprio “*normale*” progetto di vita.

1.3 La Cultura del Ben-Essere

In tempi recenti, si è assistito alla diffusione di una vera e propria cultura del benessere, rappresentata non solo dal desiderio di sfuggire, per quanto possibile, tutte le malattie, ma anche dalla volontà di godere pienamente della propria vita e delle occasioni che questa può offrire in ogni momento, nella considerazione, appunto, che in uno stato di benessere prevalgono soprattutto elementi positivi, non consistendo semplicemente nell'assenza di quelli negativi.

I modelli di riferimento del concetto di ben-essere si possono ricondurre, da una parte, all'*edonismo*, in base al quale il benessere consiste nel piacere o nella felicità, dall'altra all'*eudaimonia*, secondo il quale il benessere è qualcosa di più della felicità, rappresentando la totale realizzazione delle potenzialità umane.

La necessità di costruire una psicologia positiva nacque durante la Seconda Guerra Mondiale, attraverso studi osservazionali su persone diventate sfiduciate e depresse a causa della perdita di sostegni sociali, del lavoro, del denaro e dello status che era loro proprio, contrariamente ad altri che, a pari condizioni di privazione, erano riusciti a mantenere comunque uno stato di apparente serenità. La “*Psicologia Positiva*” ebbe lo scopo principale di costruire qualità positive attraverso esperienze di speranza ed ottimismo a livello

individuale e di gruppo soprattutto per mezzo di abilità personali (Seligman, 2002).

Sembra che una propensione all'ottimismo comporti sempre effetti positivi sullo stato di *Salute* psicofisica, e che tali risultati siano mediati principalmente a livello cognitivo, sia inducendo le persone a mettere in pratica abitudini e comportamenti benefici, sia cercando contemporaneamente un'ampia rete di supporto sociale (Taylor, 2000). Le emozioni positive sembrano avere effetti preventivi e terapeutici, potenziano il sistema immunitario e motivano l'adozione di comportamenti sani. Partendo dalla constatazione che un modello di *Salute* basato sulla *Malattia*, e consistente nel lavorare solo sui punti deboli, non risultava efficace ai fini della guarigione, si imponeva sempre più la necessità di una scienza basata invece sulla forza e sul concetto di resilienza. Gli individui non dovevano più essere considerati soggetti passivi, ma attivi, in grado di fare scelte, di assumersi rischi e responsabilità, scegliendo per la propria vita uno stile più sano e salutare.

Benessere e qualità di vita possono essere analizzati soprattutto attraverso valori oggettivi come il *Reddito*, lo *Status Sociale* e la *Salute*. Questi però da soli non riescono ad esprimere esaurientemente il livello di integrazione sociale e di soddisfazione dell'individuo, come anche il livello di benessere di una comunità.

1.4 Il Benessere Soggettivo BES

Il Benessere percepito non è legato solamente allo stato oggettivo di *Salute*, che ne è certamente la manifestazione principale, ma è da ritenersi una condizione soggettiva multidimensionale che deve tenere conto di molte altre variabili della vita.

L'OMS distingue il benessere oggettivo da quello soggettivo. Questo è collegato alle esperienze quotidiane che influenzano il modo

con il quale le persone affrontano e giudicano la propria vita in base a modelli acquisiti personalmente, e selezionati attraverso una dimensione razionale ed emotiva. Ciò determina spesso un'ampia divergenza tra la situazione di *Salute* oggettiva e quella soggettiva in uno stesso individuo. Ad esempio, anche in condizioni economiche sociali e di *Salute* mediocri, molte persone percepiscono la loro qualità di vita relativamente buona. Ciascuna persona elabora una irripetibile percezione del proprio benessere, in base alle sue specificità ed anche alle particolari relazioni che ha nella Società cui appartiene.

Nello studio della *Salute* appare quindi importante poter quantificare anche indicatori soggettivi del benessere, indici di valutazione personale del proprio stato di *Salute* e di soddisfazione della propria vita. La misurazione del benessere soggettivo può essere utilizzata in vari campi, da quello più strettamente relativo all'individuo a quello più esteso riferito a politiche economiche e sociali. Infatti, al fine di poter conoscere il livello di benessere di una popolazione, con l'obiettivo di migliorarne le condizioni, occorre avere dati accurati da cui poter muovere la propria azione di governo, compresi quelli riferibili alla soggettività. Questo interesse verso il benessere soggettivo può essere fatto risalire agli anni Settanta, quando alcuni Sociologi iniziarono ad interessarsi alla stima ed alla misurazione delle condizioni di vita della popolazione generale, attraverso l'elaborazione e l'uso di indicatori della qualità di vita, economici e sociali. Più tardi vennero utilizzati indicatori soggettivi quali la felicità e la soddisfazione per la propria vita (Campbell et al.,1976). La misurazione del benessere soggettivo venne utilizzata anche in alcuni studi riguardanti la qualità dell'invecchiamento nella popolazione (Ryff, 1989; Laicardi & Sberna, 1992).

L'Ocse ha pubblicato nel 2013 una Guida utile alla misurazione del benessere soggettivo all'interno di una nazione, al fine di valutarne

il grado generale di soddisfazione di vita. Altra importante e simile iniziativa è stata nel 2010 il programma *Measuring National Well-being* nel Regno Unito ad opera dell'Office for National Statistics (ONS).

Nel 2011 la Commissione Europea ha pubblicato un documento dal titolo *“Non solo PIL - Misurare il progresso in un mondo che cambia”* il cui obiettivo era quello di integrare le informazioni che il solo Prodotto Interno Lordo (PIL) è in grado di dare sulla qualità della vita. In esso si evidenzia la necessità di misurare la qualità di vita ritenendo che nel suo raggiungimento e mantenimento siano coinvolti fattori importanti e generalmente riconosciuti quali la *Salute*, *l'Istruzione*, la cultura, il lavoro, l'abitazione, le condizioni ambientali etc. A questo proposito suggerisce che gli indicatori EQLS (European Quality of Life Survey) che riguardano i settori essenziali della qualità della vita, debbono essere presi come base necessaria per l'ulteriore sviluppo di indici sia qualitativi che quantitativi.

L'ISTAT attraverso i valori di *“Benessere Equo e Sostenibile”* (BES) studia i principali fenomeni economici, sociali e ambientali dell'Italia, grazie ad uno strutturato impianto metodologico, presentato annualmente a partire dal 2013.

Gli indicatori BES scelti per le indagini ISTAT riguardano la soddisfazione per la propria vita, per il proprio tempo libero, ed il giudizio espresso sulle prospettive future di vita, con l'obiettivo *“di integrare le informazioni fornite dagli indicatori sulle attività economiche con le fondamentali dimensioni del benessere, corredate da misure relative alle diseguaglianze e alla sostenibilità”*. L'analisi prevede la suddivisione in 12 settori della Società (*Domini*), indagati attraverso *“dimensioni rappresentative principali”* e seguiti poi da 130 indicatori.

I 12 Domini sono rappresentati da:

1. *Salute*
2. *Istruzione e Formazione*
3. *Lavoro e conciliazione tempi di vita*
4. *Benessere economico*
5. *Relazioni sociali*
6. *Politica ed istituzioni*
7. *Sicurezza*
8. *Benessere soggettivo*
9. *Paesaggio e patrimonio culturale*
10. *Ambiente*
11. *Ricerca ed innovazione*
12. *Qualità dei servizi*

Il primo Dominio riguardante la “*Salute*” prende in considerazione le sue tre principali dimensioni, quella *oggettiva*, quella *funzionale* e quella *soggettiva*, proponendo anche una lista di potenziali fattori di rischio per la *Salute* stessa:

- ✓ *Indicatori globali di outcome*: in grado di dare informazioni sul complesso del fenomeno;
- ✓ *Indicatori specifici per fasi del ciclo di vita*;
- ✓ *Indicatori relativi a fattori di rischio o di protezione della Salute derivanti dagli stili di vita*.

I 14 Indicatori del Dominio “*Salute*” indicati dall’ISTAT sono:

1. *Speranza di vita alla nascita*: esprime il numero medio di anni che un bambino che nasce in un certo anno di calendario può aspettarsi di vivere.

2. *Speranza di vita in buona Salute alla nascita*: esprime il numero medio di anni che un bambino che nasce in un determinato anno di calendario può aspettarsi di vivere in buone condizioni di *Salute*, utilizzando la prevalenza di individui che rispondono positivamente (“bene” o “molto bene”) alla domanda sulla *Salute* percepita.

3. *Indice di stato fisico*: la sintesi dei punteggi totalizzati da ciascun individuo di 14 anni e più rispondendo alle 12 domande del questionario SF12 (Short Form Health Survey), consente di costruire un indice di *Salute* fisica (Physical Component Summary-Pcs).

4. *Indice di stato psicologico*: la sintesi dei punteggi totalizzati da ciascun individuo di 14 anni e più rispondendo alle 12 domande del questionario SF12 consente anche di costruire un indice di *Salute* psicologica (Mental Component Summary-Mcs)

5. *Mortalità infantile*: decessi nel primo anno di vita per 10.000 nati vivi.

6. *Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni)*: tassi di mortalità per incidenti stradali standardizzati con la popolazione europea al 2013 all'interno della classe di età 15-34 anni.

7. *Mortalità per tumore (20-64 anni)*: tassi di mortalità per tumori (causa iniziale) standardizzati con la popolazione europea al 2013 all'interno della classe di età 20-64 anni.

8. *Mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (65 anni e più)*: tassi di mortalità per malattie del sistema nervoso e disturbi psichici e comportamentali (causa iniziale) standardizzati con la popolazione europea al 2013 all'interno della fascia di età 65 anni e più.

9. *Speranza di vita senza limitazioni a 65 anni*: esprime il numero medio di anni che una persona di 65 anni può aspettarsi di vivere senza subire limitazioni nelle attività per problemi di *Salute*, utilizzando la quota di persone che hanno risposto di avere delle limitazioni, da almeno 6 mesi, a causa di problemi di *Salute* nel compiere le attività che abitualmente le persone svolgono.

10. *Eccesso di peso*: proporzione standardizzata con la popolazione europea al 2013 di persone di 18 anni e più in sovrappeso

o obeso sul totale delle persone di 18 anni e più. L'indicatore fa riferimento alla classificazione dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) dell'Indice di Massa corporea (Imc: rapporto tra il peso, in kg, e il quadrato dell'altezza in metri).

11. *Fumo*: proporzione standardizzata con la popolazione europea al 2013 di persone di 14 anni e più che dichiarano di fumare attualmente sul totale delle persone di 14 anni e più.

12. *Alcol*: proporzione standardizzata con la popolazione europea al 2013 di persone di 14 anni e più che presentano almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcol sul totale delle persone di 14 anni e più. Tenendo conto delle definizioni adottate dall'OMS, nonché delle raccomandazioni dell'INRAN e in accordo con l'Istituto Superiore di Sanità, si individuano come "consumatori a rischio" tutti quegli individui che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio, eccedendo nel consumo quotidiano di alcol (secondo soglie specifiche per sesso e età) o concentrando in un'unica occasione di consumo l'assunzione di oltre 6 unità alcoliche di una qualsiasi bevanda (binge drinking).

13. *Sedentarietà*: proporzione standardizzata con la popolazione europea al 2013 di persone di 14 anni e più che non praticano alcuna attività fisica sul totale delle persone di 14 anni e più. L'indicatore si riferisce alle persone di 14 anni e più che non praticano sport né continuamente né saltuariamente nel tempo libero e che non svolgono alcun tipo di attività fisica nel tempo libero (come passeggiate di almeno 2 km, nuotare, andare in bicicletta, ecc.).

14. *Alimentazione*: proporzione standardizzata con la popolazione europea al 2013 di persone di 3 anni e più che consumano quotidianamente almeno 4 porzioni di frutta e/o verdura sul totale delle persone di 3 anni e più.

L'ottavo Dominio riguarda il "*Benessere Soggettivo*". La rilevazione dello stato soggettivo ha un alto valore informativo e di analisi. Gli indicatori soggettivi rappresentano utili complementi agli indicatori maggiormente oggettivabili, in quanto consentono di valutare le eventuali divergenze tra ciò che le persone riferiscono di percepire in merito alla propria soddisfazione e ciò che viene colto con l'osservazione statistica dei fenomeni economici e sociali

I 4 Indicatori del "*Benessere Soggettivo*" indicati dall'ISTAT sono:

1. *Soddisfazione per la propria vita*: percentuale di persone di 14 anni e più che hanno espresso un punteggio di soddisfazione per la vita tra 8 e 10 sul totale delle persone di 14 anni e più.

2. *Soddisfazione per il tempo libero*: percentuale di persone di 14 anni e più che si dichiarano molto o abbastanza soddisfatte per il tempo libero sul totale delle persone di 14 anni e più.

3. *Giudizio positivo sulle prospettive future*: percentuale di persone di 14 anni e più che ritengono che la loro situazione personale migliorerà nei prossimi 5 anni sul totale delle persone di 14 anni e più.

4. *Giudizio negativo sulle prospettive future*: percentuale di persone di 14 anni e più che ritengono che la loro situazione personale peggiorerà nei prossimi 5 anni sul totale delle persone di 14 anni e più.

Nel 2017 anche il MEF - Ministero Economia e Finanza - ha introdotto nel documento di Economia e Finanza alcuni indicatori secondari BES – di benessere equo e sostenibile- al fine di poter misurare l'efficacia delle politiche di governo.

Gli indicatori secondari introdotti sono stati:

1. *Reddito medio disponibile aggiustato pro capite*
2. *Indice di diseguaglianza del Reddito disponibile*
3. *Indice di povertà assoluta*
4. *Speranza di vita in buona Salute alla nascita*
5. *Eccesso di peso*
6. *Uscita precoce dal sistema di Istruzione e formazione*
7. *Tasso di mancata partecipazione al Lavoro, con relativa scomposizione per Genere*
8. *Rapporto tra tasso di occupazione delle Donne di 25-49 anni con figli in Età prescolare e delle Donne senza figli*
9. *Indice di criminalità predatoria*
10. *Indice di efficienza della giustizia civile*
11. *Emissioni di CO₂ e altri gas clima alteranti;*
12. *Indice di abusivismo edilizio.*

2. Organizzazioni Europee Internazionali e Diritto alla *Salute*

2.1 L'Unione Europea e la Salute

La posizione dell'Unione Europea rispetto al diritto alla *Salute* ha visto aumentare una lunga serie di attività programmatiche in materia di Sanità Pubblica, partendo da tre valori fondamentali:

- ✓ *Universalità*
- ✓ *Assistenza sanitaria qualitativamente efficace*
- ✓ *Equità nei Sistemi Sanitari dell'UE.*

Nel Dicembre del 2000, la Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea, ha espressamente riconosciuto all'art. 35, il diritto alla *Salute*: *“Ogni individuo ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali”* affermando anche il *“principio generale secondo il quale la tutela della sanità pubblica deve assumere un'importanza incontestabilmente preponderante rispetto a considerazioni di ordine economico”*.

La strategia in Materia Sanitaria per l'UE (2008-2013) sostiene che la produttività e la prosperità economiche dipendono necessariamente da una popolazione in buona *Salute*. Infatti, la speranza di vita in buona *Salute* e cioè, il numero di anni durante i quali la popolazione vive in buone condizioni, rappresenta un fattore di crescita economica fondamentale, soprattutto per le popolazioni “anziane” come quelle dei paesi occidentali, dove l'aumento significativo dell'aspettativa di vita non corrisponde per forza ad un aumento di anni in buona *Salute*.

Lo stesso Trattato che istituisce l'UE le impone di garantire che la *Salute* umana sia sempre protetta, collaborando con gli Stati membri per migliorare la *Salute* pubblica, prevenendo le malattie ed eliminando le fonti di pericolo per la *Salute* fisica e mentale.

Nel 2012 i Paesi dell'Unione Europea, hanno approvato il documento denominato *Salute 2020* con l'obiettivo di migliorare in modo significativo la *Salute* e il benessere delle popolazioni, di ridurre le disuguaglianze di *Salute*, di rafforzare la Sanità Pubblica e di garantire Sistemi Sanitari universali, equi, sostenibili e di alta qualità e che abbiano sempre al centro la persona essendo tutto questo necessario allo sviluppo di una economia sostenibile ed inclusiva in tutti gli stati.

Il Terzo Programma dell'UE per la *Salute* (2014-2020), ha previsto successivamente quattro obiettivi fondamentali:

1. *Promuovere la Salute, prevenire le malattie e incoraggiare ambienti favorevoli a stili di vita sani tenendo conto del principio "la Salute in tutte le politiche".*
2. *Proteggere i cittadini dell'Unione da gravi minacce sanitarie transfrontaliere.*
3. *Contribuire alla creazione di sistemi sanitari innovativi, efficienti e sostenibili.*
4. *Facilitare l'accesso ad un'assistenza sanitaria migliore e più sicura per i cittadini dell'Unione.*

2.2 L'Unione Europea e la Salute Femminile

Nel 1997 l'Unione Europea ha pubblicato "*Lo stato di Salute delle Donne europee*", con il compito di approfondire il tema di specifici indicatori di *Salute* Femminili. Più tardi, nel 2007, ha fondato lo European Institute of Women's Health (EIWH) creato appositamente per il monitoraggio della *Salute* Femminile in Europa.

Nella "*Carta delle Donne*" 2010, l'Unione Europea ha rafforzato l'impegno a favore della parità tra Uomini e Donne, rivendicando il rispetto della dignità e integrità delle Donne, ed in particolare la fine della violenza di *Genere*.

Nel 2011 l'U.E. istituisce l'*European Institute for Gender Equality (EIGE)*, con il principale compito di studiare il *Genere* come variabile fondamentale per la comprensione della *Salute* e della *Malattia*. L'EIGE ha prodotto un Indice in grado di misurare l'uguaglianza di *Genere* raggiunta nei singoli Paesi. L'indice di uguaglianza di *Genere* consiste in un indicatore sintetico, ottenuto integrando singoli indicatori in un unico parametro di misurazione, in una visione multidimensionale del fenomeno *Salute*.

L'indice di uguaglianza di *Genere* prende in considerazione sei aspetti principali della vita di Uomini e Donne che sono: *il lavoro, il denaro, la conoscenza, il tempo libero, il potere, la Salute* e due aspetti specifici rappresentati dalla *violenza contro le donne e dalle disuguaglianze*. L'indice valuta, misurandolo, l'impatto delle politiche in materia di uguaglianza di *Genere* nell'Unione Europea in tutti gli Stati membri. Il punteggio va da 1 a 100, dove 1 rappresenta la disuguaglianza totale e 100 rappresenta la perfetta uguaglianza, la situazione evidentemente più favorevole per le Donne. L'EIGE ha creato una serie temporale dell'indice relativamente agli anni 2005, 2010 e 2012. Il punteggio complessivo dell'indice per l'UE è salito lievemente, da 51,3 nel 2005 a 52,9 nel 2012, dimostrando comunque che l'Unione Europea non ha percorso ancora molta strada in questo senso e comunque non in modo omogeneo tra gli Stati membri.

2.3 L'ONU e la Salute Femminile

Nel 1981, l'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) ha proposto una convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le Donne "*Committee on the Elimination of Discrimination against Women, CEDAW*", con il compito di sollecitare gli Stati a prendere appropriate misure per eliminare discriminazioni verso le Donne nel campo delle cure sanitarie, assicurando l'accesso

ai servizi sanitari, in base all'eguaglianza di genere, dedicando all'argomento anche numerose conferenze che si sono svolte in anni e sedi diversi: Città del Messico (1975), Copenaghen (1980), Nairobi (1985), Pechino (1995), New York (2000) e Milano (2015). Queste conferenze hanno individuato obiettivi comuni e l'adozione di un piano per il progresso dell'intera condizione Femminile, riconoscendo che esistono nella società fattori che sono determinanti dello stato di *Salute* di entrambi i sessi.

2.4 L'OMS e la Salute Femminile

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha istituito nel 2009 uno specifico *Dipartimento di Genere per la Salute delle Donne* che ha prodotto molte relazioni su "Donne e *Salute*", stabilendo il *Genere* come tema base di tutta la programmazione 2014-2019.

Nella *Conferenza Mondiale sui Determinanti Sociali della Salute* che si è svolta a Rio de Janeiro nel 2011, promossa in collaborazione dall'OMS e dal Governo Brasiliano, è stato elaborato dalla Commissione sui Determinanti Sociali di *Salute*, un documento conclusivo intitolato "*Closing the Gap in a Generation*". In esso la disuguaglianza di *Genere* viene definita come "*sleale, inefficace ed inefficiente*".

Fra le importanti azioni promosse nello stesso documento troviamo:

- ✓ *Creare e far rispettare una legislazione che promuova la parità di Genere e renda illegale ogni discriminazione basata sul sesso.*
- ✓ *Rafforzare l'integrazione di Genere attraverso la creazione di una unità che si occupi di pari opportunità all'interno delle amministrazioni centrali dei governi e delle istituzioni internazionali.*
- ✓ *Prevedere un contributo economico anche per il Lavoro domestico e di cura familiare.*

- ✓ *Investire nell'Istruzione e nella formazione professionale, garantire per legge uguale salario tra i due Generi, sostenere pari opportunità di occupazione a tutti i livelli, impostando anche politiche favorevoli alla famiglia.*
- ✓ *Aumentare gli investimenti nella Salute sessuale e riproduttiva.*

Nello specifico studio sulle disuguaglianze di *Genere* sono stati evidenziati elementi fondamentali che sembrano influenzare la *Salute* e che possono essere ricondotti essenzialmente a:

- ✓ *Alimentazione discriminante*
- ✓ *Violenza contro le Donne*
- ✓ *Mancanza di potere decisionale*
- ✓ *Divisioni ingiuste del lavoro*
- ✓ *Guadagni inferiori*
- ✓ *Tempo libero.*

Poiché le disuguaglianze di *Genere* sono generate dalla Società e nella Società, esse possono essere anche annullate nello stesso modo (*"Gender inequities are socially generated and therefore can be changed"*). Gli effetti intergenerazionali delle disuguaglianze di *Genere* rendono questo imperativo ad agire sempre più forte. L'empowerment delle Donne sembra essere una chiave decisiva per raggiungere un'equa distribuzione della *Salute* (Lisbona, 2008).

L'OMS si è posto l'obiettivo di un piano d'azione contro i principali fattori che minacciano la *Salute* della Donna attraverso alcune specifiche azioni:

- ✓ *Lotta al tumore del seno e del collo dell'utero che ogni anno determinano oltre un milione di vittime.*
- ✓ *Maggiore attenzione alla Salute riproduttiva (200 milioni di Donne nel mondo non hanno ancora accesso alla contraccezione).*
- ✓ *Salvaguardia della Salute durante la gravidanza ed il parto (300 mila Donne morte di parto nel 2013).*

- ✓ *Prevenzione di tutte le malattie sessualmente trasmissibili (compreso virus Hiv).*
- ✓ *Controllo sulla violenza fisica e sessuale subita in media da una Donna su tre.*
- ✓ *Tutela della Salute mentale Femminile.*
- ✓ *Prevenzione dell'obesità.*
- ✓ *Educazione sugli stili di vita.*

“La Salute delle Donne conta” è stato il titolo del convegno che l'OMS ha tenuto a Vienna nel 1994, una *“Conferenza sulla Salute delle Donne in Europa Centrale ed Orientale”* seguita alla Dichiarazione di Vienna del 1993. Uno dei punti fondamentali di questa conferenza riguardava la prospettiva *“Life Course”* e cioè la *Salute* legata ad ogni specifica fase della vita. In base ai dati emersi da studi longitudinali come il Bogalusa Heart Study (Bao et al, 1994), viene confermata l'ipotesi che una buona parte delle patologie dell'età adulta ha origine nell'infanzia e nell'adolescenza. In base a queste evidenze scientifiche è sorta la necessità di cercare le origini delle patologie, soprattutto quelle croniche, non solamente nello stile di vita da adulto bensì, appunto, nei primi anni di vita. Proprio le patologie croniche possono trovare la loro origine dall'accumulo di processi e di comportamenti che operano in tutto il corso dell'esistenza. Circa l'80% delle patologie croniche potrebbe perciò essere eliminato controllando semplicemente alcuni fattori di rischio specifici (OMS *“Conferenza sulla Salute delle Donne in Europa Centrale ed Orientale 1994”*).

3. Le Determinanti della Salute

3.1 Capitale Sociale e Salute

Il capitale culturale ed il capitale sociale, come il capitale economico, possono essere trasmessi da una generazione alla successiva, dove chi eredita aggiunge a quello ricevuto il capitale che ha accumulato autonomamente. Il capitale ereditato può essere utilizzato e valorizzato, rendendolo più produttivo, ma può anche essere irrimediabilmente dissipato (Costa, Spadea, Cardano, 2004).

La Teoria del Capitale Culturale presuppone che ciascuna classe sociale manifesti una forte identità culturale che si esprime in ogni ambito della condotta individuale: dai consumi culturali a quelli alimentari, dall'abbigliamento agli atteggiamenti politici. Le differenze sociali nelle condizioni di *Salute* sono prodotte e mantenute attraverso il processo di socializzazione che perpetua determinati habitus appartenenti ad una ben determinata classe sociale (Singh-Manoux e Marmot, 2005). Il capitale culturale influenza anche indirettamente la *Salute* poiché alimenta disposizioni positive, come l'autostima delle persone e la soddisfazione per la vita. La *Salute* perciò migliora progressivamente al crescere della posizione socioeconomica delle persone e/o delle comunità.

Relazioni negative ed isolamento sociale aumentano la vulnerabilità nei confronti di molte malattie. Quanto meno le persone di un gruppo hanno una vita di relazione soddisfacente sul piano dei legami interpersonali e sociali, tanto più acuto sarà percepito da esse il malessere psico-fisico, tanto minori saranno le speranze medie di vita.

Le statistiche hanno riportato un generale costante miglioramento dello stato di *Salute* generale e un aumento dell'aspettativa di vita sia per gli Uomini che per le Donne. Tuttavia, una più attenta osservazione, mostra la persistenza e l'accentuarsi di

significative diseguaglianze di mortalità e morbosità tra i sessi, tra le diverse aree geografiche e tra le distinte classi socio-economiche. La genesi di tali differenze è probabilmente multifattoriale, ma è ipotizzabile che la classe sociale giochi un ruolo importante, come ampiamente documentato nella letteratura internazionale (Spadea et al., 2004).

Mettendo in relazione la speranza di vita alla nascita, la probabilità di morte, il reddito e l'*Istruzione* dei primi anni 2000, uno studio dell'OMS e delle Nazioni Unite ha dimostrato che un anno in più di *Istruzione* o un aumento del prodotto pro-capite del 50 per cento, sembra associarsi a circa tre anni in più di speranza di vita alla nascita e ad una probabilità di morte tra i 15 e i 60 anni più bassa di 3 punti percentuali (Rosolia, 2012). Un più elevato livello di *Istruzione* può rendere maggiormente consapevoli delle conseguenze di determinati comportamenti, più competenti nell'interazione con il personale medico o, più semplicemente, determinare un maggiore Reddito o un'occupazione con profili di rischio più contenuti.

Politiche in grado di innalzare il livello di *Istruzione* avrebbero come effetto quello di migliorare la speranza di vita. Una recente ricerca finanziata dall'Università Bocconi di Milano, quantifica l'aspettativa di vita in Italia secondo il livello di *Istruzione*. A 35 anni, l'aspettativa di vita per una persona con il diploma di scuola media è di circa 7,5 anni inferiore rispetto a una persona laureata in caso di sesso maschile e 6,5 anni in meno nel caso di sesso Femminile. All'età di 65 anni, l'aspettativa di vita per chi ha un livello inferiore di *Scolarità* è di un quarto in meno nel caso di sesso Maschile e un quinto in meno nel caso di sesso Femminile (Maccheroni, 2008).

L'*Istruzione* attribuisce credenziali specifiche che corrispondono a distintivi settori del mercato del *Lavoro*, determinando così il futuro status lavorativo ed economico della persona. Possedere un ampio

capitale culturale conferisce conoscenze e competenze, valori ed atteggiamenti in grado di poter modificare anche la propensione individuale al rischio. Il livello di *Istruzione* consentirebbe di leggere le disuguaglianze sociali di Salute sia in chiave relazionale sia in chiave distributiva (Cardano e Marinacci, 2004).

Persone con bassa posizione socio-economica possono utilizzare il capitale sociale per ridurre l'impatto negativo delle sfavorevoli posizioni economiche sulla loro *Salute* (Uphoff et al., 2013).

3.2 Le Determinanti Sociali della Salute

Non tutte le differenze nella *Salute* possono essere interpretate come disuguaglianze. Le disuguaglianze sono infatti quelle differenze che si ritengono non necessarie ed evitabili e considerate perciò ingiuste. La letteratura anglosassone con il termine "*Inequalities*", indica le differenze, mentre con "*Inequities*", l'ingiustizia, la disuguaglianza (Kunst e Mackenback, 1994).

Le Determinanti Sociali della *Salute* nascono nello spazio socio-economico politico ed istituzionale della Società. Corrispondono a quei fattori che l'individuo da solo non riesce a modificare a suo favore. Alcuni elementi individuali imm modificabili come il patrimonio genetico, il sesso e l'età, possono determinare in maniera inequivocabile le condizioni di *Salute* di un individuo. È stato osservato che l'allungamento della vita non si ha nei Paesi semplicemente più ricchi degli altri, ma in quelli dove, oltre ad un certo benessere economico, si realizzano scelte politiche e sociali adeguate, si sviluppa l'*Istruzione*, si innalzano i livelli di giustizia e di solidarietà. Anche fra i Paesi industrializzati, non sempre sono le Società più ricche a godere dei migliori livelli di *Salute*, ma quelle al cui interno sono minori le disuguaglianze fra ricchi e poveri" (Berchicchi, 2002).

La speranza di vita alla nascita non è uguale per tutti, né tutti vivono bene in salute tutta la loro esistenza. La dispersione della speranza di vita avviene principalmente a causa della classe sociale di appartenenza.

Un'ampia letteratura ha dimostrato appunto come la *Salute* delle persone sia largamente influenzata da fattori che sono apparentemente estranei al Sistema Sanitario vero e proprio ed agli interventi diretti della medicina. Distribuzione del *Reddito*, organizzazione del *Lavoro* e dell'*Educazione*, ambiente fisico e sociale, sono le principali dimensioni strutturali che agiscono direttamente ed indirettamente sulla *Salute* di Uomini e Donne. Il forte rapporto di interdipendenza caratterizzante la relazione *Salute* individuo/ambiente, ha evidenziato l'importanza dell'adozione di idonei stili di vita e programmi di *Educazione*, insieme anche ad altre azioni politiche riguardanti, a qualsiasi titolo, la *Salute*. Coloro i quali possono essere considerati a maggior rischio di cattiva *Salute*, sono gli appartenenti alle classi più disagiate con una bassa *Scolarità*, soprattutto se di *Genere* Femminile.

Proprio in riferimento all'influenza dell'ambiente nella determinazione di *Salute* degli individui, nel 1997 la Dichiarazione di Jakarta ha introdotto i Determinanti di *Salute* nella convinzione che *“I prerequisiti per la Salute sono la pace, una casa, l'Istruzione , la sicurezza sociale, le relazioni sociali, il cibo, un reddito, l'attribuzione di maggiori poteri alle Donne, un ecosistema stabile, un uso sostenibile delle risorse, la giustizia sociale, il rispetto dei diritti umani e l'equità. La più grande minaccia per la Salute è soprattutto la povertà. Tendenze demografiche quali l'urbanizzazione, l'aumento delle persone anziane e della prevalenza delle malattie croniche, il comportamento sempre più sedentario, la resistenza agli antibiotici e ad altri farmaci comunemente disponibili, l'aumentato abuso di droghe*

e la violenza nella vita quotidiana e tra le mura domestiche minacciano la Salute ed il benessere di centinaia di milioni di persone...(occorre aumentare la consapevolezza che i Determinanti della Salute possono essere modificati”.

Quando ci si riferisce al concetto di equità nella *Salute* si intende quella situazione ideale dove ogni individuo ha l'opportunità di raggiungere il proprio potenziale di *Salute*. È poco realistico immaginare una situazione in cui tutti abbiano raggiunto lo stesso livello di *Salute*, ma è necessario eliminare i fattori di svantaggio ingiusti ed evitabili. (Whitehead, 1992). Dahlgren e Whitehead (1993) hanno elaborato un modello che individua i principali Determinanti della *Salute* degli individui, rappresentandoli in vari contesti:

- ✓ *Nucleo biologico (età, sesso, fattori ereditari)*
- ✓ *Stili di vita (dipendenze, alimentazione, esercizio fisico)*
- ✓ *Reti sociali (supporto sociale, accesso alle risorse, comportamenti interpersonali)*
- ✓ *Condizioni di vita e di lavoro (Istruzione , luogo di lavoro, disoccupazione, servizi sanitari)*
- ✓ *Contesto generale (socioeconomico, culturale e ambientale)*

Le Determinanti sociali della *Salute* agiscono creando asimmetria nelle informazioni ed influenzando l'acquisizione di migliori competenze al fine di accedere ai Servizi Sanitari ed interferendo anche con gli stessi stili di vita. Fondamentali per la *Salute* risultano perciò essere:

- ✓ *Stili di vita*
- ✓ *Condizioni socio-economiche*
- ✓ *Condizioni ambientali*
- ✓ *Funzionamento dei Servizi Sanitari*
- ✓ *Auto-percezione del proprio stato di Salute.*

È noto che spesso proprio le persone più bisognose di cure ed assistenza, popolazione target specifica dei servizi clinici e di prevenzione di tutti i Sistemi Sanitari, non riescono a raggiungere quei luoghi di sostegno e di cura che trovano invece la loro propria ragione di esistere a motivo essenziale dei loro bisogni. Spesso, infatti, i Servizi Sanitari raggiungono sempre le stesse persone, e viceversa.

Povertà e *Salute* sono legate da una relazione biunivoca che può andare in una direzione e/o nell'altra. Un basso stato socio-economico può portare a compromissione della *Salute* ma, al contrario, condizioni di cattiva *Salute* compromettono relazioni familiari e sociali della persona, diminuendone anche le capacità lavorative. L'essere in *Salute* rappresenta la preconditione necessaria affinché una persona abbia piena capacità di misurarsi con la realtà, per realizzare se stessa in modo proporzionale ai valori, ai compiti, ai bisogni, alle aspirazioni, alle potenzialità individuali che essa si pone, all'interno di un contesto sociale che introduce dei vincoli che la persona deve poter efficacemente superare (Costa, Cardano, Demaria, 1998).

La teoria del *Gradiente Sociale*, correla la longevità alla classe di appartenenza. In pratica più alto è il posto che occupa un individuo nella gerarchia sociale, più lunga sarà la sua vita. Sen (1992) afferma che le disuguaglianze nella capacità di acquisire lo stesso stato di Salute, risiedono nei differenti Determinanti Sociali che possiede ciascuna persona nella individualità del contesto dove nasce e vive. Una *Malattia* infatti non è totalmente comprensibile se non collocata nel contesto storico-culturale nel quale nasce e si manifesta. È infatti il contesto sociale che dà significato alla *Malattia* spiegandone l'origine e le pratiche per poterla gestire (Genova, 2009). Il rapporto tra classe sociale e mortalità è inverso solo per il tumore della pelle e del seno

(maggiore esposizione al sole nelle classi agiate che hanno anche figli ad una maggiore età e che allattano meno al seno).

Ardigò (1997) afferma che quanto più è povera una popolazione, tanto minori sono le speranze medie di vita dei suoi abitanti e tanto maggiori le probabilità di morire per mortalità perinatale ed infantile, per malformazioni congenite, oltre che per malattie infettive. Al contrario, quanto più è alto il prodotto interno lordo di una popolazione, tanto più elevate sono le morti per tumori, per disturbi cardiocircolatori e per altre cause “esterne” alla persona.

A quasi tutte le età, il numero di anni che mediamente ci si può attendere di vivere ancora, sono estremamente diseguali nei diversi Paesi del mondo. Nel 2008 un neonato europeo poteva attendersi di vivere oltre gli 80 anni, il doppio di un neonato di alcuni Paesi africani o asiatici; anche superata l'infanzia, in quegli stessi Paesi la probabilità di morire tra i 15 e i 60 anni è 10 volte più alta di quella registrata in molti Paesi avanzati. Ampie divari nella speranza di vita si riscontrano anche all'interno di aree geografiche più omogenee. Ad esempio nello stato più longevo degli Stati Uniti, la speranza di vita alla nascita è di circa dieci anni più alta che in quello meno longevo; tra i 27 Paesi dell'Unione europea il divario è di circa 13 anni; tra le regioni italiane è di circa 3 anni. (Rosolia, 2012).

Avere ereditato un patrimonio genetico sano, praticare uno stile di vita adeguato, abitare in una casa idonea ed accogliente, avere un alto grado di *Istruzione* ed un buon Reddito familiare, praticare attività fisica, mangiare adeguatamente, avere numerose relazioni familiari ed amicali, avere una attività lavorativa e, allo stesso tempo, non subire condizioni stressanti, tutto questo può impedire il manifestarsi di molte patologie, più dell'accesso agli stessi Servizi Sanitari (Mackenbach et al., 1988; Whitehead, Dahlgren, 2007).

Nel 2005, l'OMS ha costituito la Commissione sui Determinanti Sociali di *Salute* composta da 20 membri accademici tra cui Marmot e Sen, al fine di studiare l'impatto dei Determinanti Sociali sulla *Salute* ed intervenire efficacemente in tutti i Paesi.

La Commissione ha pubblicato una relazione finale intitolata "*The Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health*" noto più semplicemente come Rapporto Marmot, nel quale si invitano tutti i governi ad eliminare le disuguaglianze tra Paesi ed all'interno dei Paesi, agendo propriamente sui Determinanti di *Salute* (2008). Il rapporto Marmot ha evidenziato che in Inghilterra, paese oggetto dello studio, la differenza di aspettativa di vita fra chi è più povero e chi è più ricco è mediamente di 7 anni. Considerando anche l'attesa di una vita libera da ogni *Disabilità* questa differenza raggiunge i 17 anni. I Sistemi Sanitari secondo il Rapporto, costituiscono anch'essi Determinanti di *Salute*: l'*Istruzione*, il *Lavoro*, il *Genere*, il *Reddito* sono fortemente correlati con l'accesso e l'utilizzo del Sistema Sanitario. Proprio per questa ragione anche quest'ultimo deve occuparsi dell'origine delle disuguaglianze di *Salute* e non solamente della loro cura a posteriori.

Il *Reddito* è connesso alla *Salute* secondo tre modalità: attraverso il prodotto nazionale lordo dei Paesi, attraverso il *Reddito* delle persone fisiche, ed infine attraverso le disparità di *Reddito* tra le nazioni ricche e le altre aree geografiche. La redistribuzione del *Reddito* potrebbe quindi migliorare la *Salute* di tutti. Nel suo studio Marmot individua le modalità attraverso cui il *Reddito* si colloca in correlazione causale con la *Salute*. Attraverso un effetto diretto sulle condizioni materiali necessarie per la sopravvivenza biologica, con un effetto sulla partecipazione sociale degli individui, e sulle relative opportunità di controllare le circostanze della propria vita. Politiche a

contrasto delle disuguaglianze di *Reddito* possono migliorare la *Salute* fisica delle persone.

Marmot afferma che la riduzione delle disuguaglianze accresce la giustizia sociale, poiché esiste un gradiente sociale nella *Salute* che vede coloro che sono posti nella posizione sociale più bassa avere le condizioni di *Salute* peggiori. L'obesità, la mancanza di una sana alimentazione e di sufficiente attività fisica sono comportamenti che incidono sull'insorgenza di patologie e che sono più facilmente rilevabili nelle classi più povere.

Sen (2006) afferma che l'equità nella distribuzione delle cure sanitarie va ben distinta dall'equità della *Salute*, la quale consisterebbe nel grado di *Salute* effettivamente conseguito considerati i bisogni sanitari individuali, e non comprenderebbe solamente la cura della *Malattia* ma una sana alimentazione, un ambiente non inquinato, ambienti di lavoro sicuri.

Nel Rapporto Marmot sono state formulate tre raccomandazioni generali per contrastare gli effetti delle disuguaglianze nella *Salute*:

- ✓ *Migliorare le condizioni della vita quotidiana*
- ✓ *Contrastare la distribuzione ingiusta del potere, del denaro e delle risorse*
- ✓ *Misurare e analizzare il problema e verificare l'impatto dell'azione*

Possedere un *Reddito* insufficiente a condurre una vita sana sembra essere una delle più importanti cause di disuguaglianza con effetti sulla *Salute*.

Nel Regno Unito, è stata elaborata una definizione di *Reddito* minimo, tale da riuscire a garantire agli anziani la possibilità di una adeguata assistenza sanitaria, di una sana alimentazione, sufficiente esercizio fisico, buona interazione sociale e trasporti adeguati.

I risultati di queste stime hanno definito un "*Minimum Income for Healthy Living*" (MIHL). L'esperienza inglese è interessante poiché

arriva a stimare economicamente la quota di povertà materiale che diventa, a sua volta, quota di svantaggio nelle opportunità di *Salute*. Una volta conosciuta questa quota minima, opportune misure di natura politico-economica possono provvedere a correggerla (Costa, 2010).

Nel documento “*The Solid Facts*”, l’OMS considera i seguenti Determinanti Sociali delle disuguaglianze di *Salute* (Wilkinson e Marmot, 2003):

- ✓ *Il gradiente sociale*
- ✓ *Lo stress*
- ✓ *Le condizioni di vita nell’infanzia*
- ✓ *L’emarginazione sociale*
- ✓ *Il lavoro*
- ✓ *L’abuso di sostanze*
- ✓ *L’alimentazione.*

Il modello proposto dalla Commissione sui Determinanti Sociali della *Salute* prevede una cornice teorica che si riferisce non solo ai fattori che influenzano lo stato di *Salute* degli individui e delle comunità (*Determinanti della Salute*), ma anche a quelli coinvolti nella diseguale distribuzione della *Salute* all’interno della popolazione (*Determinanti delle disuguaglianze nella Salute*).

I fattori che a diverso titolo hanno un impatto sulla distribuzione della *Salute* e del benessere sono:

- ✓ *Il contesto politico e socio-economico.*
- ✓ *La posizione socio-economica – (Determinanti strutturali).*
- ✓ *Condizioni di vita e di lavoro, fattori psicosociali, coesione sociale, comportamenti individuali e fattori biologici, sistema sanitario – (Determinanti intermedi).*

Tab. 1a ***Principali fattori Determinanti le differenze di Salute***

Scelte individuali e variazioni naturali

1. Variazioni biologiche e naturali.
2. Comportamenti dannosi per la Salute.
3. Il temporaneo vantaggio di Salute derivato ad un gruppo sociale che ha adottato per primo un comportamento virtuoso per la Salute

Ingiustizia

1. Comportamenti dannosi per la Salute nei casi in cui il grado di libertà di scelta dello stile di vita è severamente ristretto.
2. Esposizione a condizioni di vita e lavoro insalubri e stressanti.
3. Accesso inadeguato ai servizi sanitari e altri servizi pubblici.
4. Meccanismi di selezione naturale e tendenza per i gruppi di popolazione malati e vulnerabili a scendere nella scala sociale.

(Ns.adattamento da Whitehead 1990)

Il diritto alla *Salute* si pone come fondamentale, come fonte primaria di tutti gli altri diritti. Una persona in *Salute*, oltre a contribuire al contenimento della spesa sanitaria, rimane parte attiva sia all'interno della produttività familiare che all'interno della produttività più generale del proprio Paese. Compito di ogni Stato non dovrebbe essere semplicemente quello di organizzare un Sistema Sanitario equo ed efficiente, ma quello di diventare pro-attivo rimuovendo gli ostacoli che impediscono una buona *Salute*, e favorendo al contrario tutto ciò che la promuove, come ad esempio sostenere un ambiente sano, fornire un *Lavoro*, favorire attività di prevenzione e di cura di tutte le malattie.

La *Dichiarazione Politica di Rio sui Determinanti Sociali Della Salute* (2011) afferma anche che promuovere l'equità nella *Salute* non migliora solamente la qualità della vita, ma diventa a sua volta importante fattore promotore di pace e sicurezza.

4. Genere e Salute: il Paradosso Donna

Genere s. m. (dal lat. Genus.neris, affine a gignere “generare” alle voci gr. γένος “Genere, stirpe”, γένεσις “origine”, γίγνομαι “nascere”). Nel suo significato più ampio, termine indicante una nozione che comprende in sé più specie o rappresenta ciò che è comune a più specie. Per estensione con riferimento alla specie umana, carattere Maschile o Femminile dell’individuo, anche in senso biografico, sociale, professionale, come nell’espressione identità di Genere, con cui si intende la costellazione di caratteri anatomico-funzionali, psichici, comportamentali che definiscono il Genere in sé stesso e in quanto posseduto, accettato e vissuto dall’individuo nella storia familiare da cui proviene e nella Società in cui vive (Vocabolario Treccani Online).

Il termine *Genere* viene spesso utilizzato in riferimento alla identità di *Genere* a modelli di ruoli, vincoli ed aspettative distinguendosi così dal semplice sesso biologico. Per parità di *Genere* si intende il concetto per il quale Uomini e Donne dovrebbero ricevere pari trattamento e non subire alcuna discriminazione dovuta al *Genere*.

Il *Genere* è una costruzione complessa, multiforme, composta dal ruolo sociale, dai comportamenti, dai valori e dalle attitudini, dai fattori legati all’ambiente sociale e dalle interazioni che a loro volta questi hanno sui fatti biologici, e tutto ciò partecipa alle creazione delle differenze.

Le Donne vivono più a lungo degli Uomini, ma sono più esposte a malattie ed assumono più farmaci, e la loro longevità sembra accompagnarsi sempre ad un profilo di *Salute* peggiore. Negli ultimi anni si è sviluppata una medicina centrata proprio sul *Genere* di appartenenza. Essa ha permesso di cogliere differenze nei meccanismi che determinano sia la *Salute* che la *Malattia*, rivelando

anche la ragione di diagnosi e terapie fallimentari, perché non calate nello specifico Femminile e nelle condizioni peculiari di vita delle Donne. La “*Medicina di Genere*” riconosce, oltre a specifici tratti biologici e genetici per entrambi i Generi, il valore rappresentato dalle loro diverse esperienze di vita e di gestione della propria *Salute*.

Dall'indagine quinquennale Istat su “*Condizione di Salute e ricorso ai Servizi Sanitari 2005*” (2007) risulta che le Donne si sentono peggio (8,3% contro 5,1% degli Uomini) e che questo svantaggio in salute Femminile si accentua fra le donne anziane, anche a causa della maggiore diffusione di malattie croniche. Le patologie che colpiscono maggiormente il sesso Femminile sono: l'artrosi/artrite (21,8% contro il 14,6% degli Uomini), l'osteoporosi (9,2% contro l'1,1%) e la cefalea (10,5% contro il 4,7%). Anche la *Disabilità* sembra essere più diffusa tra le Donne (6,1% contro 3,3% degli Uomini).

Pur riferendo però peggiori condizioni di *Salute*, la popolazione femminile adotta generalmente comportamenti più salutari rispetto agli Uomini. Infatti, pur essendo queste caratteristiche soggette a mutamento negli anni, nel sesso Femminile è meno diffusa l'abitudine al fumo, il consumo di alcool e l'eccesso ponderale, mentre è maggiore la sedentarietà. Generalmente le Donne assumono tratti di maggiore resistenza a stili di vita pericolosi o che espongono a rischi per la *Salute* e si dimostrano, a parità di condizioni, più capaci degli Uomini di prendersi cura di se stesse, oltre che degli altri. Giocano, infatti, un importante ruolo di garanti della *Salute* di tutta la famiglia. Attualmente però sta aumentando l'abitudine Femminile al fumo, causando un lento ma purtroppo progressivo aumento di incidenza di malattie polmonari (ISTAT 2014).

Una delle probabili principali cause della peggiore percezione di *Salute* Femminile, potrebbe risiedere sia nelle cicliche modificazioni della fisiologia del *Genere* Femminile, come la ciclicità mestruale, la

gravidanza e la menopausa, sia nel sovraccarico lavorativo imposto dall'impegno necessario a sostenere con uguale impegno tutti i ruoli rivestiti.

La maggiore preoccupazione Femminile per la propria *Salute* può però in modo paradossale rappresentare un vantaggio, poiché innesca una maggiore consapevolezza della propria condizione ed un conseguente comportamento teso a migliorare la *Salute* in qualsiasi modo. Le Donne mostrano infatti una peggiore *Salute* percepita rispetto agli Uomini, anche in condizioni effettive molto simili perché, a detta di alcuni Autori (Benyamini et al. 2000, Courtenay, 2000), hanno maggiore consapevolezza della propria *Salute*, fatto che, oltre a farle sentire vulnerabili, permette però loro di chiedere aiuto, cosa molto più difficile per gli Uomini influenzati spesso dalla loro costruzione di un forte modello di mascolinità.

Courtenay, (2000) nell'esaminare la costruzione della mascolinità e della *Salute* all'interno di un contesto relazionale, propone una teoria per la quale i comportamenti di *Salute* sono usati nelle interazioni quotidiane della strutturazione sociale di *Genere* e di potere. Suggestisce inoltre che le pratiche sociali che minano la *Salute* degli Uomini sono spesso significanti della mascolinità e degli strumenti che il *Genere* Maschile usa nella negoziazione del potere e dello status sociale. Egli esplora il modo in cui fattori come l'etnia, lo status economico, il livello di *Istruzione*, l'orientamento sessuale e il contesto sociale influenzano il tipo di mascolinità che gli stessi Uomini costruiscono contribuendo a rischi diversi per la *Salute*.

La depressione colpisce le Donne circa tre volte più degli Uomini, frequentemente in associazione ad ansia, disturbi del sonno e del comportamento alimentare. Probabilmente gli ormoni giocano un ruolo importante, così come anche eventi della vita che necessitano di

grandi cambiamenti e riadattamenti fisici e psicologici, come ad esempio il periodo perinatale ed il climaterio.

Chen, Subramanian et al. (2005) in uno studio longitudinale negli Stati Uniti, su un campione di 7.789 Donne di età compresa tra i 17 ed i 40 anni, che avevano partorito nel 1988 ricontattate nuovamente nel 1991 e sottoposte a somministrazione di uno specifico questionario per la valutazione dei sintomi depressivi post-partum (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D*) hanno dimostrato che sono le Donne più giovani, di colore, non sposate, meno istruite o aventi *Reddito* familiare basso, a riferire maggiori sintomi depressivi. Le Donne che vivevano in Paesi con alto indice di autonomia economica segnavano 0,83 punti in meno nei sintomi depressivi ($p < 0,01$), rispetto alle Donne che vivevano in altri con basso indice. Infine, le Donne che risiedevano in Paesi che prevedevano numerosi diritti rispetto alla maternità, hanno ottenuto un punteggio inferiore di 0,62 punti sul CES-D ($p < 0,05$) rispetto alle Donne che vivevano in Paesi con minori diritti.

Anche Van De Velde (2010) conferma che il Genere Femminile subisce maggiormente fenomeni di tipo depressivo. Utilizzando le informazioni sulla frequenza e la gravità dei sintomi depressivi nel terzo Round dell' Indagine Sociale Europea (ESS-3), misurata con una versione del *Center for Epidemiological Studies-Depression Scale*, ha esaminato un campione Femminile e Maschile di età compresa tra i 18 ed i 75 anni in 23 Paesi europei. I risultati ottenuti indicano che le Donne hanno livelli più alti di depressione rispetto agli Uomini in tutti i Paesi, ma anche che c'è una significativa variazione transnazionale in questo divario di *Genere*. Infatti, le differenze di *Genere* nella depressione sono maggiori in alcuni dei Paesi dell'Europa orientale e meridionale e più basse in Irlanda, Slovacchia e alcuni Paesi del Nord. I fattori socioeconomici e familiari influiscono sul rapporto tra *Genere* e

depressione. Un minor rischio di depressione è associato in entrambi i sessi ad uno *Stato Civile* coniugato o di convivenza, nonché ad una posizione socioeconomica generalmente buona. Nella maggior parte dei Paesi i fattori socioeconomici sembrano avere una forte associazione con la depressione sia negli Uomini che nelle Donne.

Campell (2002) rileva come alla violenza domestica è spesso associato l'aumento di problemi di *Salute* come lesioni traumatiche, dolore cronico, disturbi gastrointestinali e ginecologici, malattie trasmesse sessualmente, depressione e disturbo post-traumatico da stress. In merito a ciò, Coker ed altri (2002) hanno analizzato i dati del *National Violence Against Women Survey* (NVAWS) riguardanti Donne e Uomini dai 18 ai 65 anni, attraverso un sondaggio telefonico. I risultati delle interviste hanno mostrato che sia la violenza fisica che quella psicologica sono associate a significativi effetti fisici negativi ed a conseguenze sulla *Salute* mentale delle donne.

A tale proposito, i dati della ricerca europea "*Violence against women: an EU-wide survey (2014)*" commissionata dalla UNHCR - United Nations High Commissioner for Refugees - segnalano che in Italia il 19% delle Donne ha subito nel corso della vita violenze fisiche o sessuali dal partner o da un ex partner, il 38% ha subito abusi psicologici gravi, il 9% stalking.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) considera la violenza contro le Donne come un problema di *Salute* enorme e stima che sia una causa di morte o di invalidità per le Donne in età riproduttiva altrettanto grave delle patologie oncologiche.

Kessler e McLeod, (1984), Maciejewski et al. (2001) mettono in luce la *predisposizione* che hanno le Donne ad apparire più vulnerabili a fattori di stress interpersonali o eventi "rete", vale a dire, eventi che accadono a persone significative della propria vita. In particolare, nel loro studio, le Donne avevano circa tre volte in più di probabilità rispetto

agli Uomini di sperimentare una depressione maggiore, in risposta a qualsiasi evento di vita stressante. Entrambi i sessi non differivano nei rischi di depressione associati alla morte di un coniuge, ad eventi che riguardavano la loro relazione con un coniuge/partner (divorzio e problemi coniugali) o ad situazioni corrispondenti a gravi difficoltà finanziarie o legali. Le Donne erano invece a rischio elevato di depressione se associata a perdite interpersonali più distanti (morte di un amico o parente stretto) e altri tipi di episodi (cambio di residenza, *Malattia* / infortunio potenzialmente letale).

Le Donne sono maggiormente soggette a dolore cronico ed in conseguenza di ciò, sono le maggiori utilizzatrici di farmaci, con consumi compresi tra il 20% e il 30% in più rispetto agli Uomini.

In tutti i Paesi i dati statistici dimostrano che le Donne vivono più a lungo rispetto agli Uomini. Il divario di longevità sembra essere presente sia nelle Società industrializzate sia in quelle in via di sviluppo (vedi Tab.1), suggerendo una differenza effettiva di *Salute* tra Uomini e Donne.

Tab. 1 *Aspettativa di vita di Uomini e Donne in alcuni Paesi del mondo. Gap di longevità internazionale.*

Paesi	Aspettativa di vita	Donne	Uomini
Giappone	82.1	85.6	78.8
Canada	81.2	83.9	78.7
Italia	80.2	83.3	77.3
Regno Unito	79.0	81.6	76.5
Giordania	78.9	81.6	76.3
Bosnia	78.5	82.3	74.9

Fonte: CIA World Factbook (2009)

A tale proposito uno studio di Blanchflower del Dartmouth College "*International Evidence on Well-being*", (2008) ha studiato dati provenienti da 72 Paesi del mondo, arrivando a sostenere che il benessere percepito assume una caratteristica forma di curva ad U. Si parte bene, ma ben presto lo stato di benessere percepito scende in fretta, per poi ricominciare a risalire fino ad arrivare a una certa

stabilità. Questa inversione di tendenza sembra avvenire intorno ai 46 anni.

Durante l'adolescenza gli Uomini sono più esposti a rischi di traumi e lesioni derivanti spesso da comportamenti a rischio legati ad uso di alcool, droghe, e condotte devianti che li espone ad omicidio e suicidio, mentre le Donne subiscono maggiormente violenza domestica sia psicologica che fisica.

4.1 Il Gap di Genere nella Salute Percepita

Popay et al. (1993), hanno cercato di spiegare la presenza di maggiore morbilità nelle Donne, partendo da cause come mestruazioni e menopausa, posizione sociale nella Società occidentale contemporanea, interazione tra disagio psicologico e fisico, o disturbi depressivi che rendono il *Genere* Femminile soggetto ad un eccesso di disturbi psicosomatici (Idler 2003; Case e Paxson, 2005), pur nella considerazione di diverse ed a volte contrastanti teorie riguardanti l'origine di questa maggiore morbilità Femminile.

Una prima ipotesi fa riferimento ad una maggiore frequenza di stati di *Malattia* nel *Genere* Femminile, anche a prescindere dall'età (Case e Paxson, 2005).

Dahlin e Harkonen (2013) affermano che la letteratura esistente non riesce a trovare la ragione della persistenza del Gap di *Genere* in *Salute* anche in quei Paesi dove maggiore è perseguita l'uguaglianza di *Genere*. In molti Paesi, soprattutto in Europa orientale e meridionale, le Donne dichiarano francamente peggiore *Salute*, mentre in altri, come l'Estonia, la Finlandia e Gran Bretagna, la differenza è minima o inesistente. Per il loro studio hanno utilizzato dati provenienti da 28 Paesi, raccolti ogni due anni dal 2002 al 2010. L'analisi è stata condotta su un campione di età 18-75 anni, utilizzando come variabile dipendente la *Salute* Percepita. Per analizzare se il Gap di *Genere* in

Salute è legato ai livelli di parità di *Genere* in ogni Paese considerato, hanno utilizzato l'indice di disuguaglianza (UNDP) che va da 0 (perfetta uguaglianza di genere) a 1. Più alto è il valore, maggiore è il livello di disuguaglianza di *Genere*. Hanno rilevato che il Gap di *Genere* nella *Salute* era presente anche in quei Paesi con più elevati livelli di parità di *Genere*, come la Svezia, fatto che potrebbe far pensare a conseguenze sulla *Salute* Femminile dovute anche a sovrapposizione di ruoli, a doppi oneri, che potrebbero causare grande affaticamento fisico e stress (*Double Burden*).

4.2 *Salute Femminile e Stato Civile*

Una seconda ipotesi prende in considerazione lo *Stato Civile* e/o lo *Stato di convivenza* e molti sono gli Autori che hanno indagato la relazione tra *Stato Civile* e *Salute* Percepita.

Secondo una ricerca condotta da Umberson (1992), i tassi di mortalità sono più bassi per le persone sposate, ed il matrimonio appare essere più vantaggioso principalmente per gli Uomini. Questo vantaggio di *Salute* avviene probabilmente perché nel matrimonio c'è un monitoraggio ed un controllo continui della *Salute* del coniuge, principalmente da parte del sesso Femminile. Separazione e divorzio a causa dello stress che producono, sono di contro associati ad un aumento di comportamenti negativi e rischiosi, che possono potenzialmente avere ricadute pericolose sulla *Salute*. Inoltre il passaggio da uno stato coniugato a uno non coniugato è correlato ad un aumento di stili di vita negativi, soprattutto per gli Uomini.

In una ricerca del 1996 Waldron et al. sostengono che gli adulti sposati sono generalmente più sani rispetto agli adulti non sposati. La mancanza di coniuge/partner potrebbe contribuire a stili di vita dannosi, come ad esempio abuso di tabacco, di alcool etc. Questo

avviene o perché il matrimonio ha effetti benefici sulla *Salute* (*effetti di protezione del matrimonio*) e/o perché gli individui sani hanno maggiori probabilità di sposarsi e di rimanere sposati (*effetti di selezione matrimonio*). Lo studio su un gruppo di Donne tra i 24-34 anni negli Stati Uniti, ha dimostrato che il matrimonio ha effetti benefici sulla *Salute* per le Donne che non hanno un *Lavoro* in grado di fornire una fonte alternativa di risorse finanziarie e di sostegno sociale. Al contrario, non sono stati osservati né effetti di protezione né di selezione dovuti al matrimonio per le Donne con un impiego a tempo pieno. Le Donne che non erano sposate e non avevano un *Lavoro* retribuito mostravano condizioni di *Salute* particolarmente negative. Ulteriori verifiche indicano che queste ultime subivano molteplici svantaggi interagenti tra di loro, fra cui cattive condizioni di *Salute*, *Reddito* basso, e caratteristiche socio-demografiche tali da contribuire alla difficoltà di ottenere un impiego

In uno studio condotto su un campione di 1.289 adulti, Lauder et al. (2006) hanno esplorato le differenze di comportamento riguardanti il fumo, il sovrappeso e la sedentarietà, comparando tra di loro gruppi di persone che vivevano sole o con un partner. Le persone sole avevano maggiori probabilità di essere fumatrici ed in sovrappeso, e cioè di avere stili di vita potenzialmente dannosi per la *Salute* in associazione a malattie cardiache, depressione e lunghi tempi di recupero dopo interventi di chirurgia coronarica.

Sorkin (2010), ha esaminato 1.477 pazienti con diabete di tipo 2, mettendo a confronto due gruppi, di cui uno coniugato e l'altro no. La sua ricerca ha mostrato che gli Uomini sposati ricevevano un forte controllo positivo da parte delle mogli, soprattutto per quanto riguardava il comportamento alimentare.

Il matrimonio, quindi, attraverso il *Reddito* del coniuge ma non solo, sembra ridurre il rischio di povertà e la conseguente cattiva

Salute nelle Donne che non lavorano fuori casa. Fornisce, inoltre, quel supporto emotivo e sociale che una Donna lavoratrice può invece trovare fuori dall'ambiente domestico.

In un loro lavoro Operario et al. (2004) pur confermando che le persone sposate sono, in media, più sane delle non sposate e che gli Uomini ricevono maggiori benefici dal matrimonio rispetto alle Donne, - facendo derivare ciò dalle migliori risorse economiche, dal supporto sociale e dalla regolamentazione degli stili di vita di cui i coniugi godono, - affermano che le differenze di *Salute* legate alle diverse modalità di *Stato Civile* potrebbero derivare dalle forti ma transitorie tensioni legate agli stati di separazione coniugale, rilevando anche che questi effetti sono maggiori per gli anziani rispetto alle persone più giovani.

In uno studio longitudinale riguardante alcuni sondaggi effettuati dal 1972 al 2003 negli Stati Uniti, Liu e Umberson (2008) hanno documentato che la *Salute* Autoriferita della classe degli Uomini "*mai sposati*" è migliorata negli ultimi tre decenni. Inoltre il divario di *Salute* tra sposati e non sposati si è mantenuto stabile per gli Uomini ma non per le Donne. Al contrario, la *Salute* auto-valutata dei vedovi, divorziati, e separati nel tempo, è peggiorata rispetto agli sposati e gli effetti avversi sulla *Salute* causati dalle separazioni e dai divorzi sono aumentati di più per le Donne che per gli Uomini, evidenziando comunque l'importanza dei cambiamenti sociali su questa relazione tra *Genere*, *Salute* e *Stato Civile*. Gli Autori suggeriscono che incoraggiare il matrimonio con l'intento di promuovere la *Salute* può essere fuorviante, poiché sposarsi aumenta il rischio di subire stress dovuti appunto alla dissoluzione del matrimonio e dell'unione in generale.

Tatangelo et al. (2017) asseriscono che la maggior parte delle ricerche mostra una relazione positiva tra *Stato Civile* e *Salute*, con risultati coerenti tra varie culture e Paesi. Gli effetti di *Genere* sono

significativi, con gli Uomini che mostrano sempre maggiori benefici sulla *Salute* relativamente allo *Stato Civile* “*sposato*” rispetto alle Donne. La maggior parte della letteratura ha esaminato però prevalentemente i matrimoni eterosessuali, eppure c'è stata una rapida evoluzione nella Società rispetto ai modelli di coabitazione e di matrimonio. Secondo gli Autori dovrebbe essere sostenuto un *Lavoro* più ampio che possa analizzare meglio anche le nuove tipologie di relazione, oltre a quella eterosessuale, che possano avere un ruolo su *Salute* e benessere.

4.3 *Salute Femminile ed Istruzione*

Una terza ipotesi riguarda l'effetto dell'*Istruzione* sulla *Salute*. La *Scolarità* posseduta rappresenta uno dei fattori chiave a protezione del benessere. Molti, infatti, tra coloro che possiedono una bassa *Istruzione*, sembrano avere maggiore possibilità di sviluppare obesità, diabete, asma e malattie respiratorie gravi. Al contrario chi possiede una *Scolarità* alta si sottopone maggiormente a programmi di Screening e di prevenzione per controllare la propria *Salute*.

L'*Educazione* Scolastica sembra fornire competenze utili sia direttamente, attraverso gli stili di vita appresi e messi in atto, sia indirettamente, attraverso l'acquisizione di specifiche conoscenze ed abilità favorevoli al mantenimento della buona *Salute* (Cochrane et al. 1980), arrivando ad osservare uno stretto collegamento tra livello di *Istruzione* e probabilità di ammalarsi.

Jacobsen e Thelle (1988) hanno studiato la relazione tra livello di *Istruzione*, le variabili riguardante gli stili di vita, e i fattori di rischio per *Malattia* coronarica in 12.368 Uomini e Donne a Tromsø, in Norvegia. I soggetti con il più alto grado di *Istruzione* tendevano ad essere meno in sovrappeso, a fumare in misura minore, ad essere fisicamente più attivi nel tempo libero, e ad avere abitudini alimentari

meno aterogene, vale a dire, bere meno caffè, usare burro e latte a basso contenuto di grassi, mangiare frutta e verdura ogni giorno, rispetto alle persone con più basso livello di *Istruzione* .

Winkleby, Fortmann e Barrett (1990) hanno esplorato la relazione tra l'*Istruzione* , considerata come un indicatore primario di classe sociale e sei fattori di rischio per *Malattia*. Una associazione positiva è stata trovata tra il livello di *Istruzione* e tutti i sei fattori di rischio, rilevando condizioni di pericolo più elevato tra gli individui con *Scolarità* inferiore. Questo collegamento persisteva per entrambi i sessi ed a prescindere dall'*Età*, osservando anche un gradiente di effetto in cui, per ogni livello di *Istruzione* progressiva, si notava una diminuzione del punteggio totale di rischio.

In una ricerca del 1995, Ross e Wu sostengono che i posti di *Lavoro* disponibili per le persone con bassa *Istruzione* saranno sempre più stressanti e pericolosi. L'*Istruzione* migliora la *Salute* sia direttamente perché insegna ad usare la mente attraverso la conoscenza acquisita, la riflessione, il ragionamento, il problem solving, tutti esercizi mentali che mantengono in allenamento il sistema nervoso centrale, così come fa la palestra per il corpo, sia indirettamente attraverso il conseguente *Lavoro* condizioni economiche, sociali, psicologiche e stili di vita.

Sihvonen e Lahelma (1997) presentano invece i risultati di uno studio che ha messo in relazione l'aspettativa di *Salute* con il livello di *Istruzione* ed il *Genere* di appartenenza relativamente al 1980 in Finlandia. L'aspettativa di vita, così come la speranza di vita libera da qualunque *Disabilità*, mostrano un rapporto sistematico con il livello di *Istruzione*: più alta è la *Scolarità* posseduta, maggiore la speranza di vita e la speranza di vita senza *Disabilità*. Nel loro studio il "gradiente" dell'*Istruzione* sembra essere valido sia per i comportamenti di *Salute* che per lo stato effettivo di *Salute*, sebbene il primo non spieghi

completamente quest'ultimo. L'effetto dell'*Istruzione* aumenta con l'aumentare degli anni di *Scolarità*. Non ci sono differenze tra etnie diverse, né tra *Generi* diversi. Gli effetti della *Scolarità* sugli stili di vita sembrano essere maggiori in giovane *età* per poi diminuire dopo i 50 o 60 anni. L'*Educazione Scolastica* può migliorare la *Salute* semplicemente perché prevede successivamente un *Reddito* maggiore che a sua volta può migliorare l'accesso all'assistenza sanitaria. Questa spiegazione economica è forse la più ovvia. Una maggiore *Scolarità* contempla anche maggior uso delle cinture di sicurezza, dell'esercizio fisico, informazioni corrette sul cibo. Il fumo, l'utilizzo illegale di droghe e l'eccessivo consumo di alcol sono più diffusi tra i meno istruiti, pur essendo questi comportamenti finanziariamente costosi. Le persone più istruite possono avere lavori "*migliori*" i quali, oltre a pagare di più offrono anche ambienti di *Lavoro* più sicuri. (Cutler e Lleras-Muney, 2006). Tutto ciò non sembra però spiegare interamente agli Autori l'importanza dell'*Educazione Scolastica* sulla *Salute*.

4.4 *Salute Femminile e Lavoro Retribuito*

Una quarta ipotesi considera il ruolo del *Lavoro Retribuito* sulla *Salute* Percepita.

La suddivisione tradizionale dei ruoli, delle funzioni e delle occupazioni all'interno della famiglia, determina carichi di *Lavoro* molto diversi tra i due sessi. In Europa, il tempo medio di *Lavoro* domestico settimanale non retribuito è di 9,2 ore per gli Uomini contro 31,8 ore per le Donne. Proprio questa difficoltà nel riuscire a conciliare il doppio carico di cura e accudimento nel *Lavoro* ed a casa (*Double Burden*) appare essere una delle principali cause di stress a minaccia della *Salute* fisica delle Donne.

La letteratura ha mostrato un forte interesse nei riguardi della differenza di *Salute* riscontrabile tra Donne che hanno un *Lavoro Retribuito* e no. Svolgere un *Lavoro Retribuito* fuori dalle mura domestiche, sembra correlato positivamente con la *Salute*, sia perché fornisce un *Reddito*, sia perché permette relazioni sociali altrimenti negate a chi vive tanto tempo in casa, sottolineando l'importanza di una occupazione retribuita derivante soprattutto dall'indipendenza finanziaria. È anche vero che altri Autori hanno rilevato che il *Lavoro* può avere al contrario un effetto dannoso, a causa dei ruoli molteplici di casalinga, madre e lavoratrice, che molte Donne debbono svolgere contemporaneamente (Stellman, 1977).

Arber, Gilbert e Dale (1985) hanno esaminato la produzione scientifica riguardante la *Salute* Femminile, rilevando risultati contraddittori tra i molti studi effettuati sulle differenze di morbilità tra Uomini e Donne e in particolare sull'apparente paradosso che vede gli Uomini avere una mortalità più elevata, e le Donne una maggiore morbosità dichiarata. Essi hanno approntato uno studio utilizzando i dati dell'*Household Survey* (GHS), un'indagine annuale riguardante circa 14.000 famiglie, coinvolgendo 15.500 Donne fra i 20 ed i 59 anni. La percentuale di Donne over 50 che segnalavano una *Malattia* cronica limitante la loro normale attività quotidiana era quasi due volte più alta per le casalinghe, il 26,7% contro il 14,5% delle lavoratrici. Tra i 40 ed i 49 anni la proporzione passava dal 19% delle casalinghe all'11,6% delle lavoratrici a tempo pieno e part-time. Sotto 40 anni, i dati non erano chiari. È stata studiata la relazione tra il numero medio di giorni di *Malattia* all'anno, lo stato di occupazione e le responsabilità genitoriali all'interno di tre gruppi di *Età* (20-29, 30-39 e 40-59 anni). Madri che lavoravano a tempo pieno sotto i 40 anni riferivano circa il 50% in più di giorni di *Malattia* rispetto a madri con orario part-time. La percentuale più bassa di *Malattia* era rappresentata da Donne single.

Secondo gli Autori, il *Lavoro Retribuito* ha conseguenze benefiche per la *Salute* Femminile, ma queste possono subire gli effetti negativi dati dalle conseguenze dello stress derivante dal doppio ruolo di madre e lavoratrice fuori casa, in particolare quando questo impegno non è supportato da un partner. I dati confermano i benefici del *Lavoro part-time* per le Donne in tutte le classi professionali.

Altri si sono occupati di approfondire lo stato di *Salute* psicofisico delle Donne in relazione al *Lavoro* svolto (Repetti et al.1989; Hartley et al. 1992). La letteratura appare divisa nel decidere se per proteggere le Donne da stress sia più importante svolgere un *Lavoro Retribuito* o essere una casalinga a tempo pieno, con tutto ciò che spesso ne concerne, e cioè l'isolamento, la monotonia, il basso stato sociale, l'autostima e la quantità di tempo libero che per le casalinghe non sempre è fonte di benessere, poiché è spesso utilizzato per rimuginare troppo sui problemi da affrontare. Al contrario, l'occupazione è una fonte di autostima, e di una più ampia rete di positivi contatti sociali.

In uno studio sul *Lavoro* delle Donne canadesi, ispirandosi anche a teorici femministi che sostenevano che gran parte del *Lavoro* delle Donne rimane invisibile e largamente sottovalutato, Angus (1994) suggerisce che per il *Lavoro* Femminile vige una "*ideologia delle sfere separate*" nella designazione dell'attività retribuita nella sfera pubblica, mentre le attività svolte nel privato sono del tutto trascurate. Dichiara che il forte coinvolgimento delle Donne in attività non retribuite a sostegno degli altri, si traduce in uno stato di minore cittadinanza e minore *Salute*. Il *Lavoro* delle Donne spesso si svolge al di fuori dell'economia formale, all'interno di un'economia "*ombra*" o di sussistenza (Illich, 1981), essenziale per il mantenimento della *Salute* degli altri.

Ross e Wu (1995) riferiscono che un *Lavoro Retribuito* può migliorare la *Salute* di Uomini e Donne e che la disoccupazione è spesso associata a problemi di *Salute*. Fra le Donne, sono le casalinghe a riferire in maggiore percentuale condizioni di Cattiva *Salute* (Jennings, Mazaik, e McKinlay, 1984; Ross e Mirowsky, 1995).

Ross e Mirowsky (1995) si domandano se una cattiva *Salute* è causa o conseguenza di uno stato di disoccupazione, in quanto le persone in buona *Salute* riescono ad ottenere ed a mantenere posti di *Lavoro* migliori. Servendosi di un campione di 2.436 intervistati, giungono ad affermare che l'occupazione a tempo pieno prevede una migliore *Salute* sia per gli Uomini che per le Donne e per queste ultime a prescindere dallo *Stato Civile*. Anche in questo caso, essere casalinga sembra predire in maniera significativa una peggiore *Salute*.

Burgard et al. (2007) sostengono che la perdita di *Lavoro* involontaria è associata in maniera importante a livelli più bassi di *Salute* Percepita ed a maggiori sintomi depressivi in ambedue i sessi. Tra coloro che perdono il *Lavoro* involontariamente, quelli che lo hanno perso a motivo di uno stato di *Malattia* subiscono, non certamente a caso, il calo più repentino di *Salute*. Le perdite del *Lavoro* dovute ad altre ragioni, hanno effetti sostanziali e statisticamente significativi sui sintomi depressivi, mentre gli effetti sulla Cattiva *Salute* Percepita sembrano essere relativamente più contenuti.

4.5 *Salute Femminile e Reddito*

Una quinta ipotesi sottolinea invece l'importanza del *Reddito*, sia nel senso strettamente economico, sia in quello più ampio di appartenenza ad una specifica classe sociale.

È noto che la *Salute* è fortemente influenzata dalla posizione sociale dell'individuo, dalle disuguaglianze e dalla posizione economica. Il *Reddito* familiare, sembra incidere fortemente sulla

Salute Percepita. Ad alti livelli di *Reddito* sembra corrisponde una qualità di vita migliore ed una migliore *Salute* o percezione della propria *Salute*. Alcune ricerche confermano la stretta relazione tra *Reddito* e *Salute* Percepita (Ross e Bird 1994; Blakely et al. 2001). Blumberg (1984) sostiene che la situazione economica delle Donne è il più forte predittore della maggiore tendenza alla depressione nel *Genere* Femminile.

Diez-Roux et al. (2000) suggeriscono che la disuguaglianza nella distribuzione del *Reddito* è associata ad un aumento della mortalità. Utilizzando i dati del sistema di sorveglianza *Factor Behavioral Risk* (BRFSS), attraverso modelli di analisi multilivello, hanno cercato di verificare se la disuguaglianza nella distribuzione del *Reddito* all'interno degli Stati Uniti sia legata alla prevalenza di quattro principali fattori di rischio per *Malattia* cardiovascolare che sono: *indice di massa corporea (BMI)*, *ipertensione*, *sedentarietà* e *fumo*. Per tre dei quattro fattori di rischio indagati (*BMI*, *ipertensione*, e *sedentarietà*), la disuguaglianza di reddito all'interno del Paese studiato, è stata associata ad un aumento dei fattori di rischio per la *Salute*, soprattutto in associazione ad un *Reddito* familiare annuo inferiore ai 25.000 dollari. La differenza di *Reddito* è stata anche correlata positivamente con il fumo, ma in questo caso maggiormente o solamente nel caso di livelli di *Reddito* familiare più elevati. L'idea di partenza degli Autori è stata quella di considerare che la disuguaglianza nella distribuzione del *Reddito* riguardi soprattutto le persone più in basso nella gerarchia sociale, che risultano essere suscettibili di maggiore vulnerabilità sulla *Salute* rispetto alle altre. Gli studiosi sono partiti da varie ipotesi. La prima riguarda l'idea che la differenza di *Reddito* può essere collegato alla *Salute* a causa della deprivazione relativa e dell'investimento in capitale umano. La seconda riguarda la previsione che le persone con un *Reddito* relativamente basso sarebbero svantaggiate in termini di

Salute, vivendo in una Società evidentemente con caratteri di forte disuguaglianza sociale. Quest'ultima associazione è stata verificata solo per il sesso Femminile. Gli Autori si sono serviti dei dati forniti dal *Centro per il Controllo delle Malattie e la Prevenzione (CDC)*, *Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS)*, un sistema annuale di sorveglianza sanitaria dei principali fattori di rischio di *Malattia*. Sono stati considerati fumatori coloro che avevano riferito di avere fumato almeno 100 sigarette nella loro vita intera, e che fumavano regolarmente al momento dell'indagine. Sono state classificate come persone con una storia di alta pressione sanguigna, tutti coloro che avevano riferito, ad un qualsiasi professionista sanitario, livelli elevati di pressione sanguigna. Gli intervistati sono stati classificati invece come sedentari se non svolgevano alcuna attività fisica o per meno di 20 minuti 3 volte la settimana. I partecipanti sono stati invitati a selezionare il loro *Reddito* familiare annuo da un elenco di 7 fasce: <10,000 dollari; 10±14,999 dollari; 15±19,999 dollari; 20±24,999 dollari; 25±34,999 dollari; 35±50,00 dollari 0 ;>50.000 dollari. I dati sono stati utilizzati per calcolare tre indicatori di disparità di *Reddito*: *l'indice di Robin Hood*, *il coefficiente di Gini* e *la percentuale del Reddito totale delle famiglie* ricevuto da almeno il 50% delle famiglie. Questi tre indicatori sono stati selezionati a priori perché erano stati precedentemente studiati nei rapporti tra disuguaglianza di *Reddito* e mortalità. Poiché i risultati per tutti gli indicatori erano praticamente identici, gli Autori hanno riportato solamente l'indice Robin Hood definito come la percentuale di *Reddito* complessivo che deve essere redistribuito dalle famiglie con *Reddito* al di sopra della media a quelle che si trovano al di sotto della media al fine di far raggiungere la parità nella distribuzione di *Reddito*. La popolazione studiata era costituita da 30.646 Uomini e 39.888 Donne distribuiti in 44 stati. L'indice di Robin Hood nei 44 stati variava da 27,13% al

34,05%, con una media di 30,13%. E dunque la disparità di *Reddito* negli Stati Uniti è stata associata per gli Uomini ad aumento di sedentarietà e fumo, per le Donne ad un aumento di tutti i fattori di rischio. Infine, i risultati riguardanti il fumo erano incoerenti con altri fattori di rischio, poichè l'associazione era più forte a livelli di *Reddito* basso per gli Uomini ma di *Reddito* alto per le Donne. In queste ultime l'aumento del *Reddito* a livello individuale è stato associato alla diminuzione di tutti e quattro i fattori di rischio.

4.6 Salute Femminile e Disabilità

Molte persone soffrono a causa di una condizione di *Salute* che, in ambiente sfavorevole, può trasformarsi in vera e propria *Disabilità*.

Nel 2001 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha redatto uno strumento di classificazione innovativo, multidisciplinare ed universale: “*La Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*”, denominato ICF. L'ICF si delinea come una classificazione che descrive lo stato di *Salute* delle persone in relazione ai loro ambiti esistenziali (*sociale, familiare, lavorativo*) al fine di cogliere tutte le difficoltà che nel contesto socio-culturale di riferimento possono causare *Disabilità*. In esso la *Disabilità, fisica e mentale*, viene definita come la conseguenza o il risultato di una complessiva relazione tra la condizione di *Salute* di un individuo e i fattori personali ed ambientali che rappresentano le circostanze in cui vive in una relazione molto dinamica.

Lo stato di *Salute* percepito e la presenza di *Disabilità* possono essere influenzate da molti aspetti di vita della persona tra cui anche la disponibilità di cure adeguate.

In uno studio del 2009 Barrett et al. oltre a descrivere la prevalenza di violenza da parte di un partner (IPV) tra le donne con disabilità, ed a confrontarla con quella riferita a donne senza alcuna

disabilità, esaminano anche la differenza nell'accesso alle cure sanitarie tra le donne con disabilità che stanno vivendo l'IPV e quelle che non stanno vivendo l'IPV. L'analisi è stata condotta su dati secondari riguardanti 23.154 donne intervistate nel 2006, attraverso il Behavioral Risk Factor Surveillance System. Di queste intervistate, 6.309 avevano una qualche disabilità. Le donne con disabilità avevano una probabilità significativamente maggiore di avere l'IPV rispetto a quelle senza disabilità (rispettivamente il 33,2% e il 21,2%). Le donne con disabilità che avevano subito IPV, avevano anche il 35% di probabilità in meno di migliorare la propria salute ed il 58% di probabilità in più di riferire insoddisfazione nell'assistenza sanitaria. Gli Autori auspicano che i professionisti sanitari tengano conto di questo maggiore rischio di IPV tra le donne con disabilità e della sua associazione con lo stato di salute e con l'accesso all'Assistenza Sanitaria.

La Disabilità può non coincidere con la presenza/assenza di *Malattia*, ma rappresentare invece una dimensione molto più ampia dei bisogni dell'individuo che varia in funzione dell'*età*, del sesso e della posizione sociale (Hoeymans et al., 1997; Bury, 2001).

4.7 Salute Femminile ed Isolamento Sociale

La solitudine può essere definita come *isolamento sociale percepito*. Essa può comportare un rischio significativo per la *Salute* ed è stata associata principalmente a malattie cardiache ed a depressione.

Cacioppo e Hawkey (2003) si sono occupati degli effetti dell'isolamento sociale sulla Salute. Secondo gli Autori l'isolamento sociale è un fattore di rischio molto potente, ma poco compreso sia in termini di morbilità che di mortalità, e le sue conseguenze negative sono maggiori tra gli anziani, i poveri e le minoranze. Un numero

costantemente crescente di persone vive da sola ed è maggiormente esposto ad esperienze di isolamento sociale. Il loro studio ha dimostrato una minore resistenza ad eventi stressanti in coloro che vivevano isolati, i quali mostravano invece una forte predisposizione ad ipertensione ed a disturbi del sonno. Secondo gli Autori un buon piano di Assistenza Sanitaria deve riconoscere l'importanza dei disturbi sulla Salute legati allo stress di chi vive solo ed isolato, supportando la creazione ed il mantenimento di una fitta rete sociale in tutto il corso della vita.

Altri studi dimostrano che l'isolamento sociale e l'isolamento percepito non sono indicatori intercambiabili, rilevando anche una forte associazione tra l'isolamento percepito e la salute mentale. Gli adulti e gli anziani hanno una salute mentale peggiore solo nella misura in cui si sentono isolati (Cornwell e Waite, 2009).

Yip et al. (2012) hanno condotto un'analisi su dati secondari forniti dal National Social Life, Health and Aging Project (NSHAP), riguardanti donne di età compresa tra 57 e 85 anni, relativamente all'isolamento percepito. Gli Autori hanno riscontrato una prevalenza di incontinenze urinarie (UI) giornaliere pari al 12,5% e di incontinenze fecali (FI) settimanali pari al 2,9%, in associazione a sensazione di isolamento e solitudine, in donne anziane residenti in comunità alloggio. Isolamento percepito, sintomi depressivi e di ansia, sono risultati significativamente prevalenti nelle donne anziane con UI e FI rispetto alle donne continenti. Poiché le domande relative alle sensazioni di isolamento percepito sono state poste solamente dopo lo sviluppo dei due tipi di incontinenza non è stato possibile stabilire una relazione causale.

4.8 *Percezione di Salute delle Donne ed assiduità nella Preghiera*

Alcuni Autori si sono interessati alla relazione intercorrente tra l'Assiduità nella *Preghiera* e la percezione di *Salute*.

Arcury et al. (2000) hanno analizzato i dati riguardanti un campione di età pari o superiore a 70 anni del Nord Carolina, al fine di riuscire a comprendere il ruolo della fede religiosa e della preghiera nella gestione della *Salute* degli anziani, soffermandosi sulle differenze etniche e studiando la *Salute* mentale, spirituale ed anche alcune storie di guarigione fisica. Il risultato dello studio ha mostrato che la fede e le attività religiose rappresentavano spesso un'ancora di salvezza per la vita degli intervistati, senza grandi differenze di *Genere*, di etnia o di stato di *Salute* oggettivo, dimostrando che la fede religiosa può rappresentare per alcune persone una fonte di grande sollievo ai problemi di *Salute*.

Hendershot (2003) servendosi dei dati provenienti dal National Health Interview Survey (NHIS) ha esaminato l'uso della preghiera come medicina complementare ed alternativa (CAM), al pari di altri mezzi come agopuntura, rilassamento, massaggio, immagini positive, dieta, erbe, omeopatia, guarigione energetica, ipnosi, verificando come la partecipazione ai servizi religiosi da parte di persone con *Disabilità* sia in alcuni casi correlata ad un successivo miglioramento. I principali risultati hanno mostrato che le persone con limitazioni di mobilità erano significativamente più propense ad usare la preghiera con assiduità ricevendone beneficio.

5. Obiettivi della Ricerca

Gli studi riguardanti la *Salute* Femminile, in ogni periodo preso in considerazione, hanno costantemente cercato di verificare dapprima la presenza e successivamente le cause della peggiore percezione di *Salute* Femminile, partendo dalla maggiore longevità che le caratterizza, ma passando anche per la prevalente morbilità e la maggiore presenza di patologie croniche.

Il Gap di *Genere* in *Salute* a sfavore delle Donne è sempre stato confermato dai dati, pur attraverso l'uso da parte degli Autori di variabili esplicative diverse. In alcuni casi si è riuscito a verificare che il Gap in *Salute* tra i due sessi persiste anche in quei Paesi dove maggiori sono le iniziative a favore dell'uguaglianza di *Genere*, ed anche in quelli dove l'economia è particolarmente favorevole allo sviluppo umano.

Talora il *Lavoro Retribuito* delle Donne si è dimostrato propizio alla *Salute* Femminile, migliorando l'autostima, e favorendo l'indipendenza economica ed anche una maggiore socializzazione. In alcuni studi le casalinghe sono indicate riferire peggiori condizioni di *Salute*, mentre in altri invece è stato dimostrato che il *Lavoro* retribuito può risultare dannoso per la *Salute*, a causa del doppio ruolo rivestito dentro e fuori casa, doppio ruolo particolarmente stressante e faticoso.

E così l'analisi della variabile *Stato Civile* ha dato risultati non sempre concordanti riguardo gli effetti sulla *Salute*. Nella maggior parte delle ricerche lo *Stato Civile* "sposato" sembra maggiormente favorevole per il sesso Maschile, forse a causa di effetti di controllo del coniuge Femminile, effetti che favoriscono stili di vita maggiormente salutari.

L'idea da cui si è partiti per questo lavoro di ricerca è quella di riuscire a verificare la relazione di alcune variabili con la *Salute* Femminile, fino a trovarne qualcuna che rivesta una caratteristica di

predittività della stessa. Per i nostri fini indagativi della *Salute* Femminile e delle sue differenze con quella Maschile, sono state utilizzate molte più variabili rispetto agli studi citati, prese contemporaneamente, per poterne studiare l'influenza sia singolarmente che in associazione.

La ricerca è stata svolta prendendo in esame il *Genere*, *l'Età*, il *Reddito* e altri fattori quali *l'Istruzione*, lo *Stato Civile* ed il *Lavoro Retribuito*, *l'Assiduità nella Preghiera*, *l'Assiduità negli Incontri Sociali*, *lo Stato Percepito dei Servizi Sanitari nel Paese* considerato, cercando di valutare anche le relazioni indirette tra le variabili, in una visione multifattoriale e circolare del fenomeno, avendo sempre presente come possibile obiettivo finale, quello di riuscire ad individuare una o più variabili maggiormente collegate alla *Salute* Femminile, fino quasi a possedere un evidente e sicuro carattere di dipendenza nei confronti della stessa.

6. La Ricerca -Banca Dati European Social Survey e la Percezione di *Salute* Femminile-

6.1 Metodologia e variabili utilizzate

Lo studio ha utilizzato i microdati dell'ultimo turno (6° Round anno 2012) della *European Social Survey ESS Round 6 (European Social Survey Round 6 Data (2012). Data file edition 2.1. Norwegian Social Science Data Services, Norway – Data Archive and distributor of ESS data for ESS ERIC)* integrato con i Paesi europei mancanti in quest'ultimo Round, e presi una sola volta nel più recente dei Round precedenti, per un totale di 32 Paesi Europei più Turchia ed Israele. Il campione risulta composto da 63.745 unità di cui il 47,2% Uomini ed il 52,7% Donne.

Per le tabelle N. 4 e N. 7 sono stati utilizzati i dati dei sei turni del file cumulativo Editions ESS1-6_cumulative_e01 (2002-2012) cui hanno partecipato 36 Paesi per un totale di 291.385 intervistati, di cui il 45,9% uomini ed il 54,0% donne.

Le variabili analizzate nella ricerca sono state:

- ✓ Subjective general Health (HEALTH)
How is your Health in general? Would you say it is
 - *Very good, 1*
 - *Good, 2*
 - *Fair, 3*
 - *Bad, 4*
 - *Very Bad, 5*
 - *(Don't know) 8*

- ✓ Gender (GNDR)
 - *Male*
 - *Female*

- ✓ Age of respondent (AGEA) 15-102 years

- ✓ Ageafasce (AGEAFASCE)
 - 13-25
 - 26-35
 - 36-45
 - 46-55
 - 56-65
 - 66-75
 - oltre 75

- ✓ Highest level of education (EDULVLA)

What is the highest level of education you have successfully completed?

 - Less than lower secondary education (ISCED 0-1)
 - Lower secondary education completed (ISCED 2)
 - Upper secondary education completed (ISCED 3)
 - Post-secondary non-tertiary education completed (ISCED 4)
 - Tertiary education completed (ISCED 5-6)
 - Other
 - Total
 - Refusal
 - Don't know

- ✓ Hampered in daily activities by illness/disability/infirmity/mental problem (HLTHHMP)

Are you hampered in your daily activities in any way by any longstanding illness, or disability, infirmity or mental Health problem? IF YES, is that a lot or to some extent?

 - *Yes a lot 1*
 - *Yes to some extent 2*
 - *No 3*
 - *(Don't know) 8*

- ✓ Household's total net income, all sources (HINCTNTA)

Using this card, please tell me which letter describes your household's total income, after tax and compulsory deductions, from all sources? If you don't know the exact figure, please give an estimate. Use the part of the card that you know best: weekly, monthly or annual income.

 - *J 01*
 - *R 02*

- C 03
- M 04
- F 05
- S 06
- K 07
- P 08
- D 09
- H 10
- (Refused) 77
- (Don't know) 88

✓ *HINCTNTNABINARIA*

- 1= *Primi 5 Decili di Reddito*
- 2= *Ultimi 5 Decili di Reddito*

✓ Legal marital status post coded (MARITALA)

This question is about your legal marital status not about who you may or may not be living with. Which one of the descriptions on this card describes your legal marital status now?

- *Legally married 01*
- *In a legally registered civil union 02*
- *Legally separated 03*
- *Legally divorced / Civil union dissolved 04*
- *Widowed / Civil partner died 05*
- *None of these (NEVER married or in legally registered civil union) 06*
- *(Don't know) 88*

✓ Doing last 7 days: paid work. (PDWRK)

Can I just check, did you do any paid work of an hour or more in the last seven days?

- Not marked
- Marked

✓ How often socially meet with friends, relatives or colleagues (SCLMEET)

Using this card, how often do you meet socially with friends, relatives or work colleagues?

- *Never 01*

- *Less than once a month* 02
- *Once a month* 03
- *Several times a month* 04
- *Once a week* 05
- *Several times a week* 06
- *Every day* 07
- *Refusal* 77
- *Don't know* 88
- *No answer* 99

- ✓ State of Health services in country nowadays (STFHLTH)
Still using this card, please say what you think overall the State of Health services in [country] nowadays?
 - (0, Extremely Bad....10, Extremely good)
 - Don't Know

- ✓ How often pray apart from at religious services (PRAY)
Apart from when you are at religious services, how often, if at all, do you pray?
 - Every day 01
 - More than once a week 02
 - Once a week 03
 - At least once a month 04
 - Only on special holy days 05
 - Less often 06
 - Never 07
 - (Don't know) 88

- ✓ Citizenship (CTZSHIP)
 - Are you a citizen of [country]?
 - Yes 1 No 2
 - (Don't know)

- ✓ Born in country (BRNCTR)
 - Yes
 - No
 - Refusal
 - Don't know
 - No answer

La *Salute Percepita* è stata trattata come *variabile dipendente*. Alcune variabili per comodità di analisi sono state trasformate in binarie (*Healthbinaria*, *Hinctntnabinaria*, *Maritalbinaria*).

L'analisi statistica è stata eseguita con il software IBM SPSS Statistics nella versione PASW Statistics 18.

7. Risultati della Ricerca

Il campione analizzato è composto da 63.745 unità di cui il 47,2% di sesso Maschile, ed il 52,7% di sesso Femminile, secondo quanto esposto nella Tab. 2.

Esso fa riferimento al 6° Round corrispondente all'anno di raccolta dati 2012.

Tab. 2 Composizione campione 6° Round Banca Dati ESS (2012). Valori assoluti e percentuali di colonna.

Gender	Frequency	Percentage	Valid Percentage	Cumulative Percentage
Male	30.061	47.2	47.2	47.2
Female	33.611	52.7	52.8	100.0
Total	63.672	99.9	100.0	
No answer	74	0.1		
Total	63.745	100.0		

N. 63.745

La Tab.3 ci mostra la distribuzione percentuale condizionata dell'Età rispetto al *Genere* nel campione considerato. L'incidenza dei giovani è un poco più alta fra i Maschi, mentre l'incidenza delle fasce più adulte è un poco più alta fra le Donne.

Tab. 3 Distribuzione della popolazione del campione per Fasce di Età, per Genere (% di riga).

Gender	Age Groups						
	13-25	26-35	36-45	46-55	56-65	66-75	over 75
Male	18.1	16.3	16.1	17.8	14.6	10.9	6.2
Female	15.7	14.3	15.7	16.3	17.2	11.7	9.1
Total	16.8	15.2	15.9	17.0	16.0	11.3	7.7

N. 63.671

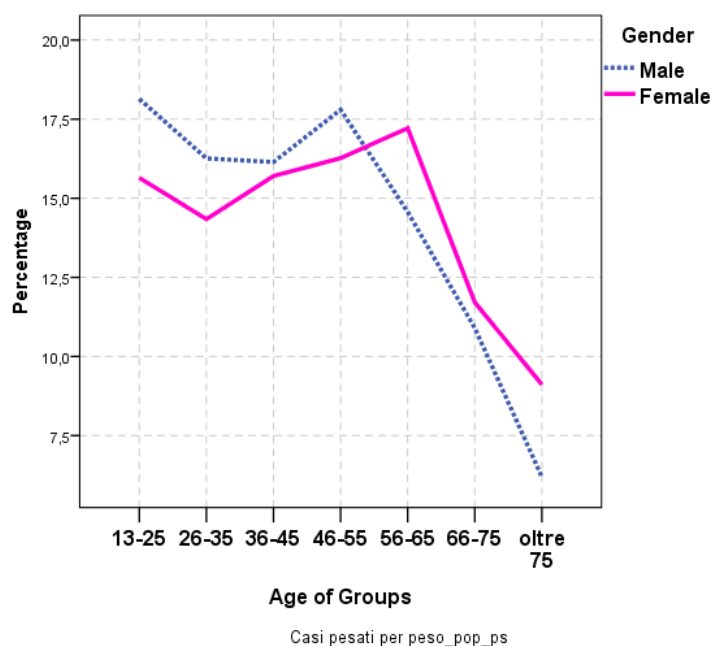
	Value	df	Sig. asint. (2 vie)
Chi-Square of Pearson	374.745	6	0.000

	Value	Sig. appross.
Phi	0.077	0.000
V di Cramer	0.077	0.000

Considerando il Graf. 1 osserviamo che intorno ai 50 anni si verifica una sovrapposizione delle linee corrispondenti ai due Generi, con probabile significato di una sovrapposizione numerica dei due

sessi nel campione osservato. Attraverso l'esecuzione di una Tabella con le due variabili, si delinea con una certa esattezza, l'anno di sovrapposizione del campione che risulta essere 51 anni, età dove i maschi sono il 49,8% e le Femmine il 50,2%.

Graf. 1 Distribuzione percentuale della popolazione Maschile e Femminile del campione per Fasce di Età.



Lo studio della variabile *Salute Percepita* mostra che le Donne dichiarano cattiva *Salute* in una percentuale pari all'11,2% contro il 7,4% degli Uomini, con una differenza di *Salute* a sfavore del *Genere* Femminile pari al 3,8%, percentuale che raggiunge l'8,8% considerando anche la modalità *discreta/fair* di *Salute* (Tab.4).

Tab. 4 *Salute Percepita* (% di colonna) per *Genere*, per tutti i Paesi (36) e tutti i Round. Anni 2002-2012.

Subjective General Health	Male	Female	Male and Female	Male Minus Female
Very good	18.4	15.5	16.9	2.9
Good	44.5	38.6	41.4	5.9
Fair	29.6	34.6	32.2	-5.0
Bad	6.3	9.4	8.0	-3.1
Very Bad	1.1	1.8	1.5	-0.7
(Bad + Very Bad)	7.4	11.2	9.5	-3.8

N. 290.946

Considerando la Cattiva Salute Percepita per *Genere* e Paese, rileviamo *che il Gap di Genere nella Salute Percepita* in tutti i Paesi considerati dall'indagine ESS varia da un massimo di 4.8% a sfavore degli Uomini, ad un massimo di 5.0% a sfavore delle Donne (Tab.5).

Tab. 5 Cattiva Salute Percepita (Bad + Very Bad)% di riga, per Genere in ciascun Paese delle ESS Round 6.

Country	Gender		Difference Male - Female
	Male	Female	
Austria	0.4	0.5	-0.1
Belgium	0.9	0.7	0.2
Bulgaria	1.5	1.3	0.2
Switzerland	0.4	0.3	0.1
Cyprus	0.0	0.1	-0.1
Czech Republic	1.2	1.2	0
Germany	14.5	9.7	4.8
Denmark	0.3	0.5	-0.2
Estonia	0.2	0.2	0
Spain	6.0	8.2	-2.2
Finland	0.4	0.3	0.1
France	8.0	6.7	1.3
United Kingdom	8.1	5.8	1.4
Greece	0.8	0.9	-0.1
Croatia	0.9	0.8	0.1
Hungary	2.1	2.1	0
Ireland	0.2	0.1	0.1
Israel	1.0	0.6	0.4
Iceland			
Italy	5.7	5.6	0.1
Lithuania	0.4	0.6	-0.2
Luxembourg	0.0	0.1	-0.1
Netherlands	1.0	1.0	0
Norway	0.4	0.4	0
Poland	5.8	5.6	0.2
Portugal	1.5	2.0	-0.4
Russia	22.8	27.8	-5.0
Sweden	0.6	0.5	0.1
Slovenia	0.3	0.2	0.1
Slovakia	0.7	0.6	0.1
Turkey	5.7	6.2	-0.5
Ukraine	7.8	9.6	-1.8

N. 5.996

health		Value	df	Sig. asint. (2 vie)
Bad Health	Chi-quadrato di Pearson	86.070	31	0.000

Dalla Tab. 5 osserviamo che i Paesi dove è presente peggiore *Salute Femminile* sono Spagna, Portogallo, Russia, Turchia ed

Ucraina. Ci sono però Paesi dove questo delta di cattiva *Salute* è a sfavore degli uomini e sono la Germania, la Francia ed il Regno Unito.

Nella successiva Tab.6 si possono osservare i valori di sintesi per il totale dei 32 Paesi.

Tab. 6 Cattiva Salute Percepita (Bad+Very Bad) %, per Genere. Valori disintesi per il totale del campione. Round 6, anno 2012.

Gender	Subjective General Health Bad + Very Bad			
	Minimum	Media	Mediana	Maximum
Male	0.0	3.21	0.9	22.8
Female	0.1	8.67	0.9	27.8
Difference Male- Female	-0.1	-5.46	0.0	5.0

Dai valori di sintesi della Tab. 6 ricaviamo che le donne hanno una media di cattiva *Salute* maggiore degli uomini del 5,46% ed il massimo maggiore del 5%.

Tab. 7 Cattiva Salute Percepita (Bad+Very Bad) %, per Genere. Dati medi per ciascun Round ESS. Differenza Maschi meno Femmine.

ROUND	Male	Female	Difference M-F Bad Health
1 (2002)	7.2	9.6	-2.4
2 (2004)	7.3	11.5	-4.2
3 (2006)	8.8	13.2	-4.4
4 (2008)	8.3	12.2	-3.9
5 (2010)	8.4	12.3	-3.9
6 (2012)	7.8	11.6	-3.8
Media Round	8.0	11.7	-3.8

La Tab.7 mostra invece i dati medi di Cattiva *Salute* Percepita per ciascun Round ESS, con la relativa differenza percentuale tra Maschi e Femmine. E dunque, nel campione, l'esistenza di un *Gap di Genere in Salute* a sfavore del *Genere* Femminile, sembra prescindere sia dalla collocazione spaziale (totale 36 Paesi) che da quella temporale (totale 6 Round). La differenza in cattiva *Salute* è sempre a sfavore del *Genere* Femminile, e va dal 2,4% del 2002, al 4,4% del 2006. L'ultimo dato del 2012 corrisponde ad una differenza percentuale di *Genere in Salute* Percepita di 3,8%.

Eseguendo una regressione logistica con variabile dipendente *Healthbinaria*, otteniamo che la regressione di *Health* su *Gender* conferma la significatività del *Genere* di appartenenza sulla *Salute* Percepita (Tab.8).

Tab. 8 Regressione logistica di Healthbinaria (0=buona Salute / 1= cattiva Salute) su Genere (0=Maschio / 1=femmina). Round 6, anno 2012.

	B	E.S.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Gender	0.358	0.029	153.989	1	0.000	1.430
Costant	-2.892	0.049	3534.263	1	0.000	0.055

N. 62.841

7.1 Percezione di Salute delle Donne e Stato dei Servizi Sanitari

Fra le variabili contenute nella Banca Dati troviamo la variabile *State of Health Services in Country Nowadays*.

Si è pensato di utilizzarla principalmente per verificare il giudizio che la popolazione ha nei confronti del proprio Sistema Sanitario, ma anche per verificare eventuali differenze di tale percezione nei due Generi. Intanto, da una semplice Tabella, constatiamo che le Donne esprimono sempre in maggiore percentuale un giudizio critico nei riguardi del proprio Sistema Sanitario.

Tab. 8 bis Percezione dello Stato dei Servizi Sanitari (% di colonna) per Genere.

State of health services in country nowadays	Gender		Difference M-F
	Male	Female	
Extremely Bad	6.5	7.0	-0.5
1	5.2	6.0	-0.8
2	8.0	9.2	-1.2
3	10.2	11.2	-1.0
4	9.6	9.8	-0.2
5	13.4	14.7	-1.3
6	11.2	11.1	0.1
7	13.1	11.9	1.2
8	13.8	11.0	2.8
9	5.2	4.7	0.5
Extremely good	3.8	3.4	0.4
Total	100.0	100.0	

N.62.910

	Value	df	Sig. asint. (2 vie)
Chi-Square of Pearson	224.096	10	0.000

Tab. 9 Distribuzione percentuale del livello di Percezione dei Servizi Sanitari per Paese (%) In blu i Paesi con migliore percezione. In rosso i Paesi con peggiore percezione. Dati ESS Round 6.

Country	State of Health services in country nowadays										
	Extremely Bad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Extremely good
Austria	1.3	1.2	2.8	4.1	5.8	12.2	11.5	18.7	22.1	11.9	8.3
Belgium	0.4		0.9	0.8	1.3	4.2	7.8	18.9	40.7	17.8	7.2
Bulgaria	17.1	12.6	17.3	17.3	13.4	11.5	4.0	2.7	1.8	1.3	1.0
Switzerland	0.3	0.3	1.2	2.7	5.1	8.2	10.9	19.3	29.3	13.4	9.4
Cyprus	5.8	5.8	7.2	10.1	8.7	15.9	11.6	13.0	13.0	4.3	4.3
Czech Republic	4.0	4.2	6.3	7.3	9.2	15.9	14.3	18.6	11.6	5.6	3.2
Germany	2.3	1.8	4.2	10.0	10.3	13.8	13.3	18.0	17.0	6.0	3.5
Denmark	0.7	0.4	1.8	3.1	6.1	10.3	13.8	19.3	26.3	10.7	7.5
Estonia	3.5	2.7	7.1	13.3	13.3	17.7	14.2	13.3	9.7	3.5	1.8
Spain	7.4	2.4	6.2	9.6	10.9	15.5	13.5	12.7	11.9	4.9	5.0
Finland	0.7	0.7	1.5	3.8	5.5	7.1	14.4	23.9	27.7	11.1	3.8
France	0.8	0.5	3.9	4.9	7.4	12.5	13.1	20.9	23.8	7.0	5.2
United Kingdom	1.0	1.1	3.5	5.8	9.3	12.9	14.2	19.2	19.9	8.1	5.0
Greece	17.8	13.6	14.1	14.4	12.3	13.4	5.3	3.5	3.8	0.8	0.9
Croatia	5.2	3.0	6.3	10.1	11.2	19.3	16.6	13.9	10.1	1.9	2.5
Hungary	9.5	6.9	11.9	15.4	13.0	18.1	9.7	6.9	6.1	1.4	1.1
Ireland	10.0	6.3	12.8	12.8	14.5	14.0	10.3	9.1	7.4	1.7	1.1
Israel	1.8	1.3	3.1	5.2	6.3	12.6	11.7	16.4	22.6	12.1	6.9
Iceland			4.2	8.3	12.5	16.7	16.7	20.8	16.7	4.2	
Italy	8.2	3.4	7.5	8.6	10.6	17.3	15.3	13.6	9.2	3.4	2.9
Lithuania	2.8	4.8	7.2	13.1	16.3	15.5	14.3	13.9	9.6	2.0	0.4
Luxembourg			2.9	2.9	2.9	11.8	11.8	14.7	23.5	14.7	14.7
Netherlands	0.5	0.6	1.8	4.2	6.1	9.3	17.5	26.2	26.7	5.8	1.2
Norway	0.7	0.7	2.0	5.4	7.4	11.9	16.8	22.8	19.1	8.9	4.2
Poland	12.6	11.0	16.1	14.5	13.4	12.7	8.0	5.5	3.7	1.5	1.0
Portugal	7.5	6.0	13.0	14.8	14.3	16.6	11.4	8.8	5.9	1.2	0.4
Russia	10.4	11.8	15.9	17.2	11.0	15.0	7.8	5.0	3.6	1.5	0.7
Sweden	1.4	1.4	2.3	6.4	7.6	12.1	14.5	23.0	19.8	8.3	3.3
Slovenia	2.3	1.7	4.6	8.6	10.9	19.0	14.4	16.1	14.9	4.6	2.9
Slovakia	8.4	11.1	13.3	14.8	13.9	14.4	6.9	7.5	6.2	2.2	1.3
Turkey	9.9	4.9	4.6	7.4	6.1	16.8	10.2	9.3	10.9	8.8	11.1
Ukraine	14.0	14.7	17.8	18.8	10.4	13.3	4.8	3.4	2.0	0.5	0.2
Total	6.8	5.7	8.6	10.7	9.7	14.1	11.1	12.5	12.3	4.9	3.5

N. 62.984

Successivamente abbiamo utilizzato questa variabile mettendola in relazione con lo stato di *Salute Percepita* ed il *Genere*. La situazione ottenuta è quella riportata nella Tabella 9. Riscontriamo che in molti casi tale opinione è estremamente negativa come in Bulgaria, Spagna, Grecia, Italia, Polonia, Russia, Turchia ed Ucraina, molto positiva in Svizzera e Lussemburgo (Tab. 9).

In alcuni Stati tale parere risulta particolarmente difforme tra i due Generi (Spagna, Italia e Turchia). Più esattamente, vediamo un Gap di giudizio peggiore nelle Donne di circa il 4% in Spagna ed Italia. In Turchia sono gli Uomini ad esprimere giudizio pessimo in una percentuale del 4,5% maggiore rispetto alle Donne (Tab.10).

Tab. 10 *Percezione Stato dei Servizi Sanitari – solo modalità pessima - (%) Maschi meno Femmine per ciascun Paese. In rosso i Paesi dove è maggiore il valore femminile, in blu dove è maggiore quello maschile.*

Country	State of Health services in country nowadays Extremely Bad Difference Male minus Female
Austria	+2.0
Belgium	-0.3
Bulgaria	-1,8
Switzerland	+0.3
Cyprus	+2.0
Czech Republic	+1.7
Germany	+1.1
Denmark	-0.1
Estonia	-1.0
Spain	+4.2
Finland	+0.3
France	+0.2
United Kingdom	+0.6
Greece	-0.3
Croatia	-0.5
Hungary	+ 0.5
Ireland	+ 1.6
Israel	+ 0.7
Italy	+ 4.6
Lithuania	+ 1.6
Netherlands	+ 0.4
Norway	0.0
Poland	-0.1
Portugal	-1.3
Russia	-0.5
Sweden	+0.2
Slovenia	+0.9
Slovakia	-0.6
Turkey	- 4.5
Ukraine	0.0
Total	+0.5

N. 62.902

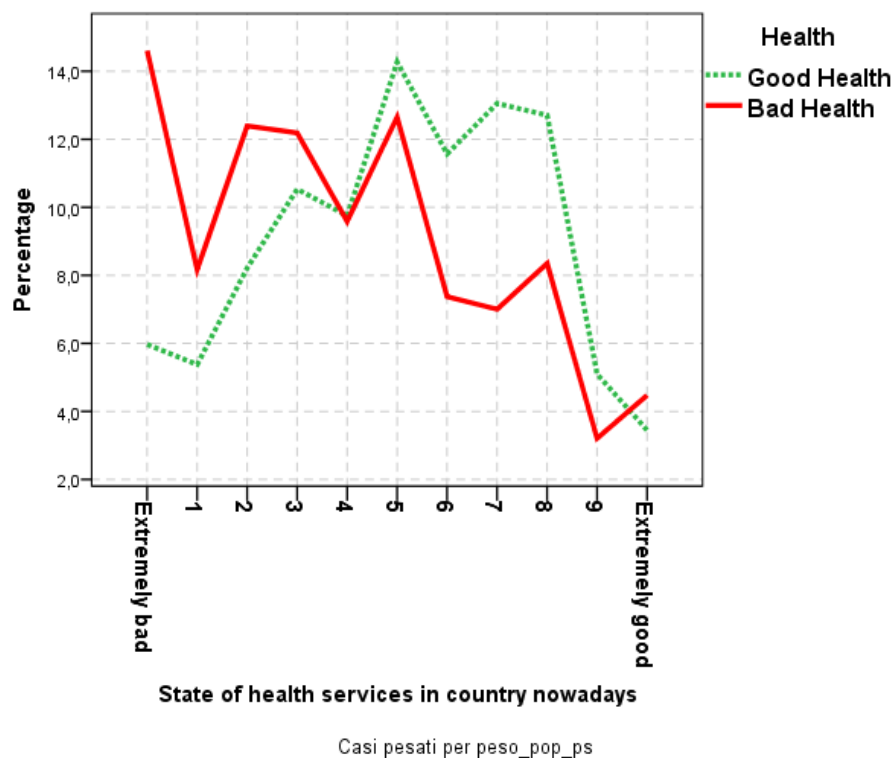
Si è ritenuto utile ai fini della nostra ricerca verificare poi se, ad un parere negativo sullo stato dei servizi sanitari, corrisponda anche una Cattiva Salute Percepita, valutando altresì il rapporto tra i due Generi.

Tab. 11 *Percezione dello Stato dei servizi sanitari - variabile binaria (% di riga) per Salute Percepita - variabile binaria - per Genere. In verde percezione migliore dello Stato dei Servizi Sanitari, in rosso la percezione peggiore. In blu gli Stati dove, nonostante la percezione di qualità dei Servizi Sanitari sia pessima, non viene dichiarata cattiva Salute in alta percentuale.*

Country	State Health services country		Health		Percentage of Bad Health. if the state of Health services in the country is considered insufficient	
	Insufficient	Good	Bad Health	Good Health	Male	Female
Austria	27.5	72.5	4.0	96.0	38.5	61.5
Belgium	7.6	92.4	5.4	94.6	25.0	75.0
Bulgaria	89.3	10.7	13.4	86.6	41.9	58.1
Switzerland	17.8	82.2	3.4	96.6	42.9	57.1
Cyprus	54.3	45.7	5.6	94.4	50.0	50.0
Czech Republic	46.9	53.1	8.1	91.9	34.0	66.0
Germany	42.3	57.7	9.7	90.3	40.7	59.3
Denmark	22.2	77.8	5.2	94.8	14.3	85.7
Estonia	57.7	42.3	12.4	87.6	40.0	60.0
Spain	52.0	48.0	11.4	88.6	24.1	75.9
Finland	19.1	80.9	4.2	95.8	42.9	57.1
France	29.9	70.1	8.1	91.9	35.0	65.0
United Kingdom	33.6	66.4	7.6	92.4	42.6	57.4
Greece	85.6	14.4	5.2	94.8	32.6	67.4
Croatia	54.9	45.1	13.6	86.4	42.9	57.1
Hungary	74.6	25.4	14.8	85.2	38.8	61.2
Ireland	70.3	29.7	2.5	97.5	42.9	57.1
Israel	30.4	69.6	7.7	92.3	41.7	58.3
Iceland	44.0	56.0	4.0	96.0		
Italy	55.6	44.4	6.6	93.4	37.8	62.2
Lithuania	59.6	40.4	12.5	87.5	19.0	81.0
Luxembourg	25.0	75.0	8.1	91.9		100.0
Netherlands	22.6	77.4	4.3	95.7	28.1	71.9
Norway	28.3	71.7	5.9	94.1	36.4	63.6
Poland	80.3	19.7	10.4	89.6	36.3	63.7
Portugal	72.2	27.8	12.2	87.8	28.7	71.3
Russia	81.3	18.7	13.0	87.0	31.4	68.6
Sweden	31.0	69.0	3.8	96.2	31.2	68.8
Slovenia	47.1	52.9	8.5	91.5	50.0	50.0
Slovakia	75.9	24.1	8.3	91.7	40.7	59.3
Turkey	49.8	50.2	7.0	93.0	34.4	65.6
Ukraine	89.0	11.0	13.8	86.2	33.9	66.1
Total	55.6	44.4	9.5	90.5	34.1	65.9

N. 62.980

Graf. 2 Percezione di Salute – Health binaria (Buona Salute= Very Good, Good, Fair e Cattiva Salute= Bad e Very Bad) (%) per Stato dei Servizi del Paese. Dati ESS, Round 6.



La nostra ipotesi consisteva nel supporre che, ad un difforme parere sui servizi tra i due Generi, corrispondesse un differente grado di Cattiva Salute Percepita, ma questo è stato verificato solamente in parte. Il Paese con la maggiore differenza di percezione di cattiva Salute tra i due sessi è la Spagna (Donne + 8,2%), Paese dove anche la percezione di efficienza dei servizi sanitari registra significative differenze tra i Generi (Donne + 4,2%). In Italia il 10,5% delle Donne ritiene pessimo lo stato dei servizi sanitari contro il 5,9% degli Uomini; allo stesso tempo il 7,8% delle Donne dichiara pessima Salute contro il 5,2% degli Uomini (Tab.11) (Graf. 2). Dalla Tabella elaborata usando la variabile binaria dello Stato dei Servizi Sanitari, il Paese nel quale la percezione riguardante lo stato dei servizi sanitari appare migliore

risulta essere il Belgio, Paese nel quale solamente il 7,2% degli intervistati esprime un parere negativo, mentre Paesi che dichiarano in alta percentuale un giudizio insufficiente sono Bulgaria ed Ucraina (89,3% e l'89,0%) (Tab.11).

Da notare però che proprio nello stesso Belgio di cui sopra, rileviamo un'alta percentuale di cattiva *Salute* Femminile (75 %) fra coloro che giudica i servizi sanitari del Paese insufficiente. Si osserva poi che generalmente ad un pessimo giudizio dei servizi sanitari corrisponde una peggiore percezione di *Salute* nella popolazione. Ed infatti in Bulgaria ed Ucraina circa il 13% della popolazione dichiara cattiva *Salute* (Bad e Very Bad). Questa relazione però non appare sempre in questo senso. Infatti, appaiando i dati riguardanti lo Stato dei Servizi Sanitari nel Paese e la *Salute* Percepita si presentano incongruenze che non siamo in grado di spiegare. Ad esempio, la popolazione greca ed irlandese dichiara una pessima fiducia nella sanità (rispettivamente 85,6% e 70,3%) ma solo il 5,2% ed il 2,5% riferisce una cattiva percezione di *Salute* (Tab.11).

Tab. 12 *Regressione logistica di Healthbinaria (0= buona 1=cattiva Salute=1) su Genere (0= Maschio 1= femmina), Fasce di Età (da 1 a 6 fasce crescenti di Età) e Stato dei Servizi Sanitari Inserita come variabile discreta (1=Bassa qualità Percepita e 10=alta qualità Percepita).*

	B	E.S.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Gender	0.262	0.030	74.579	1	0.000	1.299
Age Groups	0.537	0.009	3238.407	1	0.000	1.711
State of Health						
Services in Country	-0.140	0.005	674.292	1	0.000	0.869
Costant	-4.454	0.073	3727.561	1	0.000	0.012

N.62.997

La regressione di *Healthbinaria* su *Gender* e *Stato dei Servizi Sanitari del Paese* (controllando per *Età*), conferma la significatività di quest'ultima senza annullare peraltro la forte significatività della variabile *Genere*.

7.2 Percezione di Salute delle Donne ed Età

È bene controllare se esistono aspetti di natura *biologica*, *sociale*, *economica*, potenzialmente capaci di influire sulla rilevata differente percezione di *Salute* tra Uomo e Donna. L'Età sembra essere una naturale condizione fortemente capace di fare ciò.

Tab. 13 *Distribuzione della Popolazione del Campione in Cattiva Salute Percepita (Bad +Very Bad) nei due Generi e nelle varie Fasce di Età. Differenza tra Maschi e Femmine.*

Age Groups	Gender		Difference Males - Female
	Male	Female	
13-25	5.0	2.5	2.5
26-35	5.5	5.2	0.3
36-45	9.1	7.2	1.9
46-55	18.9	13.8	5.1
56-65	20.7	24.4	-3.7
66-75	23.5	23.1	0.4
Over 75	17.2	23.9	-6.7
Total	100.0	100.0	

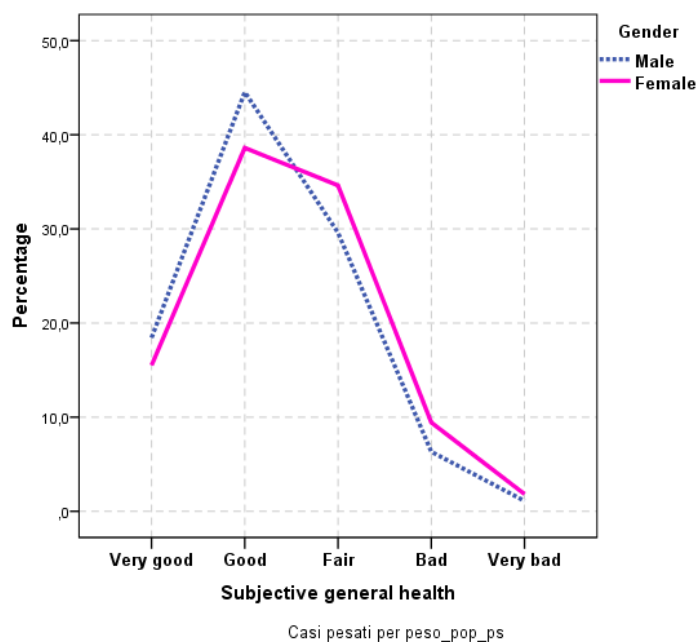
N. 6.000

	Valore	df	Sig. asint. (2 vie)
Chi-quadrato di Pearson	92.494	6	0.000

Sembra che anche i dati da noi ottenuti nella Tab. 13 mostrino quanto affermato dallo studio già citato di Blanchflower (2008), e cioè che intorno ai 46 anni gli individui cominciano ad avere (dichiarare) una percezione meno buona della propria *Salute*. La somma delle categorie Bad e Very Bad passa nella *Fascia di Età* 36-45 dal 7,2% delle Donne (Uomini 9,1%) al 13,8% nella fascia 46-55 (Uomini 18,9%) per poi accentuarsi progressivamente nelle fasce successive (Tab.13). Ci potrebbe essere un effetto di sovrapposizione tra diverse coorti di età. Le differenze in *Salute* della donna rispetto all'uomo, osservate lungo le diverse classi di età può dipendere non solo dal cambiamento dell'età anagrafica, ma anche dai diversi fattori storici che hanno caratterizzato quelle diverse generazioni. Ad esempio, può essere che per i 70-enni le differenze tra sessi dipendano anche da altri fattori come il livello di *Istruzione*, cosa che tra i 20-enni non è più vero. Il divario di *Salute* a sfavore del *Genere* Femminile aumenta

progressivamente con l'Età, fino ad arrivare al 6,7% nella fascia over 75 (Tab.13, Graf. 4).

Graf. 3 Salute Percepita (%) per Genere.



Tab. 14 Distribuzioni del Genere (% di riga) per Fasce di Età.

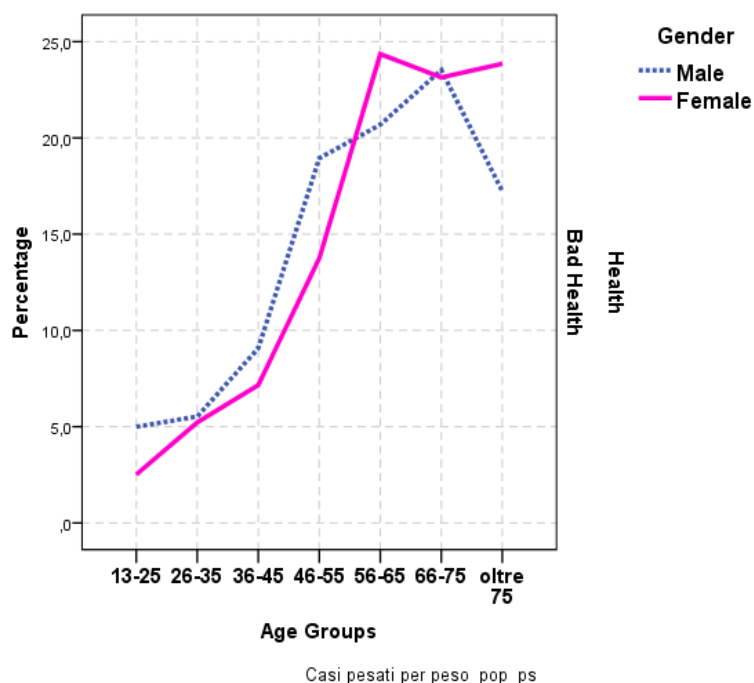
Age groups	Gender	
	Male	Female
13-25	50.9	49.1
26-35	50.4	49.6
36-45	47.9	52.1
46-55	49.5	50.5
56-65	43.1	56.9
66-75	45.4	54.6
over 75	37.8	62.2
Total	47.2	52.8

N. 63.671

Studiando la distribuzione del Genere per Fasce di Età, va in ogni modo rappresentato che nel nostro campione, fra gli over 75, le Donne rappresentano ben il 62,2% contro il 37,8% degli Uomini, e questa prevalenza Femminile è rilevabile già a partire dai 36-45 anni (Tab. 14).

Quanto sopra potrebbe indurci a pensare che la presenza di un maggior numero di Donne in fasce alte d'Età, possa giustificare la maggiore presenza di patologie croniche, che spesso le costringe a dover convivere molti anni con malattie debilitanti. Non possiamo perciò escludere che tale diversa percezione dipenda dalla differente incidenza di uno stato di *Malattia* vero e proprio, seppure anche soggettivamente elaborato e percepito.

Graf. 4 Cattiva Salute Percepita (Bad + Very Bad) %, per Fasce di Età e Genere.



Dal Grafico 4 desumiamo che mentre per gli Uomini il picco di cattiva *Salute* si raggiunge intorno ai 66-75 anni, per le Donne questo avviene molto tempo prima, nella *Fascia di Età* 56-65 mantenendosi inalterato e costante fin oltre i 75 anni.

Proprio alla luce di questo fatto, il *Gap di Genere nella Salute* è stato rivalutato controllando per l' *Età*.

Eseguendo una regressione logistica con le variabili *Genere* e *Età* e con variabile dipendente la *Salute* Percepita, possiamo osservare che il *Genere* a parità di *Età* è ancora fortemente significativo.

La regressione di *Health* su *Gender* conferma infatti la significatività del *Genere*. Anche l'*Età*, peraltro non certo sorprendentemente, risulta fortemente significativa (Tab.15).

Tab. 15 *Regressione logistica di Health binaria (valore 0= buona Salute - e valore 1= cattiva Salute) su Genere (0=Maschio 1=femmina) e Fasce di Età inserita come Variabile Catoriale.*

	B	E.S.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Gender	0.314	0.030	110.677	1	0.000	1.369
Age Groups			3266.682	6	0.000	
Age Groups (1)	-3.097	0.089	1207.704	1	0.000	0.045
Age Groups (2)	-2.668	0.073	1338.369	1	0.000	0.069
Age Groups (3)	-2.238	0.060	1389.424	1	0.000	0.107
Age Groups (4)	-1.468	0.048	928.686	1	0.000	0.230
Age Groups (5)	-1.024	0.044	533.353	1	0.000	0.359
Age Groups (6)	-0.540	0.044	153.759	1	0.000	0.583
Costant	-1.486	0.058	651.860	1	0.000	0.226

N. 62.997

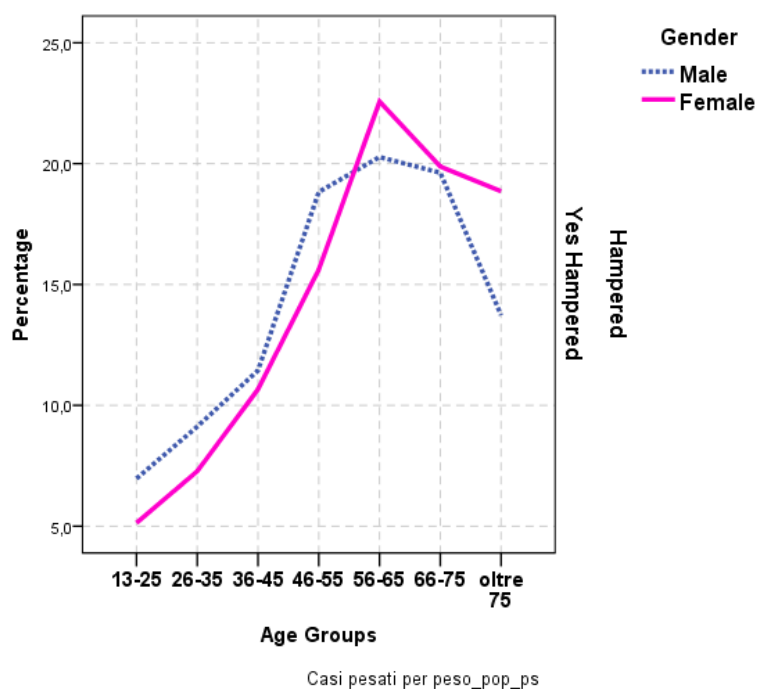
Pertanto, il Gap di *Salute* a sfavore delle Donne, permane al di là degli effetti dell'*Età*, ed il *Genere* conserva la sua significatività sulla *Salute*.

7.3 Percezione di Salute delle Donne e Disabilità

A seguito dei precedenti risultati, ci chiediamo se la differenza di *Salute* Percepita esistente tra i Generi anche a parità di *Età*, non possa dipendere anche da una diversa incidenza di stati di *Disabilità* tra i due sessi. Non possiamo infatti escludere, che la differente percezione di *Salute* Uomo-Donna, possa derivare da uno stato di *Malattia* vero e proprio, o dalla presenza di una qualche *Disabilità* che però non siamo in grado di definire e distinguere in base al tipo, fisica, deambulatoria, mentale, in quanto la variabile utilizzata nella Banca Dati descrive la *Disabilità* semplicemente come un impedimento allo svolgimento delle normali attività quotidiane, senza peraltro specificarne la tipologia.

Nel campione, riscontriamo che anche la *Disabilità riferita* non è distribuita uniformemente tra i due sessi, risultando prevalente nel *Genere Femminile* (Tab.16, Graf. 5).

Graf. 5 *Disabilità Percepita (%) per Genere e Fasce di Età*



A prescindere dall'*Età* le Donne dichiarano un grado maggiore di *Disabilità* pari ad una percentuale superiore agli Uomini del 22,4% (Tab. 16).

Tab. 16 *Distribuzione della Disabilità (% di riga) rispetto al Genere. In blu i valori Maschili, in rosso quelli Femminili per la modalità Molta Disabilità.*

		Gender		Difference M-F
		Male	Female	
Hampered in daily activities by illness/disability/infirmity/mental problem	Yes a lot	4.7	6.6	-1.9
	Yes to some extent	17.6	21.8	-4.2
	No	77.7	71.6	6.1
Total		100.0	100.0	

N. 63.049

	Value	df	Sig. asint. (2 vie)
Chi-Square of Pearson	320.182	2	0.000

Se associamo questa maggiore presenza di *Disabilità* nelle Donne alla percezione di *Salute*, possiamo avere un quadro maggiormente informativo. Infatti, non solo le Donne riferiscono una percentuale di *Disabilità* maggiore ma, a parità di alta *Disabilità* con il *Genere* Maschile, la loro percezione di *Salute* è largamente peggiore (63% vs 37%) (Tab.17).

Tab. 17 *Percezione di Cattiva Salute (Bad+Very Bad) (% di riga) per Disabilità e Genere. In blu i valori Maschili, in rosso quelli Femminili per la modalità Molta Disabilità.*

Hampered in daily activities by illness/disability/infirmary/mental problem	Health	Gender	
		Male	Female
Yes a lot	Bad Health	37.0	63.0
Yes to some extent	Bad Health	35.8	64.2
No	Bad Health	41.2	58.8

N. 62.955

La presenza di una *Disabilità* Percepita sembra essere quindi associata ad una peggiore autovalutazione della propria *Salute*, soprattutto, anche in questo caso, da parte delle Donne.

In particolare, in quest'ultime, la cattiva *Salute* (*Bad+Very Bad*) passa dal 64,5% in presenza di *molta Disabilità*, al 2,4% in caso di sua assenza, contro rispettivamente il 59,9% e ed il 2,0% del *Genere* Maschile (Tab. 18).

Tab. 18 *Distribuzione percentuale (% di colonna) della Salute Percepita condizionata al livello di Disabilità per Genere. In blu i valori Maschili, in rosso quelli Femminili.*

Subjective general Health	Male Hampered			Female Hampered		
	Yes a lot	Yes to some extent	No	Yes a lot	Yes to some extent	No
Very good	1.2	3.3	23.0	1.4	2.5	21.0
Good	7.9	24.6	51.0	6.3	17.8	48.0
Fair	31.0	53.4	24.0	27.8	55.5	29.0
Bad	43.4	17.3	2.0	46.1	21.9	2.3
Very Bad	16.5	1.3	0.0	18.4	2.3	0.1

N. 62.956

La regressione logistica di *Healthbinaria* su *Genere* e *Disabilità* - (controllando per *Età*), conferma la significatività della variabile *Disabilità* senza annullare comunque quella della variabile *Genere* (Tab.19).

Tab. 19 *Regressione logistica di Healthbinaria (0=buona Salute 1 =cattiva Salute) su Genere (0=Maschio 1=femmina), Fasce di Età e Disabilità (inserita come Variabile Catoriale).*

	B	E.S.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Gender	0.261	0.034	57.668	1	0.000	1.299
Age Groups	0.314	0.011	891.610	1	0.000	1.369
Hampered			6792.401	2	0.000	
Hampered Yes a lot	4.078	0.050	6729.678	1	0.000	59.011
Hampered Yes to some extent	2.317	0.042	2991.768	1	0.000	10.150
Costant	-5.611	0.079	5085.820	1	0.000	0.004

N. 62.997

7.4 Percezione di Salute delle Donne e Stato Civile

Consideriamo ora la distribuzione dello *Stato Civile* in relazione all'*Età* ed al *Genere* (Tab. 20).

Tab. 20 *Stato Civile (% di riga) per Genere nelle varie Fasce di Età. In Blu alcuni valori Maschili significativi, in rosso i Femminili.*

Age Groups	Gender	Legal marital status post coded					
		Legally married	In a legally registered civil union	Legally separated	Legally divorced/civil union dissolved	Widowed/civil partner died	None of these
13-25	Male	5.0	0.1	0.0	1.1	0.0	93.7
	Female	7.3	0.2		1.2	0.1	91.2
	Total	6.1	0.2	0.0	1.1	0.0	92.5
26-35	Male	43.3	2.1	0.0	3.9	0.1	50.5
	Female	48.4	2.0	0.5	6.9	0.6	41.7
	Total	45.8	2.0	0.3	5.4	0.3	46.2
36-45	Male	64.1	1.3	0.6	10.9	0.4	22.6
	Female	64.5	1.1	1.1	14.2	2.2	16.9
	Total	64.3	1.2	0.9	12.7	1.3	19.6
46-55	Male	76.3	0.6	0.6	9.9	1.6	11.0
	Female	67.8	0.3	0.7	15.5	4.9	10.8
	Total	72.0	0.5	0.7	12.7	3.3	10.9
56-65	Male	78.3	0.2	1.2	10.0	4.2	6.1
	Female	63.2	0.2	0.5	12.9	18.0	5.1
	Total	69.7	0.2	0.8	11.6	12.1	5.6
66-75	Male	78.3	0.3	0.3	6.6	9.1	5.4
	Female	56.4	0.1	0.5	7.5	32.2	3.4
	Total	66.3	0.2	0.4	7.1	21.7	4.3
Over 75	Male	72.9	0.2	0.1	3.6	19.1	4.2
	Female	33.8		0.0	4.6	56.0	5.7
	Total	48.5	0.1	0.0	4.2	42.1	5.1
Total	Male	57.1	0.8	0.4	6.8	3.3	31.6
	Female	50.2	0.6	0.5	9.5	13.8	25.4
	Total	53.4	0.7	0.5	8.2	8.8	28.4

N. 56.888

Tra gli altri risultati, evidenziamo la differenza percentuale tra i due Generi presente tra gli sposati nella *Fascia di Età* 13-25 e tra i vedovi nelle due fasce di *Età* 56-65, 66-75 ed Over 75 (Tab. 20). In quest'ultima *Fascia di Età* la differenza Uomini/Donne nello stato vedovile risulta essere maggiore per le Donne del 36,9%.

Mettendo in relazione successivamente lo *Stato Civile* con la *Salute* Percepita, possiamo asserire che la Percezione di *Salute* risulta essere molto sensibile al variare dello *Stato Civile*.

In particolare rileviamo che la percentuale di Donne vedove che dichiarano cattiva *Salute*, calcolata sul totale delle Donne vedove, è molto alta e pari al 5.4% più alta di quella Maschile.

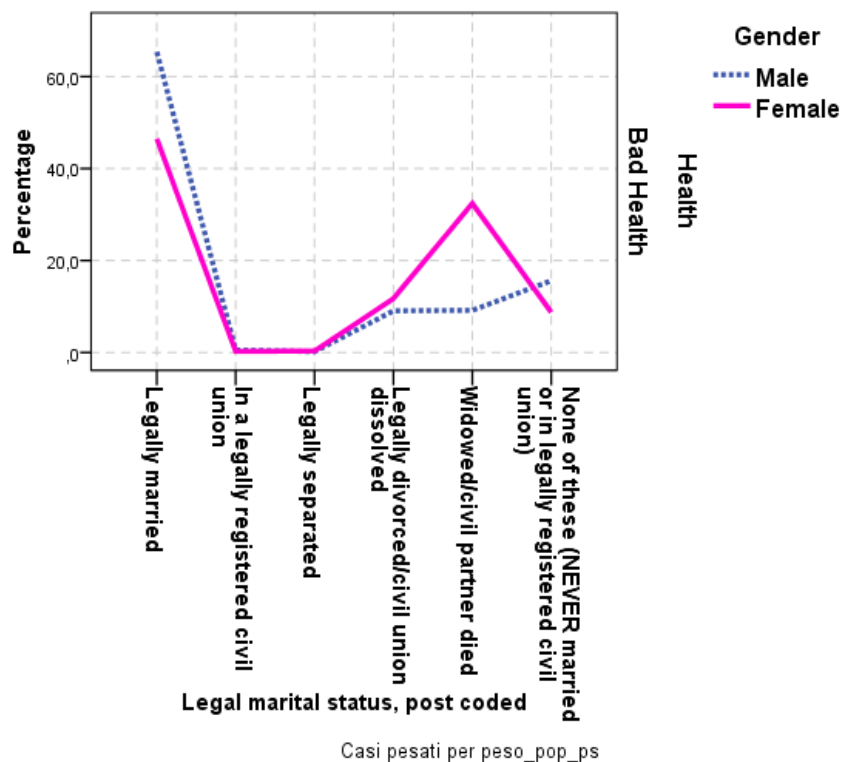
Le Donne che dichiarano peggiore *Salute* sono appunto le vedove, seguite dalle divorziate (14,2%) (Tab.21). Potremmo ipotizzare che condizioni di solitudine ma anche di precarietà economica, sarebbero in grado di contribuire a spiegare il fenomeno. Tutto ciò è visibile anche dal Grafico 6.

Tab. 21 *Cattiva Salute Percepita (Bad + Very Bad) (% di colonna), per Stato Civile e Genere. Differenze di Genere in cattiva Salute per modalità di Stato Civile.*

Bad Health	Legal marital status. post coded						Total
	Legally married	In a legally registered civil union	Legally separated	Legally divorced/civil union dissolved	Widowed/civil partner died	None of these	
Male	8.9	5.5	3.4	10.3	21.7	3.8	7.8
Female	10.7	5.1	7.2	14.2	27.1	4.0	11.5
Difference M – F	-1,8	0,4	-3,8	-3,9	-5,4	-0,2	-3,7

N. 56.726

Graf. 6 Cattiva Salute Percepita (Bad + Very Bad) %, per Stato Civile e Genere



Anche per quanto riguarda il sesso Maschile, sono sempre i vedovi a dichiarare cattiva *Salute* in alta percentuale seguiti dai divorziati.

Da rilevare che per la modalità sposati sono le Donne a dichiarare percentualmente peggiore *Salute* rispetto agli Uomini.

La regressione di *Healthbinaria* su *Gender* e *Stato Civile* (controllando per *Età*), conferma la significatività di alcune modalità dello *Stato Civile*, senza annullare peraltro la forte significatività della variabile *Genere*, dimostrando che l'importanza del *Genere* sulla *Salute* permane, anche al di là degli importanti effetti dello *Stato Civile* (Tab. 22).

Si osserva, inoltre, una maggiore significatività dello *Stato Civile* sulla *Salute* di Uomini e Donne, nelle modalità “*Divorziato*” e “*Vedovo*”,

momenti considerati fonti di stress e senso di solitudine, che possono incidere negativamente sulla percezione di *Salute* dell'individuo.

Tab. 22 *Regressione logistica di Healthbinaria (valore 0= buona Salute valore 1 =cattiva Salute) su Genere (0=Maschio 1=Femmina) e Fasce di Età (inserita come variabile discreta Range 1-6) e Stato Civile (inserita come variabile categoriale).*

	B	E.S.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Gender	0.177	0.033	29.584	1	0.000	1.194
Age groups	0.491	0.011	1826.707	1	0.000	1.634
Marital status			303.511	5	0.000	
Legally married	-0.209	0.051	16.728	1	0.000	0.811
In a legally registered civil union	-0.026	0.239	0.011	1	0.915	0.975
Legally separated	-0.147	0.229	0.411	1	0.522	0.863
Legally divorced/civil union dissolved	0.321	0.062	26.506	1	0.000	1.378
Widowed/civil partner died	0.445	0.062	50.929	1	0.000	1.561
Costant	-4.788	0.077	3855.215	1	0.000	0.008

N. 55.717

7.5 Percezione di Salute delle Donne ed Isolamento Sociale

Esaminando il Genere di appartenenza dell'intervistato e la frequenza di Socializzazione con amici, parenti e colleghi, riscontriamo che l'8,9% delle Donne che risponde "mai" sono in cattiva *Salute* con una differenza di + 2,2% rispetto agli Uomini ed il 19,2% delle Donne che rispondono "meno di una volta in un mese" sono in cattiva *Salute*, con una differenza di + 3,8% rispetto al sesso Maschile (Tab.23).

Tab. 23 *Assiduità degli Incontri Sociali (% di colonna) per Genere, anche in relazione a Cattiva Salute Percepita (Bad + Very Bad).*

How often socially meet with friends, relatives or colleagues			If Bad Health	
	Male	Female	Male	Female
Never	2.2	3.0	6.7	8.9
Less than once a month	8.9	10.1	15.4	19.2
Once a month	10.6	10.1	12.4	11.0
Several times a month	20.1	19.8	21.3	16.0
Once a week	16.9	17.1	14.2	14.2
Several times a week	25.2	25.4	16.9	17.2
Every day	16.2	14.5	13.3	13.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

N. 62.942 N.5.902

		Value	df	Sig. asint. (2 vie)
Chi-Square of Pearson		96.721	6	0.000
<hr/>				
Healthbinaria		Value	df	Sig. asint. (2 vie)
Bad health	Chi-Square of Pearson	44.446	6	0.000

Le Donne sembrano risentire più degli Uomini della mancanza di incontri sociali relativamente alla Cattiva *Salute* Percepita.

Questo risulta visibile anche dal Graf. 7.

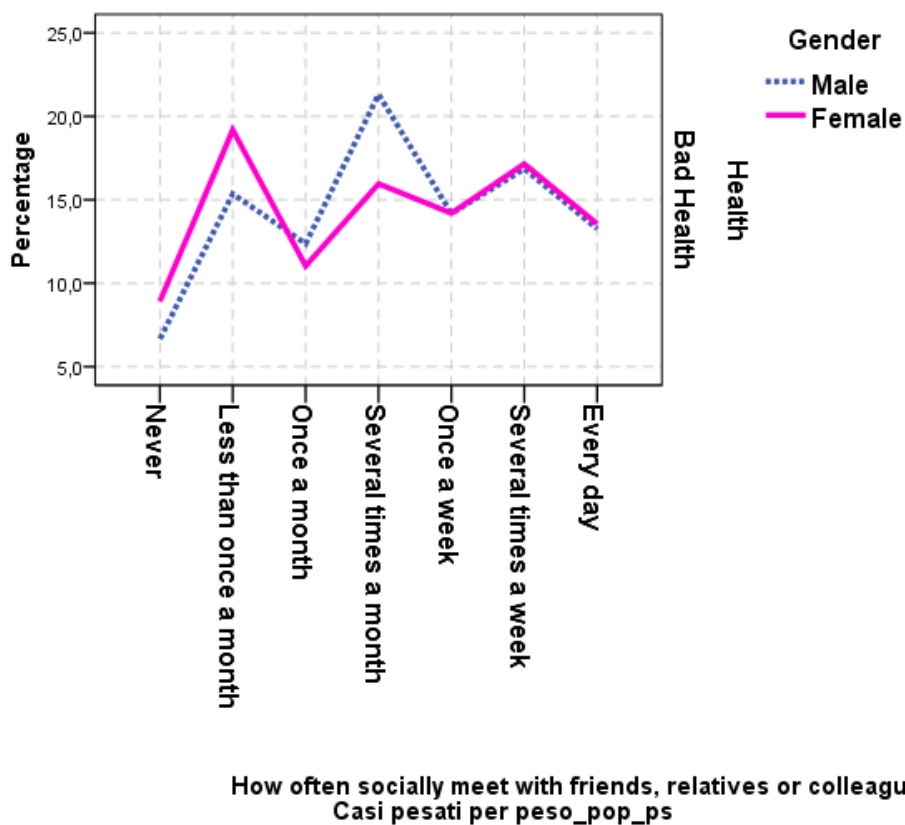
La regressione di *Healthbinaria* su *Gender* ed *Assiduità Incontri Sociali* (controllando per *Età*), mostra la significatività di questa variabile soprattutto in alcune modalità, senza annullare peraltro la significatività della variabile *Genere*, che permane anche al di là delle altre variabili inserite (Tab. 24).

Tab. 24 *Regressione logistica di Healthbinaria (valore 0=buona Salute valore 1=cattiva Salute) su Genere (0=Maschio 1=Femmina) Fasce di Età (inserita come variabile discreta) e Assiduità negli Incontri Sociali (inserita come variabile categoriale).*

	B	E.S.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Gender	0.292	0.030	91.996	1	0.000	1.339
Age groups	0.502	0.009	2880.248	1	0.000	1.652
Frequency meetings			927.678	6	0.000	
Never	1.354	0.072	356.289	1	0.000	3.873
Less than once a month	0.627	0.055	129.056	1	0.000	1.872
Once a month	0.006	0.061	0.009	1	0.923	1.006
Several times a month	-0.167	0.055	9.352	1	0.002	0.846
Once a week	-0.195	0.057	11.793	1	0.001	0.823
Several times a week	-0.267	0.054	24.700	1	0.000	0.766
Costant	-5.049	0.078	4191.029	1	0.000	0.006

N. 62.435

Graf. 7 Cattiva Salute Percepita (Bad + Very Bad) %, per Assiduità degli Incontri Sociali e Genere.



7.6 Percezione di Salute delle Donne ed Assiduità nella Preghiera

Proseguendo nella nostra analisi rileviamo che, a prescindere dalle condizioni di *Salute*, le Donne pregano ogni giorno in una percentuale pari al 29,9% con una differenza di +10% rispetto agli Uomini. Il 42% di questi ultimi dichiara di non pregare mai, in una percentuale superiore alle Donne pari al 15,2% (Tab. 25).

Tab. 25 Assiduità di Preghiera (% di riga) per Genere. In blu alcuni valori Maschili, in rosso Femminili.

Gender	How often pray apart from at religious services						
	Every day	More than once a week	Once a week	At least once a month	Only on special holy days	Less often	Never
Male	18.9	7.3	5.6	5.2	5.8	15.1	42.0
Female	29.9	9.7	6.8	6.4	6.4	14.1	26.8
Total	24.7	8.5	6.2	5.8	6.1	14.6	34.0

N. 61.956

	Value	df	Sig. asint. (2 vie)
Chi-Square of Pearson	1977.422	6	0.000

Tab. 26 *Assiduità di Preghiera (% di riga) per Salute Percepita (Good= Very Good+ Good+ Fair) (Bad= Bad+Very Bad) per Genere. In blu alcuni valori Maschili, in rosso Femminili.*

Gender	Health	How often pray apart from at religious services						
		Every day	More than once a week	Once a week	At least once a month	Only on special holy days	Less often	Never
Male	Good	18.7	7.5	5.6	5.3	5.9	15.2	41.9
	Bad	21.4	5.4	6.7	5.2	4.5	14.5	42.4
	Total	18.9	7.3	5.6	5.2	5.8	15.1	42.0
Female	Good	28.3	9.6	6.7	6.6	6.3	14.5	28.0
	Bad	42.4	10.1	7.1	4.6	6.8	11.0	18.0
	Total	29.9	9.7	6.8	6.4	6.3	14.1	26.8
Total	Good	23.7	8.6	6.2	5.9	6.1	14.9	34.7
	Bad	34.6	8.3	7.0	4.8	6.0	12.3	27.0
	Total	24.7	8.6	6.2	5.8	6.1	14.6	34.0

N. 61.794

Health		Value	df	Sig. asint. (2 vie)
Good Health	Chi-Square of Pearson	1481,609	6	0,000
Bad Health	Chi-Square of Pearson	534,370	6	0,000
Total	Chi-Square of Pearson	1967,732	6	0,000

Dalla Tab. 26 ricaviamo un differente comportamento che associa *Salute* e Preghiera tra i due Generi. I Maschi in cattiva *Salute* vedono aumentare la loro assiduità di Preghiera ogni giorno del 2,7%, le Donne del 14.1%.

Oltre a ciò, la percentuale di Uomini che non pregano “mai” si mantiene piuttosto stabile a prescindere dallo stato di *Salute*, cosa che non avviene per le Donne che in condizioni di cattiva *Salute* vedono diminuire questa percentuale del 10%. Non siamo in grado di attribuire comunque una direzione a questa relazione.

Si è voluto successivamente approfondire questa relazione tra *Salute* e *Preghiera*, procedendo anche ad un'analisi congiunta con la variabile *Reddito* utilizzata nella sua modalità binaria alto e basso *Reddito*.

Tab. 27 *Assiduità di Preghiera (% di riga) - modalità intermedie non mostrate per comodità di lettura - per Reddito- Variabile Binaria e per Genere. In blu i valori Maschili, in rosso quelli Femminili.*

Income	Gender	How often pray apart from at religious services	
		Every day	Never
Low income (1-5 decile)	Male	24.8	37.4
	Female	36.0	23.9
	Gender difference M-F	-11.2	13.5
High income (6-10 decile)	Male	14.5	47.3
	Female	21.8	30.7
	Gender difference M-F	-7.3	16.6

N. 48.782

Income		Value	df	Sig. asint. (2 vie)
Low Income	Chi-Square of Pearson	756,508	6	0,000
High Income	Chi-Square of Pearson	704,698	6	0,000
Total	Chi-Square of Pearson	1531,862	6	0,000

La lettura della Tab.27 mostra che, prendendo in considerazione le due modalità di preghiera “ogni giorno” e “mai” – le modalità intermedie non sono mostrate solo per comodità di lettura della Tabella - le Donne appartenenti a fasce di basso *Reddito* pregano ogni giorno nel 36,0% dei casi (Uomini 24,8%), mentre quelle appartenenti a redditi alti lo fanno in una percentuale più bassa e pari al 21,8% (Uomini 14,5%), con una riduzione del 14,2% (Uomini 10,3%).

In ogni caso, sono sempre le Donne a pregare di più in ogni situazione, con una differenza rispetto al *Genere* Maschile pari a - 11,2% nei redditi bassi, e -7,3% nei redditi alti.

Tab. 28 *Assiduità di Preghiera –Variabile binaria (% di riga) per Reddito – Variabile binaria (Basso Reddito=primi 5 Decili Alto Reddito= Ultimi 5 Decili) e Genere nelle varie Classi di Età. In blu alcuni valori Maschili, in rosso Femminili.*

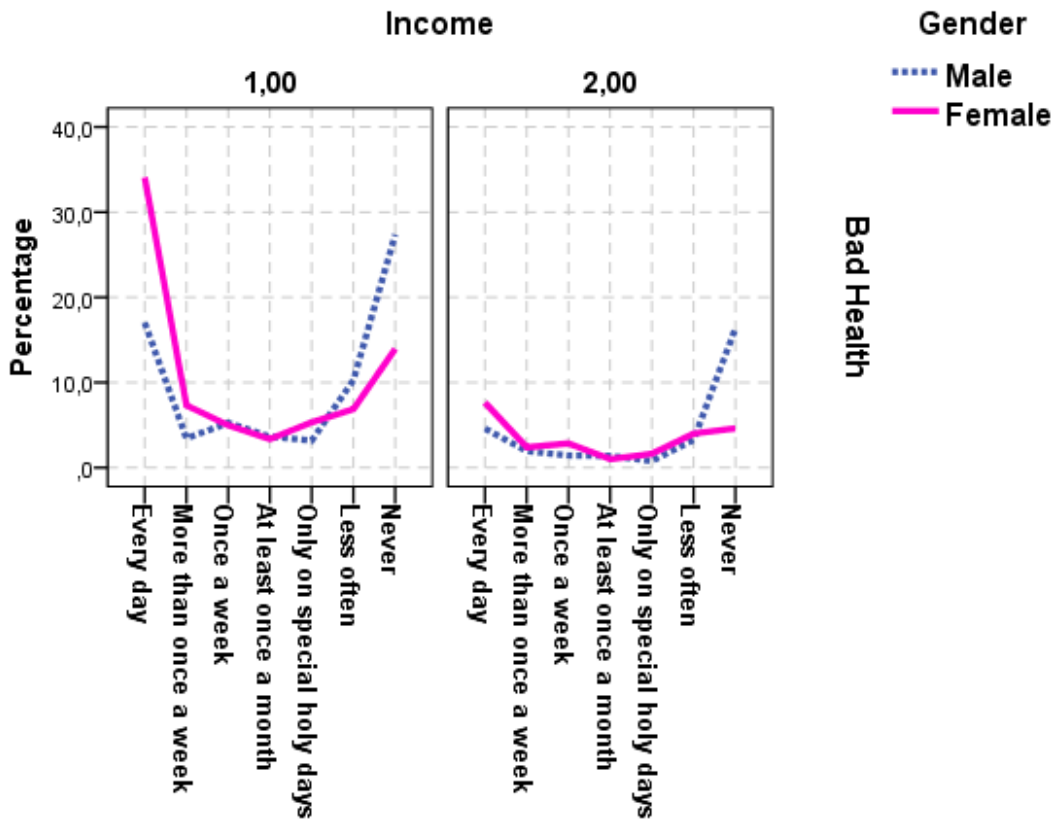
Age Groups	Gender	How often pray apart from at religious services		How often pray apart from at religious services	
		Low income		High income	
		Every day	Never	Every day	Never
13-25	Male	21.6	39.8	13.0	44.5
	Female	28.2	29.6	18.3	35.2
	Total	24.8	34.8	15.5	40.0
26-35	Male	22.4	39.3	12.4	54.7
	Female	31.0	29.8	16.3	33.7
	Total	26.8	34.4	14.2	44.6
36-45	Male	29.9	33.5	12.8	47.3
	Female	30.8	25.5	19.3	32.2
	Total	30.4	29.1	16.0	39.8
46-55	Male	26.1	36.6	15.3	43.4
	Female	32.0	25.3	21.2	30.3
	Total	29.3	30.6	18.1	37.2
56-65	Male	21.2	43.2	16.3	45.4
	Female	36.8	23.1	24.2	27.9
	Total	30.5	31.3	20.5	36.2
66-75	Male	25.8	33.1	16.1	48.4
	Female	41.0	20.7	38.7	19.0
	Total	34.4	26.1	25.5	36.2
over75	Male	29.1	34.4	27.5	48.9
	Female	51.0	14.6	44.9	23.8
	Total	43.0	21.9	36.2	36.4
Total	Male	24.8	37.4	14.5	47.3
	Female	36.1	23.9	21.9	30.7
	Total	31.0	29.9	18.1	39.2

N. 26.058

Se prendiamo in visione anche la *Fascia di Età*, risulta interessante segnalare come la modalità preghiera “ogni giorno” per le Donne aumenta progressivamente con l’*Età*. Si parte dal 28,2% nella *Fascia di Età* 13-25 (Uomini 21,6%) fino ad arrivare al 51,0% oltre i 75 anni (Uomini 29,1%) in caso di basso *Reddito*.

Questa stessa progressione avviene anche in caso di alto *Reddito* seppure in più basse percentuali (Tab. 28).

Graf. 8 Cattiva Salute Percepita (Bad + Very Bad) per Assiduità di Preghiera Genere e Reddito (1= Basso Reddito primi 5 Decili 2=Alto Reddito ultimi 5 Decili).



How often pray apart from at religious services

Casi pesati per peso_pop_ps

La regressione di *Healthbinaria* su *Gender* ed *Assiduità di Preghiera* (controllando per *Età*), conferma la significatività della variabile *Pray* senza eliminare, anche in questo caso, la significatività del *Genere* sulla percezione di *Salute* (Tab. 29).

Tab. 29 *Regressione logistica di Healthbinaria (0=buona Salute 1=cattiva Salute) su Genere (0=Maschio 1=femmina) Fasce di Età (inserita come variabile discreta Range 1-6) e Assiduità nella Preghiera (inserita come variabile categoriale)*

	B	E.S.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Gender	0.269	0.031	75.733	1	0.000	1.309
Age Groups	0.514	0.009	2992.274	1	0.000	1.672
Prayer assiduity			82.747	6	0.000	
Every day	0.260	0.039	43.470	1	0.000	1.296
More than once a week	0.045	0.057	0.626	1	0.429	1.046
Once a week	0.026	0.064	0.166	1	0.683	1.027
At least once a month	-0.050	0.070	0.515	1	0.473	0.951
Only on special holy days	0.191	0.063	9.243	1	0.002	1.211
Less often	-0.118	0.051	5.433	1	0.020	0.889
Costant	-5.113	0.070	5288.557	1	0.000	0.006

N. 61.569

7.7 Percezione di Salute delle Donne ed Istruzione

Anche il livello di Scolarità interviene come importante determinante di *Salute*, soprattutto Femminile. Prendendo in esame i dati della Banca ESS riguardanti la relazione tra *Genere* ed *Istruzione*, individuiamo anzitutto che le Donne sono maggiormente presenti nei due livelli più bassi di *Educazione Scolastica*, gli Uomini in tutti gli altri gradi di *Istruzione* Superiore (Tab.30, Graf. 9)

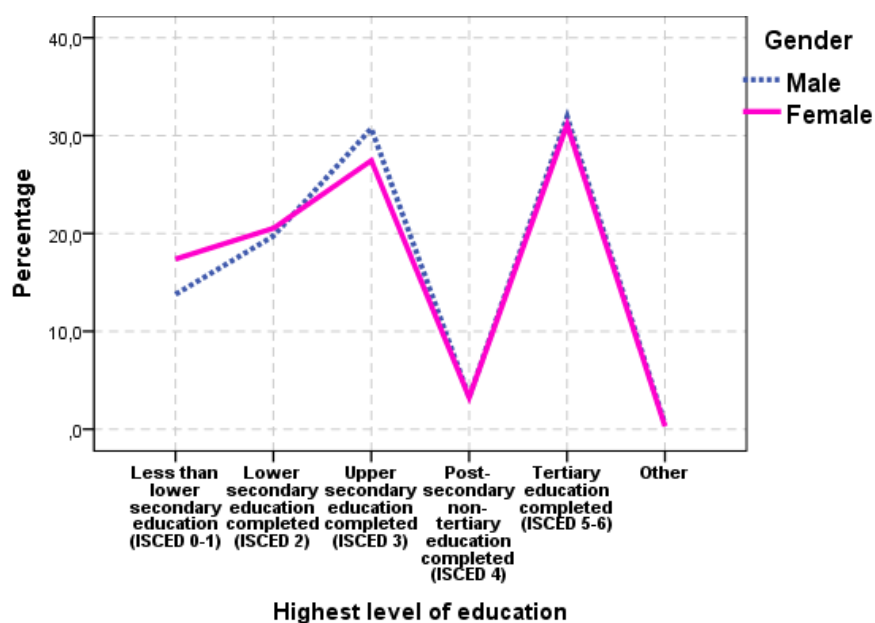
Tab. 30 *Scolarità (% di colonna) per Genere.*

Highest level of education	Gender		Total
	Male	Female	
Less than lower secondary education (ISCED 0-1)	13.8	17.4	15.7
Lower secondary education completed (ISCED 2)	19.7	20.5	20.2
Upper secondary education completed (ISCED 3)	30.7	27.4	29.0
Post-secondary non-tertiary education completed (ISCED 4)	3.3	3.3	3.3
Tertiary education completed (ISCED 5-6)	31.9	31.1	31.5
Other	0.5	0.3	0.4
Total	100.0	100.0	100.0

N. 63.510

	Valore	df	Sig. asint. (2 vie)
Chi-quadrato di Pearson	218.123	5	0.000

Graf. 9 Livello di Scolarità (%) per Genere.



Casi pesati per peso_pop_ps

Considerando successivamente gli effetti dell'*Istruzione* sulla *Salute* Femminile, segnaliamo che la Cattiva *Salute* Percepita passa dal 19,9% nelle Donne con elevata *Scolarità* al 32,1% in quelle con bassa *Scolarità*, con una significativa differenza di *Salute* pari al 12,2%.

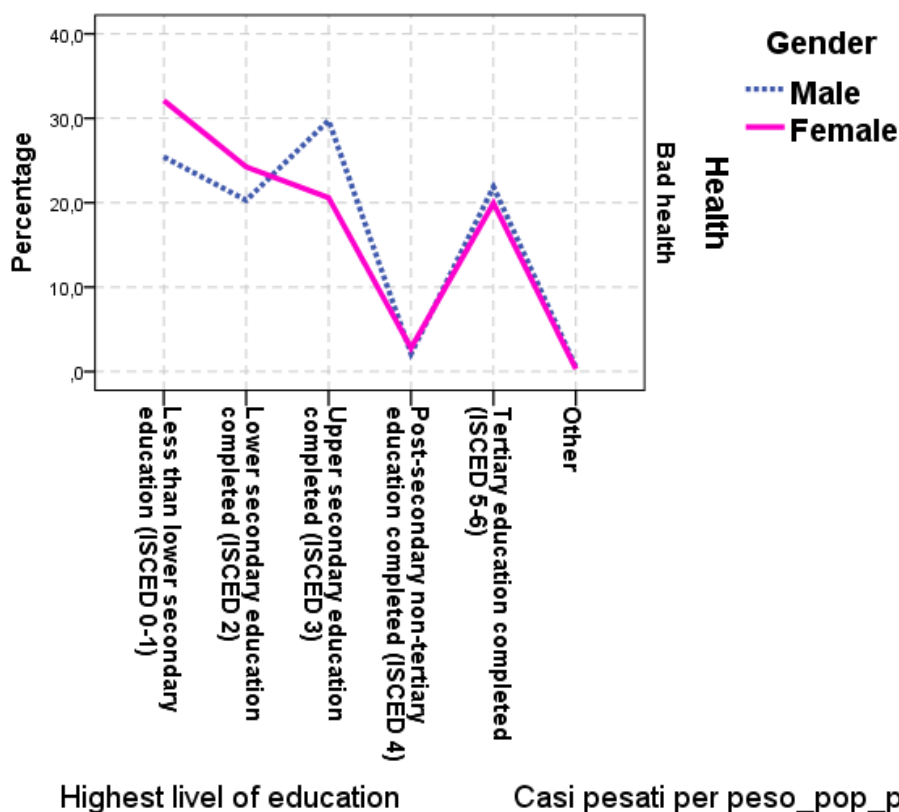
Questa stessa differenza negli Uomini è invece più bassa ed è pari al 3,5%.

Il *Gap di Genere in Salute Percepita* va dal 6,7% a sfavore delle Donne nella fascia più bassa di *Scolarità*, al 2,0% in quella più alta, corrispondente all'*Educazione* universitaria (Tab. 31).

Da rilevare un *Gap di Salute* questa volta a sfavore degli Uomini nella fascia di *Scolarità* ISCED 3 pari al 9,1%.

Una maggiore *Scolarità quindi*, oltre ad associarsi ad una migliore percezione di *Salute Femminile*, sembra determinare anche una importante diminuzione delle differenze di *Salute* tra i due Generi.

Graf. 10 *Cattiva Salute Percepita (Bad + Very Bad) %, per Genere e Scolarità.*



Tab. 31 *Distribuzione per Genere della Popolazione in Cattiva Salute Percepita (Bad + Very Bad) (% di colonna) secondo il livello di Istruzione . Differenze Maschi-Femmine.*

Health binaria	Highest level of education	Gender		Difference males minus females
		Male	Female	
Bad	Less than lower secondary education (ISCED 0-1)	25.4	32.1	-6.7
	Lower secondary education completed (ISCED 2)	20.3	24.2	-3.9
	Upper secondary education completed (ISCED 3)	29.7	20.6	9.1
	Post-secondary non-tertiary education completed (ISCED 4)	2.1	2.8	-0.7
	Tertiary education completed (ISCED 5-6)	21.9	19.9	2.0
	Other	0.5	0.3	0.2
	Total	100.0	100.0	-

N. 5.993

Healthbinaria		Value	df	Sig. asint. (2 vie)
Bad Health	Chi-Square of Pearson	86.046	5	0.000

Tab. 32 *Regressione logistica di Healthbinaria (0=buona Salute 1=cattiva Salute) su Genere (0=Maschio 1=femmina) Fasce di Età (inserita come variabile discreta) e Scolarità (inserita come variabile categoriale) (Livello più basso di Scolarità=ISCED 0 più alta=ISCED 6).*

	B	E.S.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Gender	0.287	0.030	90.597	1	0.000	1.332
Age Groups	0.476	0.009	2571.235	1	0.000	1.610
Highest level of education			436.557	5	0.000	
(ISCED 0-1)	0.421	0.240	3.062	1	0.080	1.523
(ISCED 2)	0.257	0.241	1.135	1	0.287	1.292
(ISCED 3)	-0.096	0.240	0.159	1	0.690	0.909
(ISCED 4)	-0.188	0.249	0.569	1	0.451	0.829
(ISCED 5-6)	-0.467	0.241	3.742	1	0.053	0.627
Costant	-4.874	0.248	386.963	1	0.000	0.008

N. 62.666

La regressione di *Healthbinaria* su *Gender* e *Scolarità* (controllando per *Età*), mostra il basso impatto della variabile *Scolarità* sulla *Salute* ed il *Genere* che rimane ancora una volta un fondamentale determinante di *Salute* (Tab. 32).

7.8 Percezione di Salute delle Donne e Lavoro Retribuito

Al fine di approfondire la relazione tra la *Salute* Femminile e le numerose variabili ambientali che rivestono un importante ruolo di cofattorialità, si è ritenuto utile controllare anche la relazione tra la *Salute* Percepita e l'aver svolto un *Lavoro Retribuito* negli ultimi 7 giorni.

Tab. 33 *Distribuzione del Genere per Lavoro Retribuito negli ultimi 7 giorni.*

Doing last 7 days: paid work	Gender		Total
	Male	Female	
No	44.4	58.1	51.6
Yes	55.6	41.9	48.4
Total	100.0	100.0	100.0

N. 63.672

	Value	df	Sig. asint. (2 vie)	Sig. esatta (2 vie)	Sig. esatta (1 via)
Chi-Square of Pearson	1196.202	1	0.000		
Fisher Exact Test				0.000	0.000

I dati mostrano che solo il 41,9% delle Donne afferma di avere svolto un *Lavoro Retribuito* negli ultimi 7 giorni, contro il 55,6% degli Uomini, con una differenza del 13,7% (Tab. 33). Il test del chi-quadrato conferma la significatività di tali differenze.

Tab. 34 *Cattiva Salute Percepita (Bad + Very Bad) per Genere (% di riga) per Lavoro Retribuito negli ultimi 7 giorni. In blu alcuni valori Maschili, in rosso Femminili.*

healthbinaria	Gender	Doing last 7 days: paid work		Total
		No	Yes	
Bad Health	Male	34.7	47.2	37.1
	Female	65.3	52.8	62.9
	Totale	100.0	100.0	100.0
Total	Male	40.6	54.3	47.2
	Female	59.4	45.7	52.8
	Totale	100.0	100.0	100.0

N. 63.463

Doing last 7 days: paid work	Valore	df	Sig. asint. (2 vie)	Sig. esatta (2 vie)	Sig. esatta (1 via)
Chi-quadrato di Pearson	272,694	1	0,000		
Test esatto di Fisher				0,000	0,000

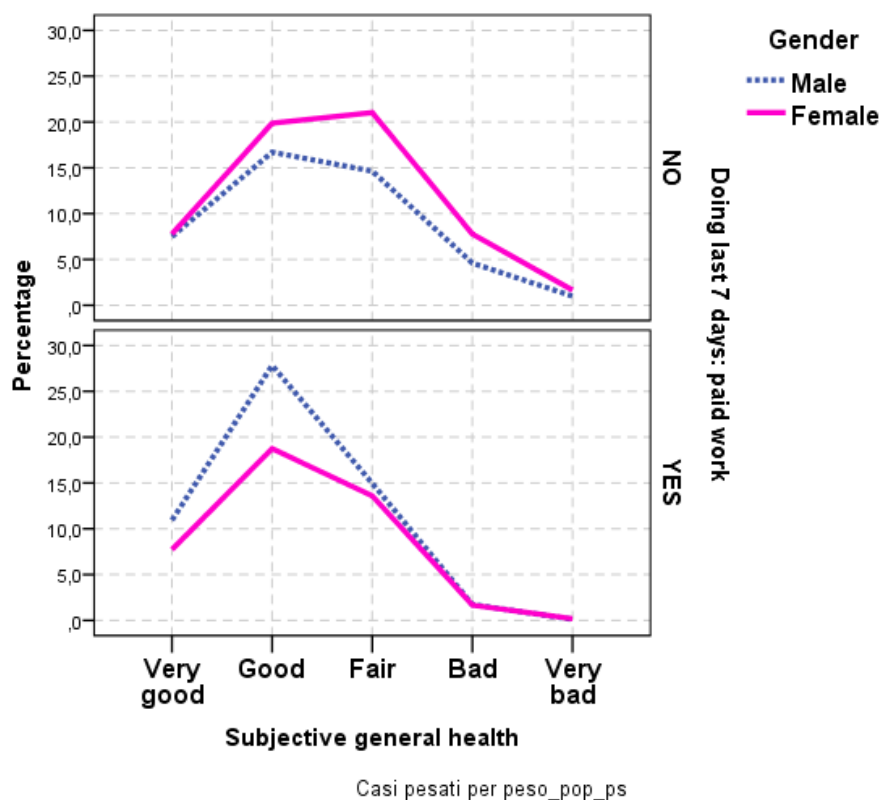
Da quanto descritto dalla Tabella sovrastante, risulta che, tra coloro che non hanno svolto un *Lavoro Retribuito* negli ultimi 7 giorni, le Donne dichiarano cattiva *Salute* in una percentuale pari all' 65,3% (Uomini 34,7%) (Tab. 34).

Il dato Femminile si riduce al 52,8% nel caso contrario (Uomini 47,2%). La differenza di cattiva *Salute* tra lavoratrici e non lavoratrici è pari al 13,7%

Interessante rilevare come le donne risentano maggiormente degli uomini del favorevole effetto di un *Lavoro* retribuito sulla buona *Salute*. Infatti, al contrario, gli Uomini dichiarano peggiore *Salute* se hanno percepito un *Reddito* da *Lavoro* negli ultimi 7 giorni. Questa

differenza equivale a ben il 12,5% ed è facilmente visualizzata anche nel successivo Graf.11.

Graf. 11 Salute Percepita (%) per Lavoro Retribuito e Genere.



Tab. 34 bis *Regressione logistica di Healthbinaria (0=buona Salute 1=cattiva Salute) su Genere (0=Maschio 1=femmina) Fasce di Età (inserita come Variabile discreta) e Lavoro Retribuito (inserita come variabile dicotomica 0=no 1=si).*

	B	E.S.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Gender	0.222	0.030	53.688	1	0.000	1.249
Age Groups	0.383	0.009	1760.333	1	0.000	1.467
Paid Work	-1.279	0.041	979.493	1	0.000	0.278
Costant	-3.956	0.072	3015.851	1	0.000	0.019

N.57.252

La regressione di *Healthbinaria* su *Genere* e *Lavoro Retribuito* negli ultimi 7 giorni (controllando per *Età*), conferma la significatività della variabile *Lavoro* senza eliminare, anche in questo caso, la significatività del *Genere* (Tab. 34 bis).

7.9 Percezione di Salute delle Donne e Reddito

Valutando l'origine della principale fonte di Reddito familiare, scopriamo che per gli Uomini nel 60,6% dei casi essa proviene da “retribuzione da salario”, per le Donne questa stessa voce è pari al 58,4%. Per quanto riguarda la provenienza da “Lavoro autonomo o agricolo” questo riguarda il sesso Maschile nel 10,7%, quello Femminile nel 7,0%.

L'unica fonte di Reddito in cui prevale il sesso Femminile è unicamente quello da “pensione”, dichiarato dalle Donne nel 28,9% e dagli Uomini nel 22,2% (Tab. 35).

Tab. 35 *Fonte principale di Reddito (% di riga) per Genere. In blu alcuni valori Maschili, in rosso Femminili.*

Gender	Main source of household income						
	Wages or salaries	Income from self-employment or farming	Pensions	Unemployment/ redundancy benefit	Any other social benefits or grants	Income from investments, savings etc.	Income from other sources
Male	60.6	10.7	22.2	2.2	2.0	0.6	1.7
Female	58.4	7.0	28.9	1.6	2.2	0.4	1.5
Total	59.4	8.8	25.7	1.9	2.1	0.5	1.6

N. 61.700

Procedendo nell'analisi dei dati, prendiamo atto all'istante che le Donne possiedono sempre una situazione reddituale inferiore.

Nei primi 3 decili più bassi di *Reddito* si colloca il 34,9% delle Donne contro il 28,7% degli Uomini (Donne + 6,2%).

Nei tre decili più alti il 24,3% delle Donne ed il 29,1% degli Uomini (Uomini + 4,8 %). Intorno al quinto decile possiamo notare una sovrapposizione di *Reddito* tra i due Generi (Tab. 36).

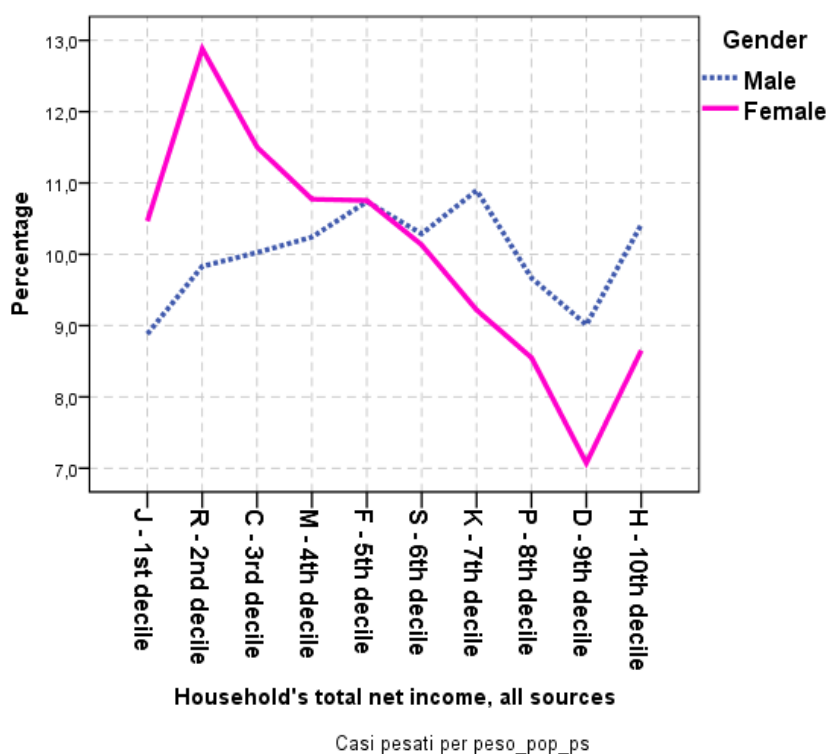
Tab. 36 *Distribuzione per Genere della Popolazione del Campione secondo i Decili di Reddito (% di colonna). In blu alcuni valori Maschili, in rosso Femminili.*

Household's total net income. all sources	Gender		Total
	Male	Female	
J - 1st decile	8.9	10.5	9.7
R - 2nd decile	9.8	12.9	11.4
C - 3rd decile	10.0	11.5	10.8
M - 4th decile	10.2	10.8	10.5
F - 5th decile	10.7	10.8	10.7
S - 6th decile	10.3	10.1	10.2
K - 7th decile	10.9	9.2	10.0
P - 8th decile	9.7	8.6	9.1
D - 9th decile	9.0	7.1	8.0
H - 10th decile	10.4	8.6	9.5
Total	100.0	100.0	100.0

N. 49.728

	Valore	df	Sig. asint. (2 vie)
Chi-quadrato di Pearson	312.561	9	0.000

Graf. 12 *Distribuzione del Reddito (%) per Genere.*



Il Grafico della distribuzione del *Reddito* per *Genere* di appartenenza (Graf. 12) mostra, con sufficiente chiarezza, una linea di suddivisione costituita dal 5° decile che si erge a confine tra basso ed

alto *Reddito*, ma soprattutto per quello che interessa il nostro *Lavoro*, a punto di incontro del *Reddito* dei due sessi. La presenza delle Donne è nettamente predominante nelle prime quattro fasce di *Reddito* e tende a scendere dal quinto decile in poi in maniera costantemente progressiva. Al contrario, possiamo rilevare come il *Genere* Maschile dimostri una minore variabilità di presenza tra i diversi decili di *Reddito*, ma anche, come avremo modo di verificare successivamente, una variabilità inferiore, rispetto alle donne, della *Salute* in relazione al *Reddito* posseduto, dimostrando una minore sensibilità alle variazioni di *Reddito* per quanto riguarda la percezione di *Salute*.

Prima di procedere nello studio della variabile *Reddito* sulla *Salute*, si è ritenuto produttivo di informazioni, approfondire la relazione esistente tra *Reddito*, *Genere* e *Scolarità* (Tab. 37).

Tab. 37 *Distribuzione della Popolazione Campione secondo il livello di Reddito (Low=primi 5 Decili, High= ultimi 5 Decili) (% di riga), per Genere nei vari livelli di Scolarità. In blu alcuni valori Maschili, in rosso Femminili.*

Highest level of education	Gender	Income	
		Low	High
Minus than lower secondary education (ISCED 0-1)	Male	84.2	15.8
	Female	84.9	15.1
	Totale	84.6	15.4
Lower secondary education completed (ISCED 2)	Male	65.5	34.5
	Female	71.9	28.1
	Totale	68.9	31.1
Upper secondary education completed (ISCED 3)	Male	50.4	49.6
	Female	54.4	45.6
	Totale	52.4	47.6
Post-secondary non-tertiary education completed (ISCED 4)	Male	45.3	54.7
	Female	51.6	48.4
	Totale	48.5	51.5
Tertiary education completed (ISCED 5-6)	Male	25.5	74.5
	Female	34.4	65.6
	Totale	30.2	69.8
Other	Male	60.2	39.8
	Female	57.1	42.9
	Totale	58.9	41.1
Total	Male	49.7	50.3
	Female	56.4	43.6
	Totale	53.2	46.8

N. 49.679

All'aumentare del livello di *Istruzione* aumenta la percentuale di individui che posseggono *Reddito* alto, ma sempre in una percentuale maggiore nel sesso Maschile, e questo prevalentemente nei livelli più alti di *Istruzione* (Tab. 37). Tale risultato potrebbe derivare sia da difficoltà a ricoprire ruoli lavorativi di alto livello, responsabilità e retribuzione, sia a disparità salariali anche a pari livello lavorativo tra Uomini e Donne, ma anche alle difficoltà che hanno quest'ultime a sostenere gli obblighi lavorativi senza venir meno a quelli che sono gli impegni familiari, che possono limitare appunto questa loro disponibilità. Si è così analizzata a fondo la relazione *Reddito/Salute*, attraverso l'elaborazione di tabelle per singolo *Genere*.

Tab. 37.1 *Distribuzione della popolazione Maschile nei vari Decili di Reddito (% di riga), per i livelli di Salute Percepita.*

Gender	Subjective general Health	Household's total net income. all sources									
		J - 1st decile	R - 2nd decile	C - 3rd decile	M - 4th decile	F - 5th decile	S - 6th decile	K - 7th decile	P - 8th decile	D - 9th decile	H - 10th decile
Male	Very good	6.1	7.7	8.3	9.2	10.0	10.1	11.4	12.5	11.3	13.5
	Good	8.2	8.8	9.8	9.4	10.6	11.2	10.9	9.9	9.9	11.3
	Fair	9.4	11.5	10.1	11.2	11.4	10.4	11.4	8.3	7.6	8.7
	Bad	17.3	13.4	14.7	14.8	10.4	5.2	7.7	7.0	4.7	4.7
	Very Bad	18.5	18.5	16.0	7.6	8.0	6.5	9.1	10.9	0.7	4.0
	Total	8.9	9.8	10.0	10.2	10.7	10.3	10.9	9.7	9.0	10.4

N. 23.669

Gender		Valore	df	Sig. asint. (2 vie)
Male	Chi-quadrato di Pearson	773,827	36	0,000

Tab.37.2 *Distribuzione della popolazione Femminile nei vari Decili di Reddito (% di riga), per i livelli di Salute Percepita.*

Gender	Subjective general Health	Household's total net income. all sources									
		J - 1st decile	R - 2nd decile	C - 3rd decile	M - 4th decile	F - 5th decile	S - 6th decile	K - 7th decile	P - 8th decile	D - 9th decile	H - 10th decile
Female	Very good	6.6	8.3	10.5	9.4	10.0	11.4	11.6	10.3	10.1	11.8
	Good	9.2	10.1	10.0	10.4	11.5	10.6	9.8	9.6	8.3	10.7
	Fair	11.2	14.8	12.4	11.7	10.6	10.1	8.8	8.2	5.8	6.5
	Bad	17.5	22.3	15.6	10.8	9.3	7.2	5.6	4.2	3.2	4.3
	Very Bad	17.1	23.2	11.8	10.5	13.8	6.8	6.8	4.6	2.6	2.8
	Total	10.5	12.9	11.5	10.7	10.8	10.1	9.2	8.6	7.1	8.6

N. 25.920

Gender		Value	df	Sig. asint. (2 vie)
Female	Chi-Square of Pearson	1245.990	36	0.000

Ebbene, osservando le tabelle 37.1 e 37.2 riscontriamo per le Donne un'alta percentuale di cattiva *Salute* percepita relativamente al secondo decile di Reddito (22,3% Bad vs il 13,4% Maschile) ed una progressiva diminuzione al crescere del Reddito disponibile.

Per le Donne nel quarto decile la cattiva *Salute* percepita diminuisce dal 15,6% al 10,8%, per gli Uomini aumenta dal 14,7% al 14,8%, mettendo in luce la maggiore sensibilità della *Salute* Femminile al Reddito posseduto.

Muovendo verso l'obiettivo principale della nostra ricerca, che è sempre quello di individuare eventuali variabili altamente predittive della cattiva *Salute* Femminile, mettiamo in luce che la differenza di Cattiva *Salute* Percepita in relazione al più alto ed al più basso decile di *Reddito*, è per le Donne del 20,3% mentre per gli Uomini è del 16,7% (Tab. 38).

Il delta di *Genere* in cattiva *Salute* Percepita varia dall' 8,1% nel secondo decile a sfavore delle Donne all'1,3% nel decimo ed ultimo questa volta a sfavore degli Uomini (Tab. 38).

Tab. 38 *Popolazione che si percepisce in Cattiva Salute (Bad + Very Bad) per Genere e Decili di Reddito (% di colonna). Differenza Maschi-Femmine. In blu alcuni valori importanti Maschili, in rosso Femminili.*

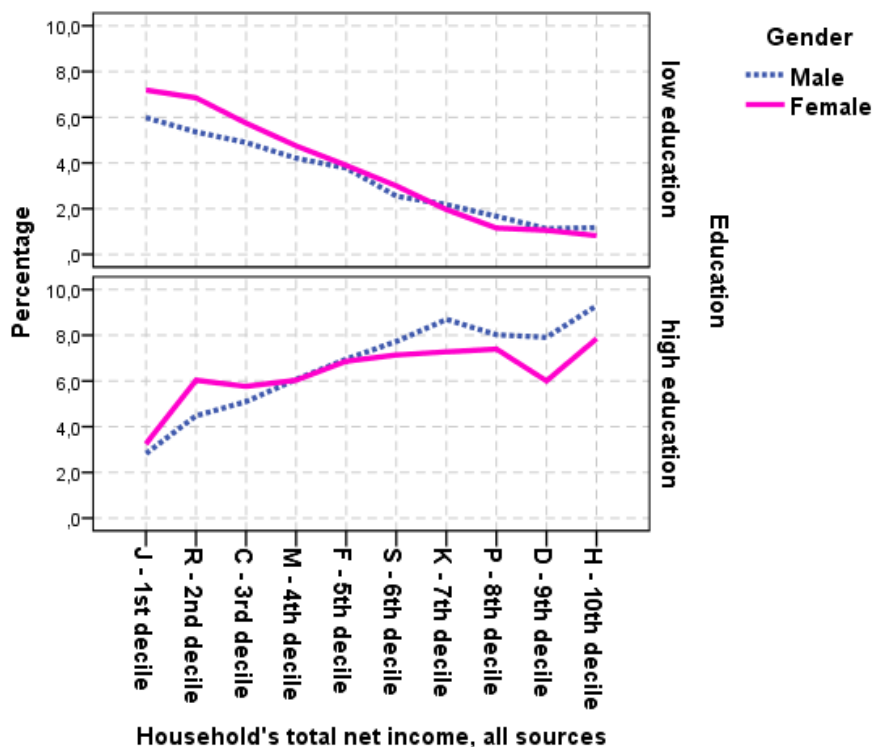
Household's total net income. all sources	Male	Female	Difference in Bad Health M-F
J - 1st decile	19.5	21.8	-2.3
R - 2nd decile	18.8	26.9	-8.1
C - 3rd decile	15.2	16.1	-0.9
M - 4th decile	13.5	11.1	2.4
F - 5th decile	9.7	7.8	1.9
S - 6th decile	6.4	5.8	0.6
K - 7th decile	6.1	3.7	2.4
P - 8th decile	4.8	3.4	1.4
D - 9th decile	3.1	1.8	1.3
H - 10th decile	2.8	1.5	1.3

N. 4.914

Passando dal terzo decile di *Reddito* al quarto, il Gap di *Genere* nella *Salute*, che nei primi tre risultava a sfavore delle Donne, cambia direzione inaspettatamente, questa volta a sfavore degli Uomini (Tab. 38). Infatti, dopo il terzo decile di *Reddito* sono gli Uomini a dichiarare sempre una peggiore *Salute* Percepita.

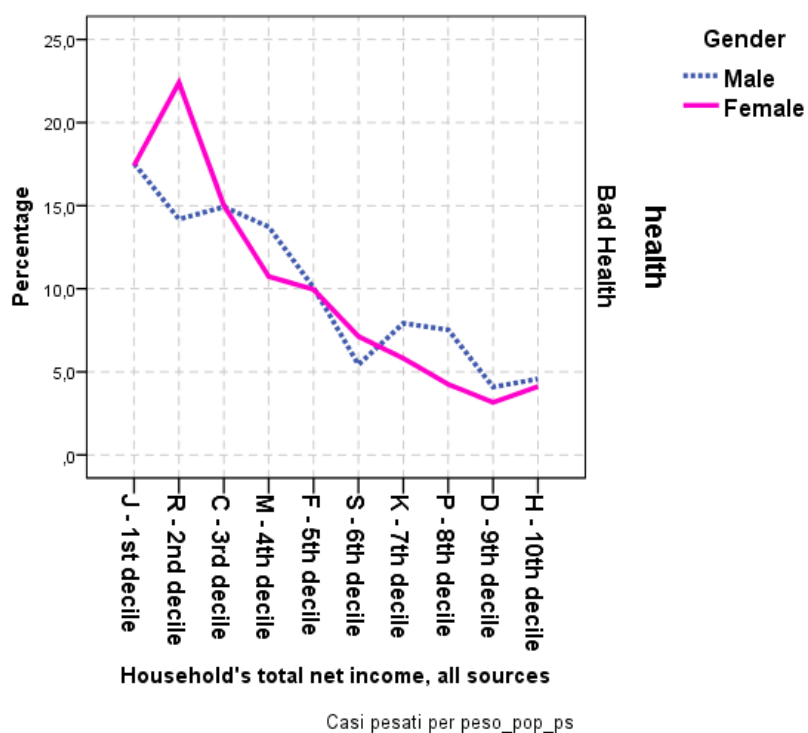
Il *Genere* Femminile sembra risentire molto dei benefici legati all'aumento della disponibilità economica a loro favore. Donne con medio *Reddito* a disposizione, manifestano una percezione della propria *Salute* molto simile a quella degli Uomini appartenenti alla stessa fascia economica, fino a superare in buona *Salute* gli Uomini nelle classi alte di *Reddito*. E cioè una posizione economica propizia sembra poter ridurre la distanza tra i due sessi nella percezione di *Genere* della *Salute*.

Graf. 13 *Uomini e Donne (%) suddivisi per Livello di Istruzione basso e rispettivamente alto, appartenenti ai vari Decili di Reddito per il Genere.*



Casi pesati per peso_pop_ps

Graf. 14 *Popolazione con Cattiva Salute Percepita, modalità Bad Health, per Genere e Reddito.*

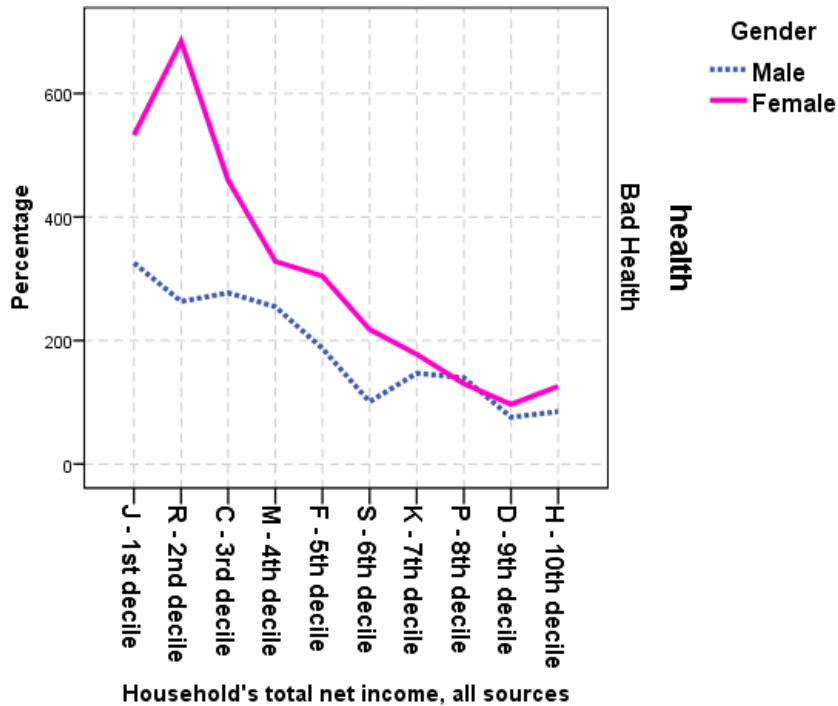


Questa importante osservazione può essere visualizzata chiaramente nel Graf. 14, il quale evidenzia come la cattiva percezione di *Salute* Femminile sia particolarmente sensibile ai redditi bassi fino al terzo decile, per poi cadere repentinamente ed essere superata dalla curva Maschile. Nello stesso Grafico possiamo stimare la relazione inversa tra *Salute* Femminile e *Reddito*.

Quanto osservato nel precedente Grafico risulta maggiormente evidente se consideriamo solo la modalità Bad di *Salute* utilizzando i numeri assoluti (1.897 Uomini e 3.161 Donne).

In questo caso il decrescere della cattiva *Salute* Femminile al crescere della disponibilità economica risulta essere ancora più evidente (Graf. 15). In esso appare anche la sostanziale minore variabilità della curva di cattiva *Salute* Maschile rispetto a quella Femminile, in relazione al *Reddito* posseduto.

Graf. 15 *Popolazione con Cattiva Salute Percepita (valori assoluti) solo modalità Bad, per Genere e Reddito.*



Casi pesati per peso_pop_ps

Tab. 39 *Cattiva Salute percepita (% di colonna) per Reddito (Variabile Binaria dove Basso Reddito=Decili da 1 a 5 Alto Reddito= Decili da 6 a 10) e Scolarità (Variabili binaria dove bassa Scolarità= ISCED da 1 a 2 ed Alta Scolarità=ISCED da 3 a 5) per Genere.*

Income	Health	Education	Gender		Difference in Bad Health M-F
			Male	Female	
Low Income	Bad	Lower Education (mode 1 e 2)	55.1	64.1	-9.0
		Higher Education (mode 3- 4-5)	44.9	35.9	-9.0
		Difference in Bad Health for Education	10.2	28.2	-18
High Income	Bad	Lower Education (mode 1 e 2)	25.4	26.2	-0.8
		Higher Education (mode 3- 4-5)	74.6	73.8	0.8
		Difference in Bad Health for Education	-49.2	-47.6	1.6

N. 4.892

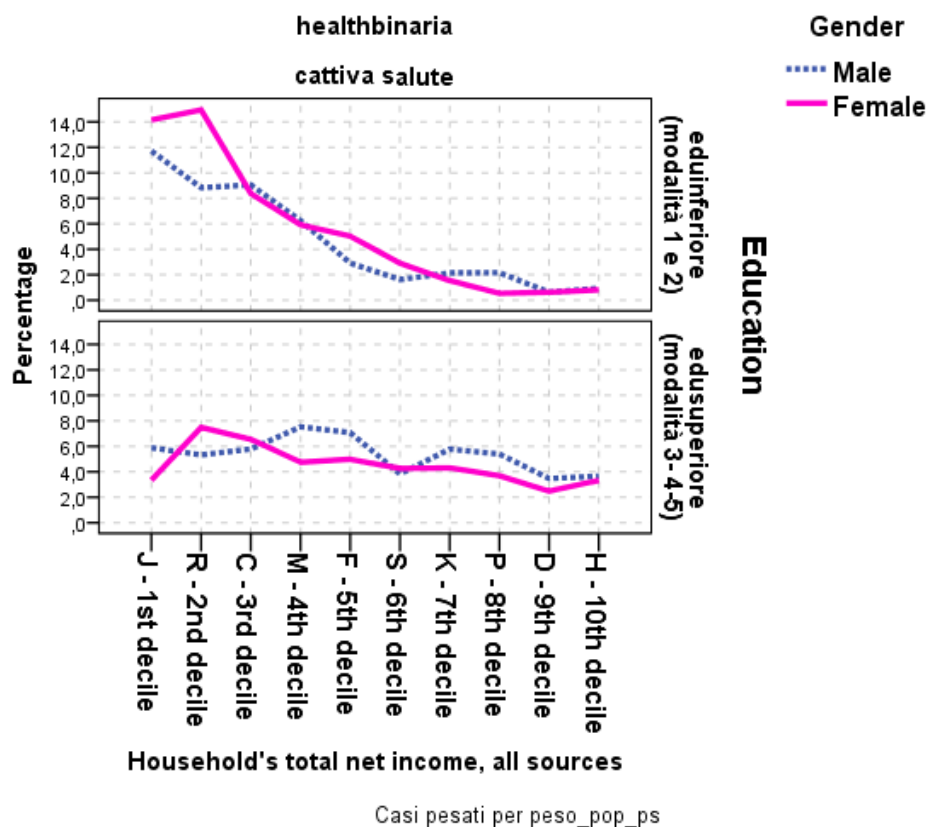
Income Binary	Health Binary		Value	df	Sig. asint. (2 vie)	Sig. esatta (2 vie)	Sig. esatta (1 via)
Low Income	Bad Health	Chi-Square	28.168	1	0.000		
		Fisher Exact Test				0.000	0.000
High Income	Bad Health	Chi-Square	0.108	1	0.742		
		Fisher Exact Test				0.748	0.396
Total	Bad Health	Chi-Square	33.422	1	0.000		
		Fisher Exact Test				0.000	0.000

Supponendo l'esistenza di una influenza a più livelli e direzioni tra Genere, Reddito e Scolarità si è proceduto con uno studio delle tre variabili prese insieme (Tab. 39).

Per Redditi bassi troviamo che le Donne risentono fortemente di una *Scolarità* Superiore. Infatti, vedono ridurre la loro Percezione di Cattiva *Salute* di 28.2 punti percentuali contro i 10.2 degli uomini in caso di Alta Scolarità.

In caso di alto Reddito, le percentuali di cattiva *Salute* fra i due Generi tendono ad assomigliarsi con una prevalenza di cattiva *Salute* maschile in caso di alto Reddito ed alta Scolarità (+1.6%) (Tab. 39).

Graf. 16 *Cattiva Salute Percepita (Bad + Very Bad) %, per Reddito, Genere e Scolarità variabile binaria.*



La regressione di *Healthbinaria* su *Gender* e *Reddito* (controllando per *Età*), conferma la significatività della variabile *Reddito* e della variabile *Genere* (Tab. 40).

Tab. 40 *Regressione logistica di Healthbinaria (0=buona Salute 1=cattiva Salute) su Genere (0=Maschio 1=Femmina) Fasce di Età (inserita come variabile discreta) e Reddito espresso in decili (dove 1=Reddito più basso 10=Reddito più alto) inserita come variabile discreta.*

	B	E.S.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Gender	0.227	0.034	44.050	1	0.000	1.255
Age Groups	0.445	0.010	1805.237	1	0.000	1.560
Income	-0.201	0.007	785.483	1	0.000	0.818
Costant	-3.740	0.087	1843.425	1	0.000	0.024

N. 62.997

Eseguendo una regressione logistica con tutte le variabili considerate, tra le quali il *Reddito* in tutti i suoi decili, acquisiamo che la *variabile Genere* risulta essere sempre significativa (Tab. 41).

Tab. 41 *Regressione logistica di Healthbinaria (0=buona Salute 1=cattiva Salute) su Genere (0=Maschio 1=femmina) Fasce di Età, Scolarità, Disabilità, Lavoro Retribuito, Stato Civile (inserite tutte come variabili discrete) e Reddito espresso in decili (dove 1= Reddito più basso 10=Reddito più alto) ed inserita come variabile discreta.*

	B	E.S.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Gender	0,117	0,042	7,821	1	0,005	1,125
Age Groups	0,144	0,016	81,964	1	0,000	1,155
Hampered			4460,115	2	0,000	
Hamp. Yes a lot	3,916	0,059	4441,952	1	0,000	50,190
Hamp. Yes to some extent	2,196	0,050	1891,562	1	0,000	8,989
Marital status			62,050	5	0,000	
Legally married	0,249	0,067	13,639	1	0,000	1,283
In a legally registered civil union	0,307	0,316	0,943	1	0,331	1,360
Legally separated	-0,082	0,287	0,082	1	0,775	0,921
Legally divorced/civil union dissolved	0,477	0,081	35,145	1	0,000	1,612
Widowed/civil partner died	0,550	0,081	46,167	1	0,000	1,733
Education	-0,027	0,007	14,376	1	0,000	0,974
Paid Work	-0,747	0,056	179,781	1	0,000	0,474
Income (all the Deciles)	-0,105	0,009	130,385	1	0,000	0,900
Costant	-4,046	0,115	1242,736	1	0,000	0,017

N. 62.997

Poiché abbiamo avuto modo di mostrare in precedenza quanto il Reddito influenzi la *Salute* Percepita, e come la variabile Genere sia determinante sulla stessa *Salute*, avendo verificato nella precedente regressione come l'inserimento della variabile Reddito in tutti i suoi decili non altera la significatività del Genere, si provvede ad eseguire una regressione con l'inserimento dei soli primi 8 decili di Reddito. Anche in questo caso la significatività del Genere sulla *Salute* rimane imm modificata (Tab.41 bis).

Tab. 41 bis *Regressione logistica di Healthbinaria (0=buona Salute 1=cattiva Salute) su Genere (0=Maschio 1=femmina) Fasce di Età, Scolarità, Disabilità, Lavoro Retribuito, Stato Civile (inserite tutte come variabili discrete) e Reddito espresso solamente nei suoi primi 8 Decili ed inserita come variabile discreta.*

	B	E.S.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Gender	0.126	0.043	8.458	1	0.004	1.135
Age Groups	0.144	0.016	77.165	1	0.000	1.155
Hampered			4116.560	2	0.000	
Hampered Yes a lot	3.891	0.061	4101.845	1	0.000	48.974
Hampered Yes to some extent	2.168	0.052	1732.295	1	0.000	8.743
Marital status			60.193	5	0.000	
Legally married	0.265	0.070	14.317	1	0.000	1.303
In a legally registered civil union	0.442	0.333	1.761	1	0.184	1.556
Legally separated	-0.061	0.288	.045	1	0.832	0.941
Legally divorced/civil union dissolved	0.486	0.083	34.643	1	0.000	1.626
Widowed/civil partner died	0.559	0.083	45.544	1	0.000	1.748
Education	-0.029	0.007	14.972	1	0.000	0.972
Paid Work	-0.763	0.059	167.040	1	0.000	0.466
Income (all the first eight Deciles)	-0.112	0.011	102.666	1	0.000	0.894
Costant	-4.021	0.119	1135.564	1	0.000	0.018

N. 39.896

Proseguendo poi nell'osservazione dei dati, se consideriamo per la regressione logistica solamente gli ultimi due decili più alti di

Reddito, vediamo scomparire la significatività del *Genere* di appartenenza.

E cioè nei decili alti di *Reddito* la variabile *Genere* perde significatività rispetto alla *Salute Percepita* (Tab.42).

Tab. 42 *Regressione logistica di Healthbinaria (0=buona Salute 1=cattiva Salute) su Genere (0=Maschio 1=femmina) Fasce di Età, Scolarità, Disabilità, Lavoro Retribuito, Stato Civile (inserite tutte come variabili discrete) e Reddito (solamente gli ultimi due decili) inserita come variabile discreta.*

	B	E.S.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Gender	-0.017	0.165	0.011	1	0.918	0.983
Age Groups	0.139	0.066	4.460	1	0.035	1.149
Education	-0.003	0.020	.019	1	0.890	0.997
Hampered			350.127	2	0.000	
Hampered Yes a lot	4.281	0.231	344.144	1	0.000	72.346
Hampered Yes to some extent	2.615	0.202	167.652	1	0.000	13.666
Paid work	-0.642	0.178	13.004	1	0.000	0.526
Marital status			1.643	5	0.896	
Legally married	0.076	0.259	0.085	1	0.770	1.079
In a legally registered civil union	-0.780	1.095	0.507	1	0.476	0.458
Legally separated	-16.566	9415.055	0.000	1	0.999	0.000
Legally divorced/civil union dissolved	0.344	0.371	0.858	1	0.354	1.410
Widowed/civil partner died	0.182	0.448	0.166	1	0.684	1.200
Income (only the last two Deciles)	0.175	0.162	1.169	1	0.280	1.192
Costant	-6.686	1.604	17.364	1	0.000	0.001

N. 7.004

Utilizzando i valori dell'Odds ratio ottenuti dalle regressioni eseguite, siamo in grado di elaborare diversi modelli previsionali di cattiva *Salute*, che possono aiutarci a valutare la forza delle diverse variabili studiate, ma soprattutto del *Genere* di appartenenza che abbiamo visto mantenere sempre una importante significatività sulla *Salute Percepita*.

Tab. 43 *Regressione logistica. Variabile dipendente Healthbinaria. Confronto fra modelli a diverse variabili.*

Variables	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5	Model 6	Model 7	Model 8
	Odds ratio	Odds ratio	Odds ratio	Odds ratio	Odds ratio	Odds ratio	Odds ratio	Odds ratio
<i>Gender</i>	1.430***	1.368***	1,299***	1.153***	1.119**	1.125**	1.135**	0,983
<i>Age Groups</i>		1.693***	1,369***	1.300***	1.177***	1.155***	1.155***	1,149'
<i>Hampered Yes a lot</i>			59,011***	60.197***	53.255***	50.190***	48.974***	72,346***
<i>Hampered Yes to some extent</i>			10,15***	10.519***	9.891***	8.989***	8.743***	13,666***
<i>Legally married</i>				1.016	1.170**	1.283***	1.303***	1,079
<i>In a legally civil union</i>				1.215	1.412	1.360	1.556	0,458
<i>Legally separated</i>				0.938	1.064	0.921	0.941	0.000
<i>Legally divorced</i>				1.481***	1.748***	1.612***	1.626***	1,410
<i>Widowed/civil partner died</i>				1.652***	1.780***	1.733***	1.748***	1,200
<i>Education</i>				0.948***	0.963***	0.974***	0.972***	0,997
<i>Paid Work</i>					0.411***	0.474***	0.466***	0,526***
<i>Income (all the deciles)</i>						0.900***		
<i>Income (only the first eight deciles)</i>							0.894***	
<i>Income (only the last two deciles)</i>								1.192
<i>Costant</i>	0.055***	0.006***	0.004***	0.005***	0.011***	0.017***	0.018***	0.001***
<i>R-Squared Cox e Snell</i>	0.002	0.064	0.187	0.196	0.201	0.207	0.218	0.75
<i>R-Squared di Nagelkerke</i>	0.006	0.142	0.414	0.428	0.439	0.443	0.440	0.329
<i>N.</i>	62997	62997	62997	62997	62997	62997	39896	7004

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

La Tab. 43 mostra 8 modelli a diverse variabili indipendenti ma sempre con variabile dipendente Health.

Nei modelli, la variabile *Genere* è sempre significativa tranne che nell'ottavo modello.

✓ **Modello 1: Salute Percepita e Genere.**

Il primo modello che prende in esame la *Salute Percepita* ed il *Genere*, riconosce la variabile *Genere* fortemente significativa, vale a dire il *Genere* di appartenenza sembra influenzare fortemente la percezione di *Salute* (Odds Ratio 1.430).

✓ *Modello 2: Salute Percepita Genere ed Età.*

Il secondo modello che analizza insieme la *Salute Percepita* il *Genere* e l'*Età*, riconosce la variabile *Genere* ancora fortemente significativa, e cioè il *Genere* di appartenenza sembra influenzare fortemente la percezione di *Salute* anche a prescindere dall'*Età*, la quale comunque dimostra un importante impatto sulla *Salute* (Odds Ratio 1.368).

✓ *Modello 3: Salute Percepita, Genere, Età e Disabilità*

La presenza di un'altra variabile rappresentata dalla *Disabilità* riferita, mostra, soprattutto nella sua modalità "*Molta Disabilità*", un forte peso sulla *Salute* percepita. Malgrado ciò non riesce a ridurre la forza del *Genere* (Odds Ratio 1.299).

✓ *Modello 4: Salute Percepita, Genere, Età, Disabilità, Stato Civile e Scolarità.*

Nel *modello 4* tutte le variabili esercitano a vario modo la loro forza sulla *Salute Percepita*. Nello Stato Civile, sono significative le modalità riguardanti lo stato Divorziato e Vedovo. La Scolarità invece non mostra una grande forza in associazione alle altre variabili. Il *Genere* nonostante le interferenze rimane significativo (Odds ratio 1,153).

✓ *Modello 5: Salute Percepita, Genere, Età, Disabilità, Stato Civile, Scolarità e Lavoro Retribuito.*

Nel *modello 5* il *Lavoro Retribuito* non mostra particolare forza in associazione alle altre variabili sulla *Salute*. Il *Genere* nonostante l'influsso a vario titolo e misura di tutte le variabili coinvolte, attesta il suo valore di Odds ratio a 1,119.

✓ *Modello 6: Salute Percepita, Genere, Età, Disabilità, Scolarità, Stato Civile, Lavoro Retribuito e Reddito tutti i decili*

In questo *sesto modello* viene introdotta la variabile *Reddito* in tutti i suoi decili. Notiamo che, mentre tutte le altre variabili mutano, seppur

di poco, la loro forza, il *Genere* migliora il valore di Odds ratio del modello precedente (Odds Ratio 1.125).

- ✓ *Modello 7: Salute Percepita, Genere, Età, Disabilità, Scolarità, Stato Civile, e Lavoro Retribuito e Reddito solo i primi 8 decili.*

Il *Modello 7* che prevede l'inserimento della variabile *Reddito* solo nei suoi primi 8 Decili, prova che il *Genere* mantiene sempre la sua forte significatività sulla *Salute* (Odds Ratio 1.135).

- ✓ *Modello 8: Salute Percepita, Genere, Età, Disabilità, Scolarità, Stato Civile, e Lavoro Retribuito e Reddito solo gli ultimi due decili.*

Il *Modello 8* che contempla l'introduzione della variabile *Reddito* solo nei suoi due ultimi e più alti decili, determina in questo solo ed unico caso la perdita di significatività del *Genere* sulla *Salute Percepita* (Odds Ratio 0,983).

Possiamo perciò confermare quanto già dimostrato nelle pagine precedenti, e cioè che la variabile *Genere* influenza la *Salute Percepita* ma non nei livelli alti di *Reddito*. Vale a dire che per gli appartenenti alle classi redditualmente agiate, il *Genere* non influenza la percezione di *Salute*.

8. Banca Dati Eurostat e *Salute* Femminile

A conferma dei precedenti risultati ottenuti attraverso l'analisi del campione di microdati della European Social Survey, abbiamo voluto verificare la stessa relazione tra *Salute* Femminile e principali Determinanti di *Salute* anche utilizzando i dati della Banca Eurostat. Eurostat è l'Ufficio Statistico dell'Unione Europea con sede a Lussemburgo. Il suo mandato è quello di fornire statistiche di alta qualità riguardanti l'Europa. Eurostat è stata fondata nel 1953 per soddisfare i requisiti della Comunità del carbone e dell'acciaio. Nel corso degli anni il suo compito si è allargato e quando la Comunità europea è stata fondata nel 1958 è divenuta Direzione Generale della Commissione Europea. Oggi, Eurostat fa parte del portafoglio del Commissario per l'occupazione, gli affari sociali, la mobilità professionale e del *Lavoro*. Il suo compito principale è fornire all'Unione Europea statistiche a livello europeo che consentano confronti tra Paesi.

8.1 Eurostat: *Aspettativa di Vita*

Il file di dati utilizzato concerne il sondaggio statistico europeo su *Reddito e Condizioni di Vita* (EU-SILC) contenente variabili sullo stato di *Salute* - il cosiddetto *Modulo Europeo Minimo di Salute* (MEHM):

- ✓ *Salute* auto-percepita nelle modalità Very Good/Good/Fair/ Bad
- ✓ Morbilità cronica
- ✓ Limitazione delle attività - *Disabilità* - in funzione di sesso, *Età*, stato lavorativo, *Scolarità* e quintili di *Reddito*

EU-SILC è un'indagine generale permanente sulla popolazione e le variabili di *Salute* coprono il settore "*Salute Pubblica*" che vede coinvolte persone dai 16 anni in su che vivono in case private. I Paesi interessati sono gli Stati membri dell'UE, Islanda, Norvegia, Svizzera,

Turchia. Più precisamente Paesi EU-27 dal 2005 in poi e UE-28 dal 2010 in poi. I dati delle statistiche Eurostat sono diffusi dal 2004. Attraverso l'analisi dei dati forniti si osserva che il campione preso in considerazione è composto da 3700 unità come indicato dalla Tab. 44

Tab. 44 *Composizione del campione intervistati Eurostat anni 2004-2013.*

	Frequency	Percentage	Valid percentage	Cumulated Percentage
Females	1850	50.0	50.0	50.0
Males	1850	50.0	50.0	100.0
Total	3700	100.0	100.0	

Eurostat Data

Se esaminiamo l'aspettativa di vita ad un anno di *Età*, nell'Unione Europea a 27 Paesi, e prendiamo gli anni 2004 e 2013 come estremi per la nostra ricerca, essa risulta in media aumentata maggiormente per gli Uomini (Tab.45).

Tab. 45 *Popolazione del campione Eurostat appartenente a tutti i Paesi della EU, anni 2004-2013. Aspettativa di vita ad un anno di Età espressa in anni.*

Years	Female	Male	Difference F - M
2004	81.5	75.2	6.3
2013	83.3	77.8	5.5
Difference 2013 - 2004	1.8	2.6	-0.8

È un dato piuttosto sorprendente, poiché ci mostra come il sesso Maschile stia diminuendo il Gap di anni di vita totali che aveva nei confronti del sesso Femminile. E cioè le Donne stanno perdendo progressivamente il Gap di aspettativa di vita che fino ad ora è stato sempre a loro favore.

Ciò risulta essere confermato anche in Italia dove gli Uomini attualmente aumentano la loro aspettativa di vita più velocemente dell'altro sesso. Infatti tra il 2004 ed il 2013 l'aspettativa di vita è aumentata del 2,3% per il sesso Maschile, e solamente dell'1,5% per il sesso Femminile, con una differenza Maschi/Femmine a sfavore di queste ultime pari allo 0,8% (Tab. 46).

Tab. 46 *Dati Eurostat. Aspettativa di vita ad un anno di Età (%) in Italia. Anni 2004-2013.*

Years	Female	Male	Difference F - M
2004	83.7	78.0	5.7
2013	85.2	80.3	4.9
Difference 2004-2013	1.5	2.3	-0.8

Il dato ottenuto non è certamente privo di significato, poiché mostra in costante diminuzione il Gap di longevità che è stato fino ad ora a favore del sesso Femminile.

Il nuovo trend, vede gli Uomini aumentare la loro aspettativa di vita più velocemente dell'altro sesso, tendenza che risulta essere confermata anche in Italia (Tab. 46). La differenza Femmine/Maschi è a sfavore delle Donne, sia in Europa che in Italia, ed è pari allo 0,8%.

Considerando che la longevità è un fenomeno comunque in espansione per entrambi i sessi, anche se appunto a diversa velocità, ci si può ragionevolmente chiedere quale sia il motivo di questa differenza e soprattutto con quale difformità nei diversi Paesi.

8.2 Eurostat: Cattiva Salute Percepita

Sarà utile percorrere dapprima una panoramica nei vari stati europei in merito alla Cattiva Salute Percepita, in un panorama temporale che abbraccia gli anni 2004, 2005 e 2013. Ne deriva un quadro che vede una situazione diversificata. Il dato totale europeo vede scendere la percezione di cattiva Salute negli Uomini dello 0,9% dal 2004 al 2012 nelle Donne dell'1,1% (Tab. 47).

In Europa, sono sempre le Donne a dichiarare peggiore Salute, ma il Gap Uomo-Donna tende a diminuire seppure di poco, con una differenza tra gli anni 2004 e 2012 pari allo 0,2% (Tab. 47).

Tab. 47 *Composizione del campione Eurostat, tutti gli Stati della EU a 27 Paesi, anni 2005-2012. Cattiva Salute Percepita Bad (%) Uomini e Donne.*

GEO	TIME							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
European Union (27 countries) male	7.5	7.3	6.9	6.4	6.5	6.5	6.5	6.6
European Union (27 countries)female	9.5	9.5	9.1	8.2	8.2	8.0	8.2	8.4
Difference between men and women	-2.0	-2.2	-2.2	-1.8	-1.7	-1.5	-1.7	-1.8

Tab. 48 *Cattiva Salute Percepita Bad (%) in Europa. Anni 2004, 2005, 2013. In rosso i valori maggiormente significativi. In blu i valori riferiti all'Italia*

	2004	2005	2013	Difference in Bad health 2004-2013	Difference in Bad health 2005-2013
European Union (28 countries)	:	:	8.0	:	:
European Union (27 countries)	:	8.8	7.9	.	0,9
Belgium	6.9	6.3	7.1	-0,2	:
Bulgaria	:	:	9.0	:	.
Czech Republic	:	10.5	10.5	:	0
Denmark	6.1	5.5	5.5	0,6	.
Germany	:	7.8	6.6	.	0,8
Estonia	11.4	13.1	13.1	-2,7	:
Ireland	2.8	2.8	2.7	0,1	:
Greece	6.3	6.3	7.6	-1,3	:
Spain	10.7	10.0	6.5	3,8	:
France	8.6	8.5	7.6	1,0	:
Croatia	:	:	20.6	:	:
Italy	8.5	8.1	9.5	-1,0	:
Cyprus	:	7.4	6.1	:	0,7
Latvia	:	16.1	13.2	:	2,9
Lithuania	:	16.7	15.4	:	1,3
Luxembourg	7.8	6.5	6.9	0,9	:
Hungary	:	17.3	12.1	:	5,2
Malta	:	4.4	3.5	:	1,1
Netherlands	:	4.3	4.5	:	-0,2
Austria	6.9	6.7	7.3	-0,4	:
Poland	:	15.0	12.0	:	3,0
Portugal	15.6	14.8	13.8	1,8	:
Romania	:	:	7.6	:	:
Slovenia	:	13.1	8.7	:	4,4
Slovakia	:	12.5	9.8	:	2,7
Finland	7.1	7.3	5.8	1,3	:
Sweden	5.6	4.4	3.2	2,4	:
United Kingdom	:	5.9	6.7	:	-0,8
Iceland	4.3	3.8	4.4	-0,1	:
Norway	7.2	5.6	7.1	0,1	:
Switzerland	:	:	3.1	:	:
Montenegro	:	:	13.0	:	:
Yugoslav Republic of Macedonia	:	:	:	:	:
Serbia	:	:	18.6	:	:
Turkey	:	:	:	:	:

Se analizziamo in dettaglio i singoli stati troviamo l'Estonia che vede i propri abitanti aumentare la percezione di cattiva *Salute* del 2,7%, l'Ungheria migliorarla del 5,2% (Tab. 48).

Tab. 49 *Cattiva Salute Percepita modalità Bad (%) per anno e per Genere. Solo Italia. Differenza M-F in cattiva Salute per ciascun anno preso in considerazione.*

Gender	Time									
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Male	6.8	6.6	7.0	6.6	7.0	6.7	5.7	7.8	7.2	
Female	9.5	9.0	10.1	9.8	9.6	9.5	8.4	11.0	10.4	
Difference men minus women for year	-2.7	-2.4	-3.1	-3.2	-2.6	-2.8	-2.7	-3.2	-3.2	

In questo panorama l'Italia si schiera purtroppo con gli Stati che hanno peggiorato la propria percezione di *Salute*, esattamente dell'1% sempre tra gli anni che vanno dal 2004 al 2013, unendosi alla Grecia (-1,3%) ma anche al Regno Unito (-0,8%) (Tab.48).

Pertanto, da quanto sopra (Tab.49), si evince che in Italia la percezione di *Salute* è peggiore rispetto alla media europea. Per gli Uomini raggiunge il 7,2% contro il 6,6% europeo (differenza pari a 0,6%). Per le Donne il 10,4% contro l'8,4 europeo (differenza pari a 2,0%).

Da notare anche un altro importante risultato ai fini della nostra ricerca. Il Gap di *Salute* Uomo /Donna che in Europa nel 2012 è pari all'1,8% (Tab. 47) in Italia raggiunge il 3,2% (Tab. 49).

8.3 Eurostat: Scolarità e Salute Percepita

Se rapportiamo la *Salute* Percepita con il sesso, l'*Età* e la *Scolarità*, appare un forte legame positivo esistente tra il livello di *Educazione Scolastica* e la *Salute* delle Donne nell'Unione Europea.

Tab. 50 *Cattiva Salute Percepita % (modalità Bad) in Europa per Genere e Basso livello di Educazione Scolastica (0-2=pre-primaria+primaria+secondaria inferiore).*

Years	Female	Male	Difference Females –Males for Year
2004	17.4	12.7	4.7
2013	22.4	15.9	6.5
Difference In bad Health 2013-2004 for Gender	5.0	3.2	1.8

Dal 2004 al 2013 la percentuale di Donne in cattiva *Salute* con un titolo di studio inferiore alla scuola secondaria superiore è aumentata del 5% mentre quella degli Uomini del 3,2% (Tab. 50).

Sempre negli stessi anni la percentuale di Donne in cattiva *Salute* con un titolo di studio universitario è diminuita dello 0,2%, mentre quella degli Uomini risulta aumentata dell'1% (Tab. 51).

Tab. 51 *Cattiva Salute Percepita % (modalità Bad) in Europa per Genere e Alto livello di Educazione Scolastica (5 e 6=Istruzione Terziaria).*

Time	Women	Man	Difference Females –Males for Year
2004	2.6	2.8	-0.2
2013	2.4	3.8	-1.4
Difference In bad Health 2013-2004 for Gender	-0.2	1.0	0.8

Considerando il solo anno 2013, le Donne più istruite dichiarano una percentuale di Cattiva *Salute* inferiore di 20 punti percentuali rispetto alle meno istruite, passando dal 2,4% (Tab. 51) al 22,4 (Tab. 50).

Negli Uomini questa stessa differenza risulta pari al 12,1%. Appare chiaro l'effetto di protezione sulla *Salute* Femminile esercitata dal possesso di una *Scolarità* superiore. Questa riesce a determinare anche la inversione del delta di *Genere* in *Salute*, questa volta a sfavore dei Maschi.

Per valori di bassa *Scolarità* aumenta la cattiva *Salute* Femminile, al contrario per valori di alta *Scolarità* aumenta la cattiva *Salute* Maschile.

I dati potrebbero lasciar ipotizzare che una più alta *Educazione Scolastica*, associata a migliori condizioni economiche, produca stili di vita più salutari, accrescendo anche le competenze in ogni settore, compreso l'utilizzo dei servizi sanitari a disposizione.

8.4 Eurostat: *Disabilità e Salute Percepita*

Anche la *Disabilità* mostra un rapporto inversamente proporzionale alla *Scolarità*. I dati Eurostat rivelano che le Donne con alta *Scolarità* dichiarano una percentuale di *Disabilità* inferiore del 20,5% rispetto alle appartenenti a classi inferiori di *Educazione Scolastica*. Per gli Uomini questa stessa differenza è pari al 10,4% (Tab. 52).

Tab. 52 *Europa: Popolazione che dichiara molta Disabilità (%) per Genere e Scolarità. Anno 2013. Dati Eurostat.*

<i>Education</i>	Female	Male	Difference Females – Males in Disability
Primary	45.2	35.8	9.4
Tertiary	24.7	25.4	-0.7
Difference in disability for education and Gender	20.5	10.4	10.1

I dati ESS avevano precedentemente confermato anch'essi questo trend rispettivamente con valori per le Donne di meno 21,7 punti percentuali di *Disabilità*, per gli Uomini di 15,2 punti percentuali (Tab. 53).

Tab. 53 *Europa: Popolazione che dichiara molta Disabilità (%) per Genere e Scolarità. Anno 2013. Dati Banca ESS.*

<i>Education</i>	Female	Male	Difference Females – Males in Disability
Primary	42.1	33.3	8.8
Tertiary	20.4	18.1	2.3
Difference in disability for education and Gender	21.7	15.2	6.5

N. 62.644 Year 2013 ESS Data

Quanto sopra attesta una relazione inversa tra la *Scolarità* posseduta e la *Disabilità*. Questa relazione inversa appare molto più forte nel sesso Femminile.

8.5 Eurostat: Reddito e Salute

Per quanto riguarda la relazione *Reddito/Salute*, possiamo dichiarare che il *Reddito*, ritenuto proxy del contesto sociale ed economico in cui vive la persona, se considerato nel suo quintile più alto, è associato ad una diminuzione della *Disabilità* Femminile di 11,6 punti percentuali e di quella Maschile di 7,8 punti percentuali (Tab. 54).

Proprio il delta di *Disabilità* Uomo/Donna riferito al *Reddito* è pari a 3,8%, risulta essere molto simile al dato ricavato precedentemente dall'analisi dei dati della ESS, e corrispondente al 5,0% (Tab. 55).

Tab. 54 *Europa: Disabilità (%) per Genere, Età e Reddito (primo e quinto quintile). Dati EUROSTAT.*

Year 2013	Female	Male	Difference Females- Males
First quintile	38.4	32.9	5.5
Quintus Quintile	26.8	25.1	1.7
Difference in Disability for Income	-11.6	-7.8	3.8

Tab. 55 *Europa: Disabilità di lunga data o problemi di Salute (%) per Genere, Età e Reddito (primo e decimo decile). Dati ESS.*

Income	Female	Male	Difference Females - Males
First decile	44.8	37.1	7.7
Tenth decile	15.6	12.9	2.7
Difference in Disability for Income	-29.2	-24.2	5.0

Year 2012 ESS Data

La *Disabilità* Femminile risulta essere quindi molto sensibile al *Reddito* posseduto. Secondo i dati ESS dià analizzati e riguardanti l'anno 2012, nel primo decile la differenza di *Disabilità* Maschi/Femmine è del 7,7% (Tab. 55). Questa scende molto considerando il decile più alto di *Reddito*, dove arriva ad essere del 2,7%, riducendosi perciò di 5 punti percentuali.

Anche nella Tab. 54 riguardante i dati Eurostat il risultato vede comunque diminuire la *Disabilità* Femminile in relazione al *Reddito* posseduto.

8.6 Eurostat: Ricoveri Ospedalieri

Il dato Eurostat relativo ai ricoveri ospedalieri può essere di supporto nella conferma del già evidenziato Gap di *Salute* tra i due sessi.

Nella Banca Dati Eurostat non è riportato un valore Europeo, ma il valore per i singoli Stati.

In Italia i ricoveri ospedalieri (per centomila abitanti) sono in Generica diminuzione, riteniamo anche probabilmente per i recenti restrittivi criteri di spending review, ma nonostante ciò le Donne risultano essere sempre numericamente prevalenti (Tab. 56).

Tab. 56 *Italia: N° ricoveri ospedalieri (valori assoluti/100.000 abitanti).*

Years	Female	Male	Difference Females - Males
2004	16.079	15.201	878
2013	12.755	11.974	781
Difference 2004-2013	-3.324	-3.227	97

8.7 Eurostat: Indicatore HLY (Healthy Life Years)

È stato elaborato dalla Banca Eurostat un indicatore di anni di vita in buona *Salute*, denominato HLY (*Healthy Life Years*), il quale misura per ciascuna *Età*, la previsione di anni di vita restanti liberi da gravi problemi di *Salute*, esenti da *Disabilità* e malattie invalidanti.

L'HLY è un indicatore strutturale riconosciuto nella strategia di Lisbona. Tra le sue principali funzioni troviamo quelle di:

- ✓ *Monitorare la Salute in quanto fattore produttivo/economico*
- ✓ *Introdurre il concetto di qualità di vita*
- ✓ *Misurare l'occupabilità dei lavoratori anziani*
- ✓ *Controllare i progressi compiuti in termini di accessibilità, qualità e sostenibilità dell'assistenza sanitaria.*

Perciò usare l'indicatore HLY significa poter prevedere la spesa sanitaria pubblica associata ad un eventuale stato di *Malattia*, ma

anche misurare la produttività economica collegata all' efficienza lavorativa del singolo.

Uno stato di buona *Salute* è correttamente indicato quindi non tanto dall'allungamento tout court della vita media, quanto dall'aumento, appunto, di questo indice HLY, capace di mostrare un più veritiero collegamento longevità/*Salute*.

Prendendo in considerazione gli anni di vita rimanenti in buona *Salute*, scopriamo che questi sono in diminuzione e, contrariamente a quanto ci si potrebbe aspettare, date le generali migliorate condizioni economiche e di assistenza sanitaria, ci si ammala in *Età* sempre più giovane. Riscontriamo infatti, una sensibile riduzione dell'*Età* in cui si manifesta uno stato di *Malattia e/o Disabilità*.

Attraverso l'elaborazione dei dati Eurostat (Tab. 57) individuiamo che mentre nel 2004 le Donne dichiaravano l'inizio di uno stato di cattiva *Salute* a 71 anni, nel 2013 lo hanno dichiarato a 60,9 anni, con un anticipo di 10,1 anni. Questo dato ci sembra piuttosto significativo ed anche preoccupante se risulterà confermato anche nei prossimi anni. Per gli Uomini questo anticipo risulta più contenuto ed è pari a 6,9 anni, con una differenza totale a sfavore delle Donne del 3,2% (Tab. 57).

Tab. 57 *Unione Europea. Anni di vita vissuti in buona Salute.*

Years	Female	Male	Difference Females - Males
2004	71.0	68.7	2.3
2013	60.9	61.8	- 0.9
Difference 2004/2013	10.1	6.9	3.2

Otteniamo inoltre un altro importante fatto. Tra gli anni 2004 e 2013 c'è stata una inversione di *Genere* rispetto agli anni vissuti in buona *Salute*. Più precisamente, nel 2004 le Donne vivevano 2,3 anni in più degli Uomini in buona *Salute*. Nel 2013 invece ben 0,9 anni di meno. Le Donne sembrano risentire fortemente di Determinanti di *Salute* che, nonostante l'apparente miglioramento delle condizioni

generali di vita, interferiscono comunque con la loro esistenza, arrivando a minarne lo stato psico-fisico, ed intervenendo negativamente sia sulla loro longevità in generale, sia sul totale degli anni di vita trascorsi in buona *Salute*.

9. Donne Immigrate e Salute

Nei due precedenti studi eseguiti sui dati ESS e sulla Banca Dati Eurostat, abbiamo preso in considerazione le differenze di *Genere* nella *Salute* Percepita, riuscendo a dimostrare come questo Gap sia presente in tutti i Paesi e come il *Reddito* e la *Scolarità*, insieme allo *Stato Civile*, sono in grado di influenzare la *Salute* Femminile. Si è voluta approfondire anche la *Salute* delle Donne immigrate in relazione a quella delle Donne Native, nei Paesi presi in considerazione dalla Banca Dati ESS, ritenendo questo un dato eventualmente utile alla ricerca.

Per lo studio sono stati utilizzati ancora una volta i dati micro dell'ultimo turno della *European Social Survey ESS Round 6 (European Social Survey Round 6 Data (2012). Data file edition 2.1. Norwegian Social Science Data Services, Norway – Data Archive and distributor of ESS data for ESS ERIC)* integrato con i Paesi europei mancanti in quest'ultimo Round, e presi una sola volta nel più recente dei Round precedenti. Si è proceduto ad una analisi delle differenze di *Salute* presenti fra immigrati e Nativi, muovendosi successivamente alla verifica delle differenze eventuali fra immigrati Donne e Uomini, nei diversi Stati, al fine di verificare sia la presenza che l'intensità del Gap di *Genere* nella *Salute* anche nelle Donne immigrate, continuando poi con una comparazione con le Donne Native in relazione a diverse variabili.

Tab. 58 *Frequenza Nativi e non Nativi nel totale dei Paesi considerati (ESS Round 6 - anno 2012).*

Born in country	Frequency	Percentage
Yes	58.440	91.7
No	5.279	8.3
Total	63.719	100.0

Tra i non Nativi il 46,9% è di sesso Maschile mentre il 53,1% è di sesso Femminile. Osservando le caratteristiche dei non Nativi dei

Paesi considerati per l'indagine ESS corrispondono a 5279 unità, l'8,3% del totale della popolazione totale intervistata pari a 63 719 unità (Tab. 58).

Tab. 59 *Nativi e non Nativi (% di riga) per Genere.*

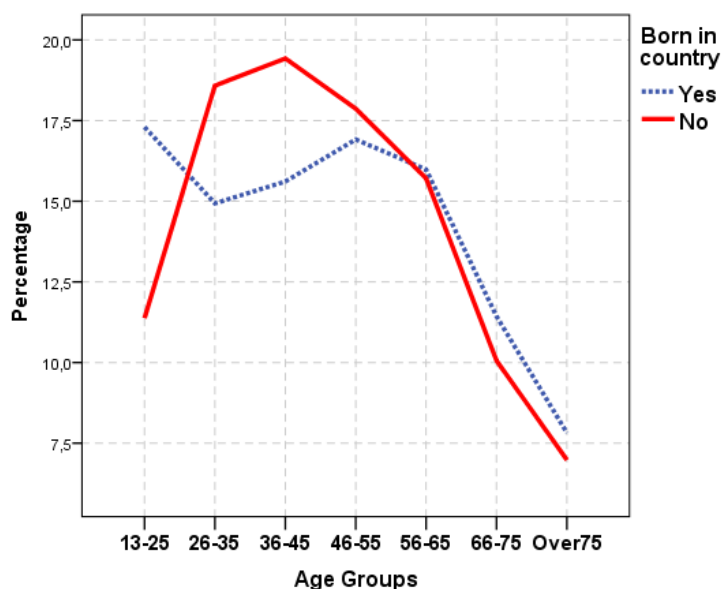
Born in country	Gender	
	Male	Female
Yes	47.2	52.8
No	46.9	53.1
Total	47.2	52.8

N. 63.646

Le Donne prevalgono sia tra i Nativi che i non Nativi, con una percentuale di poco prevalente tra questi ultimi, 53,1% vs 52,8% (Tab. 59). In totale i non nativi rappresentano circa l'8% del totale del campione studiato per la ricerca.

Ci sembra interessante analizzare in maniera più dettagliata le fasce di *Età* che compongono i due gruppi. Tra i non Nativi prevalgono gli appartenenti alle fasce comprese tra i 26 ed i 55 anni (Tab. 59, Graf. 17).

Graf. 17 *Nativi e non Nativi (%) per Fasce di Età.*



Casi pesati per peso_pop_ps

Analizzando anche il *Genere* di appartenenza degli intervistati in relazione alla *Fascia di Età*, le Donne Native prevalgono sui Maschi Nativi nella *Fascia di Età* oltre i 75 anni (Maschi Nativi -25%), mentre le Donne non Native prevalgono sui Maschi non Nativi nella *Fascia di Età* 56-65 anni (Maschi non Nativi -24,8 %) (Tab. 60).

Tab. 60 *Nativi e non Nativi (%) per Fascia di Età e Genere.*

Ageafasce	Born in country	Male	Female
13-25	Yes	50.8	49.2
	No	52.4	47.6
26-35	Yes	50.4	49.6
	No	49.8	50.2
36-45	Yes	47.7	52.3
	No	49.8	50.2
46-55	Yes	49.5	50.5
	No	48.8	51.2
56-65	Yes	43.5	56.5
	No	37.6	62.4
66-75	Yes	45.5	54.5
	No	44.4	55.6
oltre 75	Yes	37.5	62.5
	No	41.6	58.4
Total	Yes	47.2	52.8
	No	46.9	53.1

N.63.647

Possiamo presumere che l'essere presente in un Paese diverso dal proprio di origine, sia legato alla eventuale necessità di svolgere una qualche attività lavorativa e che questa sia appunto legata ad una *Età* appropriata allo scopo.

I dati ci mostrano poi che ben il 66,9% dei non Nativi è in possesso della cittadinanza del Paese ospitante (Tab. 61). Questo sembra deporre a favore di una caratteristica non certo temporanea e recente del campione di immigrati da noi preso in considerazione.

Tab. 61 *Possesso della Cittadinanza del Paese ospitante (% di colonna) dei non Nativi.*

Citizen of country	No Born in country	Percentage
Yes	3.532	66.9
No	1.738	32.9

N. 5.279

9.1 Immigrate e Salute Percepita

Per quanto riguarda l'accostamento di *Salute* tra Native e non Native, ad una prima osservazione, e senza distinzione di *Genere*, osserviamo che i Nativi dichiarano una percezione di *Salute* lievemente peggiore dei non Nativi (Tab. 62). I Nativi manifestano una modalità di *Salute* Very good in una percentuale inferiore al 4,8% rispetto ai non Nativi, e Cattiva *Salute* Percepita (Bad + Very Bad) con un valore pari a 9,5% (non Nativi 8,7%).

Non conosciamo invero le ragioni di questo risultato ma, sempre in base a quanto prima affermato, potrebbero trasferirsi in altri Paesi per fini lavorativi, soprattutto le persone in migliore *Salute* e la popolazione nativa essere rappresentata da persone più anziane.

Tab. 62 *Salute Percepita (% di colonna) Nativi e non Nativi.*

Subjective general Health	Born in country		Health Difference Native-non-native
	Yes	No	
Very good	16.5	21.3	-4.8
Good	41.5	40.1	1.4
Fair	32.4	29.9	2.5
Bad	8.0	7.4	0.6
Very Bad	1.5	1.3	0.2

N. 63.514

Proseguendo nello studio, e ricorrendo anche alla variabile *Genere*, siamo in grado di osservare che le Donne non Native esprimono cattiva *Salute* in una percentuale lievemente inferiore rispetto alle Native, pari ad una differenza dello 0,7% (Tab. 63).

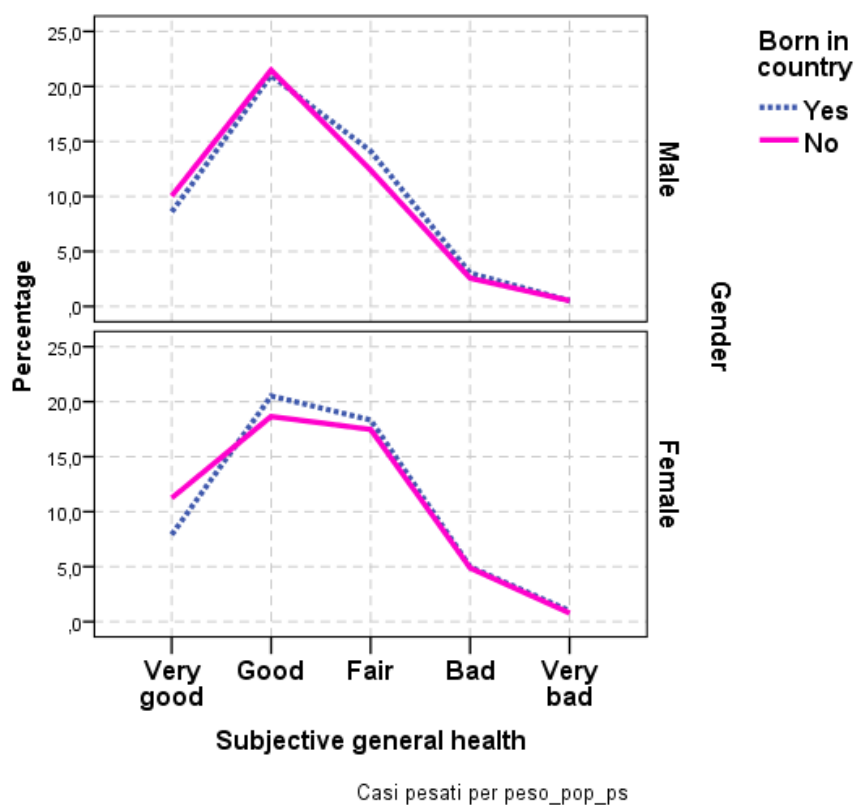
Nello stesso tempo però siamo in grado di sottolineare come siano sempre le Donne a dichiarare peggiore *Salute*, ma anche che il Gap di *Genere* in *Salute* è lievemente maggiore tra i non Nativi ed è pari al 4,1% a sfavore delle Donne (Tab. 63).

Tab. 63 *Cattiva Salute Percepita solo Bad e Very Bad, le altre modalità non sono evidenziate per comodità di lettura (% di colonna) per Genere Nativi e non Nativi nel Paese considerato.*

Born in country	Subjective general Health	Male	Female	Health Difference Males/females
Yes	Bad	6.4	9.5	-3.1
	Very Bad	1.1	1.9	-0.8
	Total Bad health natives	7.5	11.4	-3.9
No	Bad	5.5	9.2	-3.7
	Very Bad	1.1	1.5	-0.4
	Total Bad health non-native	6.6	10.7	-4.1

N. 63.442

Graf. 18 *Stato di Salute percepito per Genere, Nativi e non Nativi.*



9.2 Immigrate Scolarità e Salute Percepita

Si controllano ora le differenze riguardanti il titolo di studio tra Nativi e non Nativi in correlazione al *Genere* di appartenenza.

Osservando i dati illustrati nella Tab. 64 scopriamo che, tra i Maschi, i non Nativi sono maggiormente numerosi percentualmente sia nei livelli più bassi (+ 0,9) che in quelli più alti di *Scolarità* (+ 2,0). Tra le Donne sono le Native ad essere maggiormente presenti nei livelli bassi di *Scolarità* (+2,4) rispetto alle non Native, non Native che prevalgono invece nei livelli più alti di *Scolarità* (+5,8). Risulta inoltre interessante segnalare le differenze di *Genere* in *Scolarità* tra i due gruppi.

Infatti per la modalità bassa *Scolarità* riscontriamo: + 3,9 % per le Donne Native rispetto agli Uomini Nativi e + 0,6% per le Donne per le non Native vs Uomini non Nativi, e cioè una maggiore presenza percentuale delle Donne Native del 3,3%. Mentre per la modalità alta *Scolarità*: meno 1,2 per le Donne Native vs Uomini Nativi, + 2,6% per le Donne non Native vs. Uomini non Nativi, con una differenza tra Donne Native e non pari al 3,8%.

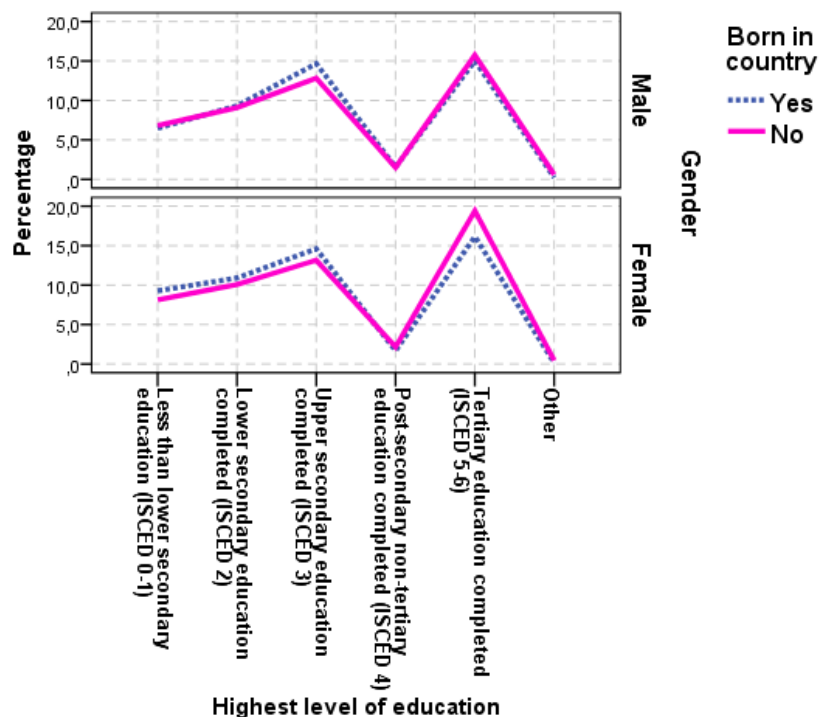
Tab. 64 *Livello di Scolarità posseduto (% di colonna) Nativi e non Nativi per Genere.*

Gender	Highest level of education	Born in country		Total
		Yes	No	
Male	Minus than lower secondary education (ISCED 0-1)	13.7	14.6	13.8
	Lower secondary education completed (ISCED 2)	19.8	19.5	19.7
	Upper secondary education completed (ISCED 3)	31.0	27.5	30.7
	Post-secondary non-tertiary education completed (ISCED 4)	3.3	3.2	3.3
	Tertiary education completed (ISCED 5-6)	31.8	33.8	31.9
	Other	0.4	1.3	0.5
	Total	100.0	100.0	100.0
Female	Minus than lower secondary education (ISCED 0-1)	17.6	15.2	17.4
	Lower secondary education completed (ISCED 2)	20.7	18.9	20.5
	Upper secondary education completed (ISCED 3)	27.7	24.6	27.4
	Post-secondary non-tertiary education completed (ISCED 4)	3.2	4.1	3.3
	Tertiary education completed (ISCED 5-6)	30.6	36.4	31.1
	Other	0.2	0.9	0.3
	Total	100.0	100.0	100.0

N. 63.490

Gender		Value	df	Sig. asint. (2 vie)
Male	Chi-Square of Pearson	45.835	5	0.000
Female	Chi-Square of Pearson	87.014	5	0.000
Total	Chi-Square of Pearson	114.246	5	0.000

Graf. 19 *Livello di Scolarità posseduto (%) Nativi e non Nativi per Genere.*



Casi pesati per peso_pop_ps

Il Grafico precedente non sembra rilevare grandi differenze di *Scolarità* Nativi vs non Nativi. Da segnalare comunque una percentuale di maggiore *Scolarità* nel livello ISCED 3 nei Nativi di entrambi i Generi e per le Donne una maggiore *Scolarità* ISCED 5-6 tra le non Native.

Tab. 65 *Cattiva Salute Percepita Bad + Very Bad (% di riga) Nativi e non Nativi per Scolarità (Bassa=modalità 1+2 Alta= modalità 3+4+5). Solo Uomini.*

health Gender Highest level of education	Born in country		Difference nativi non nativi
	Yes	No	
Less than lower secondary education (ISCED 0-1)	24.7	34.6	-9.9
Lower secondary education completed (ISCED 2)	20.1	21.6	-1,5
Upper secondary education completed (ISCED 3)	30.2	23.5	6.7
Post-secondary non-tertiary education completed (ISCED 4)	2.0	3.7	-1.7
Tertiary education completed (ISCED 5-6)	22.3	16.7	5.6
Other	0.6		
Total	100.0	100.0	

N. 2.222

Health	Gender		Value	df	Sig. asint. (2 vie)
Bad Health	Male	Chi-Square of Pearson	13.450	5	0.020

Prendendo in esame anche la *Salute* Percepita, dalla Tabella 65 evidenziamo che i Nativi con peggiore *Salute* posseggono un livello di scolarità ISCED 3 i non Nativi invece una scolarità più bassa relativa ad ISCED 1.

La successiva Tabella 65 bis mostra le donne Native e non Native in cattiva *Salute* Percepita entrambe maggiormente presenti percentualmente in ISCED 1. In via collaterale segnaliamo un picco di cattiva *Salute* delle non Native in classi di Scolarità Universitaria ISCED 6.

Tab. 65 bis *Cattiva Salute Percepita Bad + Very Bad (% di riga) Nativi e non Nativi per Scolarità (Bassa=modalità 1+2 Alta=modalità 3+4+5). Solo Donne.*

Health	Gender	Highest level of education	Born in country		Differenza native non native
			Yes	No	
Bad Health	Female	Less than lower secondary education (ISCED 0-1)	32.4	28.8	3.6
		Lower secondary education completed (ISCED 2)	24.7	19.1	5.6
		Upper secondary education completed (ISCED 3)	20.2	25.8	-5.6
		Post-secondary non-tertiary education completed (ISCED 4)	2.8	2.7	0.1
		Tertiary education completed (ISCED 5-6)	19.6	23.7	-4.1
		Other	0.3		
		Total	100.0	100.0	

N. 3 772

Health	Gender		Value	df	Sig. asint. (2 vie)
Bad Health	Female	Chi-Square of Pearson	12.270	5	0.031

9.3 Immigrate Disabilità e Salute Percepita

Verificando la differenza di *Disabilità* tra i Nativi ed i non Nativi, i dati ottenuti sono quasi del tutto sovrapponibili (Tab. 66).

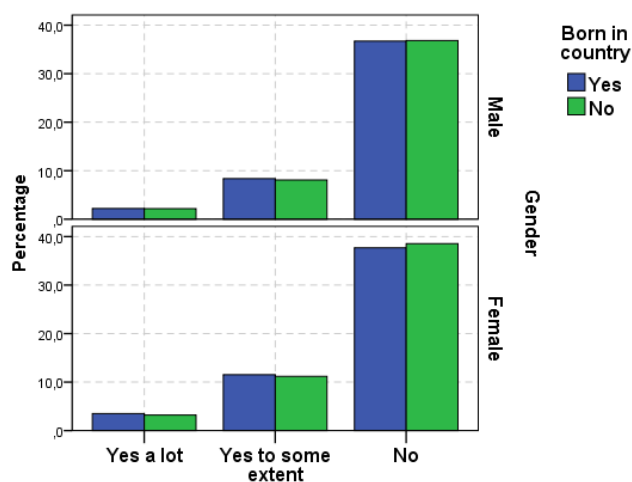
Tab. 66 *Disabilità (% di riga) Nativi e non Nativi.*

Born in country	Hampered in daily activities by illness/disability/infirmary/mental problem		
	Yes a lot	Yes to some extent	No
Yes	5.7	19.9	74.4
No	5.4	19.2	75.4
Total	5.7	19.8	74.5

N. 63.097

La situazione però cambia prendendo in considerazione il *Genere*. Infatti, riscontriamo maggiore *Disabilità* nel sesso Femminile sia nativo che non, di circa il 2% rispetto alla modalità molta *Disabilità*, e di circa il 4% nella modalità alcune volte (Graf. 20, Tab. 67).

Graf. 20 *Disabilità (% di riga) Nativi e non Nativi per Genere.*



Hampered in daily activities by illness/disability/infirmary/mental problem
Casi pesati per peso_pop_ps

Tab. 67 *Disabilità (% di riga) Nativi e non Nativi per Genere.*

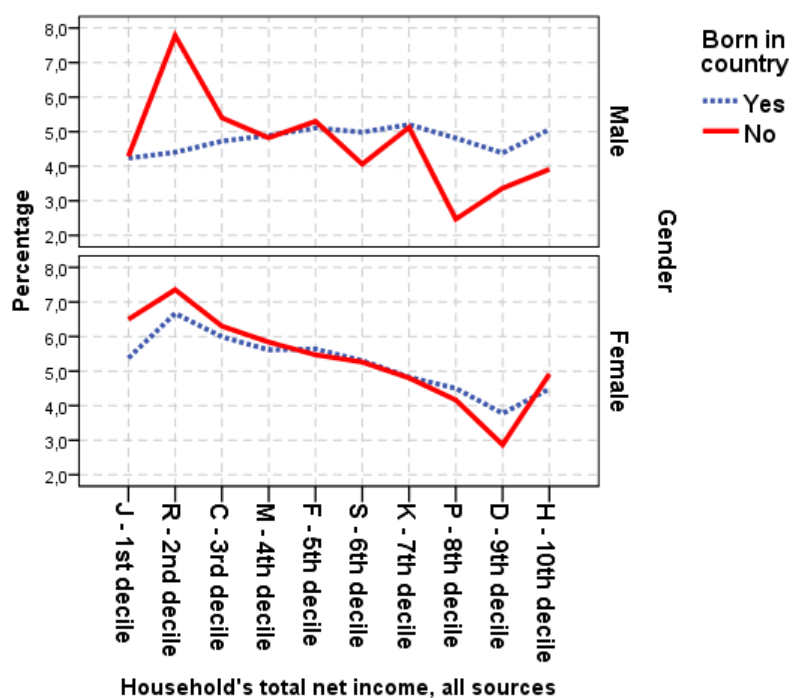
Gender	Born in country	Hampered in daily activities by illness/disability/infirmary/mental problem		
		Yes a lot	Yes to some extent	No
Male	Yes	4.7	17.7	77.6
	No	4.6	17.2	78.3
	Totale	4.7	17.6	77.7
Female	Yes	6.7	21.9	71.5
	No	6.1	21.1	72.8
	Totale	6.6	21.8	71.6

N. 63.029

Ebbene, le Donne non Native appartenenti agli ultimi e più alti 5 decili di *Reddito* sono in percentuale maggiore delle Native, ma, soprattutto, presentano un delta di *Genere* nel *Reddito* a loro favore (Maschi non Nativi -7,6%), in realtà non molto differente dal delta nei primi 5 decili (Maschi non Nativi -6,6%) (Tab. 69). Questo suggerisce che probabilmente il campione dei non Nativi sia poco rappresentativo delle condizioni degli immigrati che si voleva studiare.

Le vere differenze sono comunque per le Native. Infatti nei primi 5 decili i Maschi Nativi sono in una percentuale inferiore all'11,2% rispetto alle Donne Native. Negli ultimi 5 decili i Nativi superano le Native del 3,4%. Insomma sono le Donne Native ad essere maggiormente presenti nei livelli più bassi di *Reddito* rispetto alle non Native (Tab. 69 Graf. 21).

Graf. 21 *Reddito posseduto (%) Nativi e non Nativi per Genere.*



Casi pesati per peso_pop_ps

Tab. 70 *Cattiva Salute Percepita Bad + Very bad (% di colonna) Nativi e non Nativi per Genere e Reddito. Solo Uomini.*

Health	Gender	Income	Born in country		Total
			Yes	No	
Bad Health	Male	Low	69.5	82.7	70.5
		High	30.5	17.3	29.5
		Total	100.0	100.0	100.0
N.1.855					
healthbinaria cattiva Salute	Gender Male	Chi-quadrato di Pearson	Valore 10.327	df 1	Sig. asint. (2 vie) 0.001

Tab. 70 bis *Cattiva Salute Percepita Bad + Very Bad (% di colonna) Nativi e non Nativi per Genere e Reddito. Solo Donne.*

Health	Gender	Income	Born in country		Total
			Yes	No	
Bad Health	Female	Low	75.4	76.5	75.5
		High	24.6	23.5	24.5
		Total	100.0	100.0	100.0
N. 3.058					
healthbinaria cattiva Salute	Gender Female	Chi-quadrato di Pearson	Valore 0.164	df 1	Sig. asint. (2 vie) 0.686

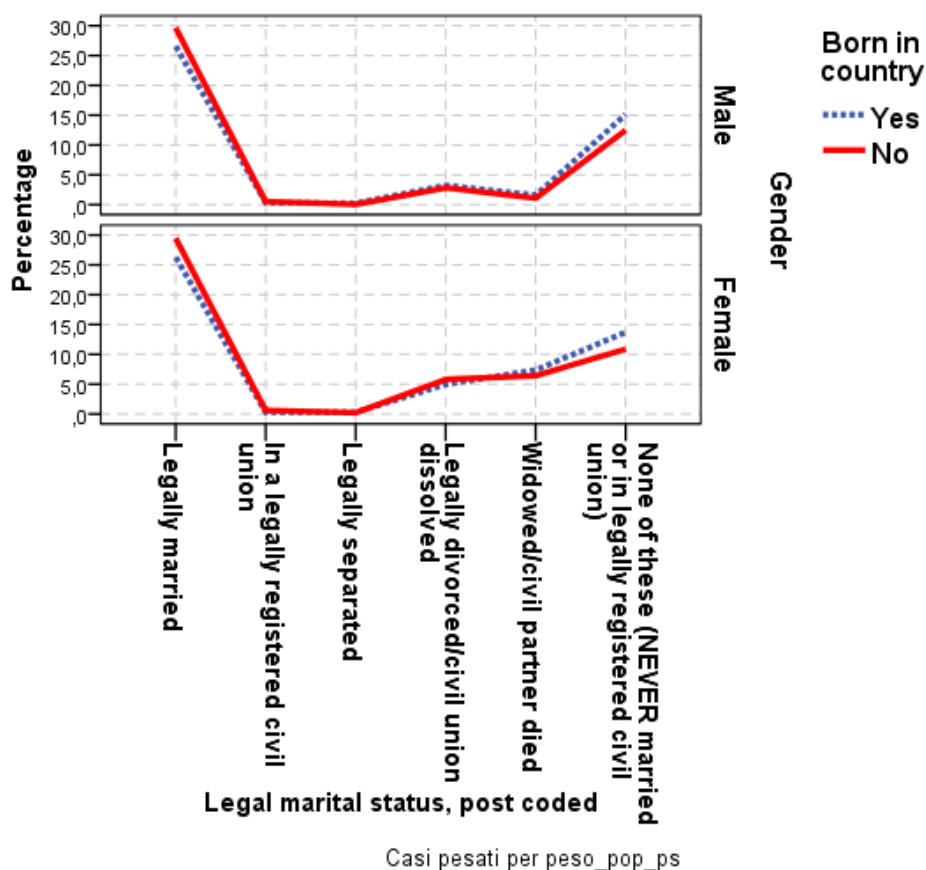
Per gli Uomini Nativi la differenza di cattiva *Salute* Percepita associata a basso ed alto *Reddito* è pari 39 punti percentuali (Donne 50,8%). Per i non Nativi la stessa differenza di cattiva *Salute* associata a basso ed alto *Reddito* è pari a 65 punti percentuali (Donne 53%) (Tab. 70 bis). Da rilevare l'alta percentuale in cattiva *Salute* dei non nativi relativamente a basso *Reddito* posseduto.

In generale i non Nativi sembrano risentire maggiormente dell'influenza del *Reddito* rispetto alla Cattiva *Salute* Percepita (Graf. 22).

9.5 Immigrate Stato Civile e Salute Percepita

Indagando la variabile *Stato Civile* in relazione allo stato di Nativi e non Nativi, nella modalità "legalmente separata" possiamo individuare alcune differenze tra le Donne Native e le immigrate.

Graf. 23 Stato Civile (%) Nativi e non Nativi per Genere.



Tab. 71 Nativi e non Nativi (% di colonna) per Stato Civile e Genere.

Born in country	Legal marital status. post coded	Gender		Total
		Male	Female	
Yes	Legally married	56.4	49.7	52.9
	In a legally registered civil union	0.7	0.5	0.6
	Legally separated	0.5	0.5	0.5
	Legally divorced/civil union dissolved	6.9	9.4	8.2
	Widowed/civil partner died	3.4	13.9	9.0
	None of these (NEVER married or in legally registered civil union)	32.1	25.9	28.8
	Total	100.0	100.0	100.0
No	Legally married	63.7	55.3	59.2
	In a legally registered civil union	1.1	1.1	1.1
	Legally separated	0.1	0.4	0.3
	Legally divorced/civil union dissolved	6.1	10.9	8.6
	Widowed/civil partner died	2.3	12.0	7.5
	None of these (NEVER married or in legally registered civil union)	26.8	20.4	23.4
	Total	100.0	100.0	100.0

N. 56.871

Born in country		Value	df	Sig. asint. (2 vie)
Yes	Chi-square of Pearson	1993.506	5	0.000
No	Chi-square of Pearson	236.942	5	0.000
Total	Chi-square of Pearson	2215.785	5	0.000

Dalla Tab. 71 rileviamo tra le non Native una percentuale maggiore di Donne sposate e legalmente separate, ed una percentuale inferiore di vedove rispetto alle Native. Per gli Uomini non Nativi ugualmente una percentuale maggiore di sposati ed una percentuale inferiore di legalmente separati e vedovi rispetto ai nativi.

I valori di *Salute* Percepita in relazione allo *Stato Civile*, fra gli altri risultati, segnalano per i Maschi una maggiore presenza di cattiva *Salute* tra i coniugati non nativi e tra in unione civile per i nativi. Anche la modalità nessuna di queste, vede i nativi superare gli immigrati in cattiva *Salute* (Tab. 72).

Per quanto riguarda il Genere Femminile, non sembrano esserci differenze importanti. Entrambe percepiscono peggiore *Salute* nello stato vedovile. La mancanza di alcuni dati per le donne non native limita parzialmente la nostra analisi (Tab. 72).

Tab. 72 Cattiva Salute Percepita Bad + Very Bad (%) Nativi e non Nativi per Stato Civile e Genere.

healthbinaria	Born in country	Legal marital status. post coded	Gender	
			Male	Female
cattiva <i>Salute</i>	Yes	Legally married	45.5	54.5
		In a legally registered civil union	64.7	35.3
		Legally separated	26.7	73.3
		Legally divorced/civil union dissolved	33.0	67.0
		Widowed/civil partner died	14.8	85.2
		None of these (NEVER married or in legally registered civil union)	52.5	47.5
		Total	37.6	62.4
	No	Legally married	47.1	52.9
		In a legally registered civil union		100.0
		Legally separated		
Legally divorced/civil union dissolved		20.9	79.1	
No	Widowed/civil partner died	9.6	90.4	
	None of these (NEVER married or in legally registered civil union)	38.9	61.1	
	Total	35.3	64.7	

N. 5.528

healthbinaria	Born in country		Valore	df	Sig. asint. (2 vie)
cattiva Salute	Yes	Chi-quadrato di Pearson	410.494	5	0.000
	No	Chi-quadrato di Pearson	47.085	5	0.000

9.6 Immigrate Lavoro Retribuito e Salute Percepita

Proseguiamo con il considerare la variabile riguardante l'aver svolto un *Lavoro Retribuito* negli ultimi 7 giorni e verificando dapprima le differenze tra Donne Native ed immigrate e successivamente l'eventuale presenza di un Gap di *Genere* in *Salute* percepita. In merito alla variabile *Lavoro Retribuito* non osserviamo grandi differenze tra i due gruppi Nativi e Non nativi. Le Donne lavorano in una percentuale sempre inferiore agli Uomini, le Non Native in una percentuale maggiore del 2% rispetto alle native (Tab. 73).

Tab. 73 Lavoro Retribuito (% di colonna) Nativi e non Nativi per Genere.

Born in country	Doing last 7 days: paid work	Gender		Difference in paid work Male minus Female
		Male	Female	
Yes	No	44.7	58.3	13.6
	Yes	55.3	41.7	
No	No	40.9	56.2	15.3
	Yes	59.1	43.8	

N. 63.647

Born in country	Value	df	Sig. asint. (2 vie)	Sig. esatta (2 vie)	Sig. esatta (1 via)
Chi-Square of Pearson	1193.817	1	0.000		
Fisher Exact Test				0.000	0.000

Tab. 74 Cattiva Salute Percepita Bad + Very Bad (% di colonna) Nativi e non Nativi per Lavoro Retribuito e Genere.

health	Born in country	Doing last 7 days: paid work	Gender		Perceived poor health difference for paid work Male minus Female
			Male	Female	
Bad Health	Yes	No	75.1	83.9	8.8
		Si	24.9	16.1	
	No	No	77.0	81.2	4.2
		Si	23.0	18.8	

N. 5.999

Born in country	Value	df	Sig. asint. (2 vie)	Sig. esatta (2 vie)	Sig. esatta (1 via)
Chi-Square of Pearson	63.637	1	0.000		
Fisher Exact Test				0.000	0.000

Rispetto alla *Salute* Percepita sono sempre le Donne a stare peggio degli Uomini rispetto alla mancanza di *Lavoro*. Da notare però come il delta di *Genere* in cattiva *Salute* percepita sia maggiore per le Native, con un valore di 8,8 vs il 4,2 delle Non Native (Tab. 74).

Si è pensato di concludere il lavoro con l'esecuzione di una regressione logistica che prenda in considerazione solamente i non nativi e la loro *Salute* in relazione alle principali variabili coinvolte.

Tab. 75 *Regressione logistica di Healthbinaria (0=buona Salute 1=cattiva Salute) su Genere (0=Maschio 1=Femmina) Fasce di Età, Scolarità, Disabilità, Lavoro Retribuito, Stato Civile (inserirle tutte come variabili discrete) e Reddito inserita come variabile discreta. Solo Non Nativi.*

	B	E.S.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Gender	0.156	0.131	1.410	1	0.235	1.169
Age Groups	0.279	0.047	35.313	1	0.000	1.322
Hampered			411.143	2	0.000	
Hamp. Yes a lot	3.377	0.169	398.759	1	0.000	29.283
Hamp. Yes to some extent	2.112	0.148	202.359	1	0.000	8.268
Marital status			9.152	5	0.103	
Legally married	0.050	0.218	0.052	1	0.819	1.051
In a legally registered civil union	0.353	0.785	0.202	1	0.653	1.423
Legally separated	-0.065	0.843	0.006	1	0.938	0.937
Legally divorced/civil union dissolved	0.566	0.249	5.170	1	0.023	1.762
Widowed/civil partner died	0.229	0.263	0.755	1	0.385	1.257
Education	-0.069	0.031	4.954	1	0.026	0.934
Paid Work	-0.905	0.171	27.975	1	0.000	0.404
Income	-0.121	0.028	18.360	1	0.000	0.886
Costant	-4.078	0.363	126.425	1	0.000	0.017

N.4.282

I risultati mostrano che i Non Nativi sembrano sentire meno gli effetti delle differenze di *Genere* sulla *Salute* Percepita. Questa risente molto, oltre all'età ed alla disabilità, di uno Stato Civile divorziato, della Scolarità, del Lavoro Retribuito e del Reddito.

10. Conclusioni

L'analisi della variabile *Salute* Percepita nei dati **ESS** ha dimostrato che le Donne dichiarano cattiva *Salute* in una percentuale maggiore rispetto agli Uomini, percentuale che raggiunge anche l'8,8% considerando la modalità discreta/fair di *Salute*. Il nostro *Lavoro* conferma anche l'esistenza di un Gap di *Salute* Percepita a sfavore delle Donne nei Paesi europei. Alcuni di questi costituiscono una eccezione ma, in essi, lo svantaggio degli Uomini in termini percentuali di Cattiva *Salute* Percepita, risulta comunque estremamente ridotto (Finlandia 0,1%). Al contrario, nei Paesi in cui sono le Donne a dichiarare peggiore *Salute* la differenza rispetto agli Uomini è molto consistente (Lituania 9,6%).

Questo Gap di *Salute*, sempre a sfavore delle Donne, persiste in tutte le sei rilevazioni della indagine ESS (2002-2012) in una percentuale media pari al 3,8% ma con un valore che raggiunge il 4,4% nel 2006.

Indagando la percezione dello stato dei Servizi Sanitari del Paese nel quale vivono gli intervistati, oltre a differenze rilevanti tra i singoli Stati, è stato importante rilevare non solo la differenza tra i due Generi, ma anche come la percezione di cattiva *Salute* non sempre si accompagna ad un parere negativo sul Sistema Sanitario. Il Paese nel quale la percezione riguardante lo Stato dei Servizi Sanitari appare migliore, risulta essere il Belgio, nel quale però, curiosamente, rileviamo un'alta percentuale di Cattiva *Salute* Femminile (75%) fra quei pochi (7,2%) che giudicano carenti i Servizi Sanitari.

Si ritiene che anche i dati da noi ottenuti mostrino quanto affermato dallo studio di Blanchflower (2008) per il quale, intorno ai 46 anni, gli individui cominciano ad avere una percezione meno buona della propria *Salute*. Nelle donne, la somma delle categorie Bad e Very Bad passa nella *Fascia di Età* 36-45 anni dal 7,2% (Uomini 9,1%) al

13,8% nella fascia 46-55 (Uomini 18,9%) per poi accentuarsi progressivamente nelle fasce successive. Non possiamo però escludere la presenza di un effetto di sovrapposizione tra diverse coorti di età. Infatti, le differenze in *Salute* della donna rispetto all'uomo, osservate lungo le diverse classi di età, potrebbe dipendere non solo dal cambiamento dell'età anagrafica, ma anche dai diversi fattori storici che hanno caratterizzato quelle diverse generazioni. Ad esempio, può essere che per i settantenni le differenze in salute tra i due *Generi* dipendano anche da altri fattori come ad esempio il diverso livello di *Istruzione*, cosa che tra i ventenni odierni non è più vero. Il divario di *Salute* a sfavore del *Genere* Femminile aumenta progressivamente con l'*Età*, fino ad arrivare al 6,7% nella fascia over 75.

A motivo della maggiore presenza numerica delle Donne a partire dalla *Fascia di Età* 56-65 anni, saremmo autorizzati a ritenere che le patologie croniche associate all'*Età* avanzata, possano rappresentare una delle principali cause della cattiva *Salute* Femminile. Ed infatti, anche gli *impedimenti a svolgere attività quotidiane a causa di una qualche Disabilità psico-fisica* risultano maggiormente presenti nelle Donne, in una percentuale del 28,4% contro il 22,3% degli Uomini, ed a parità di molta *Disabilità* con il *Genere* Maschile, la percezione di *Salute* Femminile è largamente peggiore (63% vs. 37%). Ma, seppure in presenza di *Disabilità*, la variabile *Genere* rimane comunque significativa.

Osserviamo inoltre che la Percezione di *Salute* risulta essere molto sensibile al variare dello *Stato Civile*. In particolare, sottolineiamo che la percentuale di Donne vedove in cattiva *Salute* calcolata sul totale delle Donne vedove è pari a 27,1 punti percentuali, 6 in più di quella Maschile. Le Donne che dichiarano peggiore *Salute*

sono proprio le vedove, seguite dalle divorziate (14,2%). Anche tra gli sposati sono le Donne a stare peggio.

Ciò nonostante, anche considerando lo *Stato Civile*, eseguendo una regressione logistica controllando per *Età*, il *Genere* conserva la sua significatività sulla *Salute*.

In relazione all' *Assiduità Incontri Sociali* con amici, parenti e colleghi, riscontriamo che l'8,9% delle Donne che risponde *mai*, è in cattiva *Salute*, con una differenza di +2,2% rispetto agli Uomini ed il 19,2% delle Donne che rispondono meno di una volta in un mese è in cattiva *Salute* con una differenza di +3,8% rispetto al sesso Maschile.

La regressione di *Healthbinaria* su *Gender* ed *Assiduità Incontri Sociali*, mostra la significatività di questa variabile senza annullare peraltro la significatività della variabile *Genere*.

Dall'analisi dei dati, otteniamo inoltre un differente comportamento che associa *Salute* e *Preghiera* tra i due Generi. Gli Uomini in caso di cattiva *Salute* vedono aumentare la loro Assiduità di Preghiera ogni giorno del 2,7%, le Donne del 14.1%. Inoltre, la percentuale di Uomini che non pregano mai si mantiene piuttosto stabile a prescindere dallo stato di *Salute*, cosa che non avviene per le Donne, le quali in condizioni di cattiva *Salute* vedono diminuire questa modalità del 10%. Nonostante questi risultati non siamo stati però in grado di attribuire una direzione certa a questa relazione. Oltre a ciò, le Donne appartenenti a fasce di basso *Reddito*, pregano ogni giorno nel 36,0% dei casi (Uomini 24,8%), mentre quelle appartenenti a redditi alti lo fanno in una percentuale più bassa e pari al 21,8% (Uomini 14,5%), con una riduzione del 14,2% (Uomini 10,3%). Aumentando l'*Età* le Donne intensificano la preghiera quotidiana anche a prescindere dal *Reddito*.

Nella relazione tra *Istruzione* e *Salute* osserviamo una notevole diversità tra i valori di Cattiva *Salute* Percepita dalle Donne nei vari

livelli di *Scolarità*. La Cattiva *Salute* Percepita passa dal 19,9% nelle Donne con elevata *Scolarità* al 32,1% in quelle con bassa *Scolarità*, con una rilevante differenza di *Salute* pari al 12,2% (Uomini 3,5%). Il *Gap di Genere in Salute Percepita* va dal 6,7% a sfavore delle Donne nella fascia più bassa di *Scolarità*, al 2,0% in quella più alta, corrispondente all'*Educazione* universitaria. Per Redditi bassi troviamo che le Donne risentono fortemente di una *Scolarità* Superiore. Infatti, vedono ridurre la loro Percezione di Cattiva *Salute* di 28.2 punti percentuali contro i 10.2 degli uomini in caso di Alta *Scolarità*. In caso di alto Reddito, le percentuali di cattiva *Salute* fra i due Generi tendono ad assomigliarsi con una prevalenza di cattiva *Salute* maschile in caso di alto Reddito ed alta *Scolarità* (+1.6%) Eseguido una regressione logistica controllando per *Età*, il *Genere* rimane significativo a prescindere anche dalla variabile *Istruzione*.

Le Donne, poi, dichiarano di avere svolto un *Lavoro Retribuito* negli ultimi 7 giorni in una percentuale inferiore rispetto agli Uomini, esattamente il 41,9% contro il 55,6% e, quelle che rispondono positivamente, hanno una percentuale di cattiva *Salute* molto più bassa (52,8%) rispetto alle Donne non lavoratrici (65,3%) con una differenza del 13,7%. Interessante notare come per il *Genere Maschile* il rapporto sia inverso. Cioè, dichiarano peggiore *Salute* gli Uomini che hanno percepito un *Reddito* da *Lavoro* negli ultimi 7 giorni (+12,5%).

Eseguido un controllo attraverso una regressione logistica, il *Genere* rimane significativo anche a prescindere dalla variabile *Lavoro Retribuito negli ultimi sette giorni*.

In riferimento al *Reddito* i nostri dati mostrano che nei primi tre decili (più bassi) si colloca il 34,9% delle Donne ed il 28,7% degli Uomini, mentre nei tre più alti il 24,3% delle Donne ed il 29,1% degli Uomini.

Nella valutazione della relazione tra *Salute* Femminile e *Reddito*, l'unica fonte di *Reddito* in cui prevale il sesso Femminile è quello da *pensione*, dichiarato dalle Donne nel 28,9% e dagli Uomini nel 22,2%. Le Donne possiedono sempre una situazione reddituale inferiore, essendo presenti nei primi 3 decili di *Reddito* in una percentuale maggiore degli Uomini del 6,2%, contrariamente a quanto avviene per i redditi alti dove gli Uomini prevalgono del 4,8%. La differenza di Cattiva *Salute* Percepita in relazione al più alto ed al più basso decile di *Reddito*, è per le Donne del 20,3% mentre per gli Uomini è del 16,7%. Il delta di Genere nella *Salute* Percepita varia dall' 8,1% nel secondo decile a sfavore delle Donne all'1,3% nel decimo ed ultimo, questa volta sorprendentemente a sfavore degli Uomini. Si osserva appunto una interessante ed imprevista inversione di tendenza che vede, nelle classi alte di *Reddito*, il prevalere di cattiva *Salute* nel sesso Maschile. Il Gap di *Genere* in *Salute* poi diminuisce in maniera progressiva salendo verso i decili più alti.

Nel quarto decile il Gap di *Genere* nella *Salute* a sfavore delle Donne scompare, e dal quinto in poi cambia direzione, questa volta a svantaggio degli Uomini.

Il *Genere* Femminile sembra risentire molto dei benefici legati ad un aumento, anche contenuto, della disponibilità economica, la quale sembra migliorare proprio la *Salute* delle Donne, meno quella degli Uomini.

Attraverso l'esecuzione di regressioni contenenti le principali variabili studiate, abbiamo potuto dimostrare che il *Genere* è rimasto significativo solamente prendendo in considerazione tutti i decili di *Reddito*. Al contrario, considerando solo gli ultimi due decili più alti, il *Genere* ha perso la propria significatività.

Per le Donne possedere un *Reddito* medio alto (corrispondente almeno al quarto decile) sembra avere il potere di annullare l'effetto del *Genere* di appartenenza sulla *Salute* Percepita.

Utilizzando i valori dell'Odds Ratio abbiamo predisposto 5 modelli previsionali di *Cattiva Salute*. In tutti i modelli il *Genere* conserva sempre la sua importante significatività sulla *Salute* Percepita, tranne nel caso di utilizzo della variabile *Reddito* considerata solamente negli ultimi due decili più alti.

Allo scopo di verificare i risultati fin qui ottenuti, si è proseguito prendendo in esame i dati forniti dalla Banca Dati dell'Unione Europea **Eurostat**, che ha interessato 3.700 unità equamente divise tra i due Generi, negli anni compresi tra il 2004 ed il 2013. Il primo risultato accertato ha riguardato *l'aspettativa di vita ad un anno di Età*, che inaspettatamente, considerando l'intervallo temporale considerato, risulta aumentata maggiormente per gli Uomini. Infatti, per le Donne è aumentata di 1,8 anni mentre per gli Uomini di ben 2,6 anni. Mentre nel 2004 la differenza M/F in *aspettativa di vita* vedeva le donne prevalere di 6,3 anni, nel 2013 questa differenza si è ridotta a 5,5 anni.

Appare perciò in diminuzione in Europa ed anche in Italia, il Gap di longevità positivo che il sesso Femminile ha sempre avuto nei confronti di quello Maschile. Questo stesso dato è stato confermato oltre che in Europa, anche in Italia, con valori pressoché sovrapponibili. Insomma, sembra che gli Uomini attualmente vedano aumentare la loro *aspettativa di vita* più velocemente delle Donne.

Sarebbe oltretutto interessante ed evidentemente utile, comprendere quale sia il motivo di questa espansione di longevità a differente andatura e velocità.

Prendendo in esame la percezione di *Cattiva Salute* in Italia, si osserva che questa, tra gli anni 2004-2012, negli Uomini è aumentata dello 0,4%, nelle Donne dello 0,9%. Il Gap di *cattiva Salute percepita*

Uomo-Donna tende a diminuire seppure di poco, con una differenza tra gli anni 2004 e 2012 pari allo 0,2%. Lo scenario italiano vede peggiorare la percezione di *Salute*, precisamente dell'1%, sempre tra gli anni che vanno dal 2004 al 2013. Occorre notare inoltre che, rispetto al panorama europeo, gli Uomini italiani hanno una percezione di cattiva *Salute* superiore dello 0,6%, le Donne del 2,0%.

Il Gap di *Salute* Uomo/Donna che in Europa nel 2012 risultava pari all'1,8% a sfavore del sesso Femminile, in Italia nello stesso anno raggiungeva il 3,2%.

Mettendo in relazione la *Salute Percepita* con il *Genere*, l'*Età* e la *Scolarità*, appare chiaro il forte legame positivo esistente tra il livello di *Educazione Scolastica* e la *Salute* delle Donne in Europa. Dal 2004 al 2013 la percentuale di Donne in cattiva *Salute* con un titolo di studio inferiore alla scuola secondaria superiore è aumentata del 5% mentre quella degli Uomini del 3,2%; al contrario, la percentuale di Donne in cattiva *Salute* con un titolo di studio universitario è diminuita dello 0,2%, laddove quella degli Uomini risulta aumentata dell'1%.

Nel 2013 le Donne più istruite hanno dichiarato una percentuale di *Cattiva Salute* inferiore di 20 punti percentuali rispetto alle meno istruite, passando dal 22,4% al 2,4%. Negli Uomini questa stessa differenza è risultata essere pari a 12 punti percentuali.

Sembra quindi che una più alta *Scolarità* favorisca maggiormente la *Salute* Femminile. Questo stesso dato era stato già precedentemente da noi confermato attraverso i dati ESS analizzati. Sempre le Donne con alta *Scolarità*, manifestano una percentuale di *Disabilità* inferiore del 20,5% (Uomini 10,4%) rispetto alle appartenenti a classi inferiori di *Educazione Scolastica*, confermando una relazione inversa tra la *Scolarità* posseduta e la *Disabilità* molto più forte nel sesso Femminile.

Per quanto riguarda la relazione *Reddito/Salute*, se considerato nel suo quintile più alto, è associato ad una diminuzione della *Disabilità* Femminile di 11,6 punti percentuali e di quella Maschile di 7,8 punti percentuali. Il delta di *Disabilità* Uomo/Donna in associazione al *Reddito*, che nei dati Eurostat risulta essere pari a 3,8%, nell'analisi dei dati ESS corrispondeva al 5,0%.

Anche il dato relativo ai *Ricoveri Ospedalieri* può aiutarci nello studio del Gap di *Salute* tra i due sessi. Non abbiamo un dato totale europeo ma, osservando il dato italiano, scopriamo che i ricoveri ospedalieri delle Donne sono sempre maggiori degli Uomini, seppure in generica diminuzione, si ritiene presumibilmente anche per i criteri restrittivi che la Spending Review ha recentemente introdotto in Economia Sanitaria.

Prendendo in considerazione gli *Anni di vita vissuti in buona Salute*, individuiamo che, contrariamente a quanto ci aspettavamo, questi sono in diminuzione, riscontrando nello stesso tempo anche una sensibile riduzione dell'*Età* in cui si manifesta uno stato di *Malattia* e/o *Disabilità*. Più precisamente, mentre le Donne nel 2004 dichiaravano l'inizio di uno stato di *Malattia* a 71 anni, nel 2013 questo viene dichiarato a 61 anni, con un anticipo di circa 10 anni. Per gli Uomini questa anticipazione risulta più contenuta ed è pari a 6,9 anni.

Non è facile, ma sarebbe fondamentale, capire quale sia *il/i determinante/i di Salute* che, nonostante l'apparente miglioramento delle condizioni generali di vita in Europa, interferisce/interferiscono con l'esistenza Femminile, contribuendo a determinare fattori favorevoli all'insorgere di una *Malattia* prima e più spesso rispetto al *Genere* Maschile, intervenendo negativamente, sia sulla longevità in generale, che sul totale degli anni di vita trascorsi in buona *Salute*.

Considerando che la longevità è un fenomeno comunque in espansione per entrambi i sessi, anche se, appunto, a diverse velocità,

è giusto chiedersi se stiamo guadagnando una vita più lunga in *Salute*, oppure unicamente più anni di vita in precaria *Salute*, soprattutto per quanto riguarda le Donne.

Si è proseguito successivamente nello studio dei dati ESS comparando la *Salute* dei Nativi e dei **Non Nativi** dei Paesi considerati, con il fine di mostrare eventuali differenze di *Salute* tra donne *Native* e non *Native*

Nel nostro campione riferito al 6° Round dell'indagine ESS, il numero dei non nativi è risultato essere di 5.279 unità statistiche, pari all'8,3% del totale degli intervistati. Tra i non Nativi prevalgono gli appartenenti alle fasce comprese tra i 26 ed i 55 anni. Le Donne *Native* prevalgono sui Maschi *Nativi* nella *Fascia di Età* oltre i 75 anni, mentre le Donne non *Native* prevalgono sui Maschi non *Nativi* nella *Fascia di Età* 56-65 anni.

Avanziamo l'ipotesi che, l'essere presente in un Paese diverso dal proprio, possa essere connesso alla necessità di svolgere una qualche attività lavorativa e che questa sia appunto legata ad una *Età* appropriata allo scopo.

Successivamente, i dati ci hanno mostrato che ben il 66,9% dei non *Nativi* è in possesso della cittadinanza del Paese ospitante, mostrando una situazione non certo di recente immigrazione e che comunque non ci aspettavamo.

Nelle verifiche riguardanti la percezione di *Salute*, osserviamo che i *Nativi* dichiarano una percezione di *Salute* lievemente peggiore dei non *Nativi*. I *Nativi* dichiarano una modalità di *Salute* "*Very good*" in una percentuale inferiore del 4,8% rispetto ai non *Nativi*, e Cattiva *Salute* Percepita in ragione del 9,5% verso l'8,7%.

Non conosciamo le ragioni di questo risultato ma, sempre in base a quanto prima presunto, potrebbero spostarsi in altri Paesi per fini lavorativi, soprattutto le persone in migliore *Salute*, oppure le

condizioni maggiormente disagiate dei Paesi di provenienza, possono avere un ruolo importante nell'influenzare la percezione di *Salute*, aumentando la soddisfazione di vita degli immigrati, anche magari di fronte a situazioni quotidiane normalmente di relativa difficoltà.

Le Donne non Native dichiarano cattiva *Salute* in una percentuale lievemente inferiore rispetto alle Native, pari ad una differenza dello 0,7%. Invece il Gap di *Genere* in *Salute* è maggiore tra i non Nativi ed è pari al 4,1% a sfavore delle Donne.

I non Nativi sono maggiormente numerosi nei livelli più bassi (+0,9) di *Scolarità*, mentre i nativi nel livello corrispondente alla scuola secondaria.

Le Native sono maggiormente presenti nei livelli bassi di *Scolarità* (+2,4) mentre le non Native prevalgono nei livelli più alti di *Scolarità* (+5,8).

Interessante segnalare che nella modalità "*alta Scolarità*" rileviamo una percentuale inferiore dell' 1,2% per le Donne Native vs gli Uomini Nativi, e +2,6% per le Donne non Native vs Uomini non Nativi, con una differenza tra Donne Native e non Native pari al 3,8% a favore di queste ultime.

I Nativi con peggiore *Salute* posseggono un livello di scolarità ISCED 3, i non Nativi invece una scolarità più bassa relativa ad ISCED 1. Le donne Native e non Native dichiarano entrambe peggiore *Salute* se con bassa *Scolarità* ISCED 1.

Nello studio delle interferenze della *Disabilità* sulla *Salute*, riscontriamo che per la categoria di *Disabilità* "*yes a lot*", gli Uomini dichiarano peggiori condizioni di *Salute* tra i non Nativi mentre le Donne tra i Nativi. Da notare come il delta di *Genere* in *Salute* Percepita riferita alla presenza di numerose *Disabilità* ("*yes a lot*") è a sfavore delle Donne tra i Nativi (-1,2%) ed a sfavore degli Uomini tra i non Nativi (11,7%).

Le non Native appartenenti agli ultimi e più alti 5 decili di *Reddito* sono in percentuale maggiore delle Native ma, soprattutto, presentano un delta di *Genere* nel *Reddito* a loro favore (Maschi non Nativi -7,6%),

Le Native sono maggiormente presenti nei livelli più alti di *Reddito* rispetto alle non Native con una differenza di 2,7. Tra gli uomini i nativi prevalgono per *Redditi* alti di 10,4 punti percentuale.

Nei primi 5 decili i Maschi Nativi sono in una percentuale inferiore al 7,2% rispetto alle Donne Native.

Da rilevare l'alta percentuale in cattiva *Salute* dei Non Nativi Maschi relativamente a basso *Reddito* posseduto. Per i non Nativi la differenza di cattiva *Salute* associata a basso ed alto *Reddito* è pari a 65 punti percentuali verso i 39 dei Nativi.

Per le Donne Non Native la differenza di cattiva *Salute* associata a basso ed alto *Reddito* è pari a 53 punti percentuali contro i 50,8 delle Native.

In merito allo *Stato Civile*, individuiamo tra le Non Native una percentuale maggiore di Donne sposate e legalmente separate, ed una percentuale inferiore di vedove rispetto alle Native. Osservando inoltre i valori di *Salute* Percepita in relazione allo *Stato Civile* possiamo dire anzitutto che lo stato di *Salute* delle legalmente divorziate vede prevalere in cattiva *Salute* le non Native del 12,1%, le quali prevalgono anche nello stato vedovile di 5,2 punti percentuali.

In quanto alla variabile *Lavoro Retribuito* non osserviamo grandi differenze tra i due gruppi di Nativi e Non nativi. Le Donne lavorano in una percentuale sempre inferiore agli Uomini, le Non Native in una percentuale maggiore del 2% rispetto alle Native. In merito alla *Salute* Percepita sono sempre le Donne a stare peggio degli Uomini rispetto alla mancanza di *Lavoro*. Da notare però come il delta di *Genere* in cattiva *Salute* percepita sia maggiore per le Native, con un valore di

8,8 vs il 4,2 delle Non Native. Questa parte della ricerca riguardante le differenze di *Salute* tra Donne Native e non Native del Paese considerato nell'analisi, ha messo in rilievo il fatto che in generale le Donne Native hanno una percezione di *Salute* peggiore delle immigrate, ma che queste subiscono un Gap di *Genere* in *Salute* maggiore.

I risultati di una regressione logistica che prende in considerazione solamente i Non Nativi, mostrano che questi non sembrano sentire molto gli effetti delle differenze di *Genere* sulla *Salute* Percepita. Questa risente molto invece, oltre all'età ed alla disabilità, di uno Stato Civile divorziato, della *Scolarità*, del Lavoro Retribuito e del Reddito.

Dunque, nella nostra ricerca, la *Salute* Percepita sembra risentire fortemente del *Genere* di appartenenza. Ed il *Genere* che dichiara peggiore *Salute* è sempre quello Femminile.

Abbiamo potuto verificare come l'allungamento della vita non sia più così favorevole al sesso Femminile, ma anche che le Donne si ammalano sempre più giovani, e comunque anticipatamente rispetto agli Uomini. Tutto questo però viene meno se le condizioni economiche e di sostegno delle Donne mutano a loro favore. Intervenendo soprattutto sulla *Scolarità* e sul *Reddito* si ha la possibilità di influenzare indirettamente e direttamente la *Salute* delle Donne.

Tutto il sistema politico, sanitario e sociale dovrebbe tenere conto di ciò. Un intervento economico, seppur contenuto, nei confronti di tutte le Donne che non lavorano, può avere una influenza enorme sulle condizioni di vita delle Donne stesse e su tutta la collettività. Considerando poi che le Donne sono coloro che sostengono tutto il sistema familiare, occupandosi anche della *Salute* di tutte le persone della famiglia, si potrà facilmente comprendere che intervenendo

positivamente sulla *Salute* Femminile si agisce direttamente sulla *Salute* di tutta la Società. Infatti, l'aumento della quantità di compiti associata al carico di responsabilità dovuto agli impegni fuori casa ed in famiglia, ormai composta non solo dai figli ma, a causa dell'aumento dell'aspettativa di vita, anche da genitori e suoceri anziani spesso bisognosi di molte cure, sottopongono le donne ad un forte stress fisico e psicologico, che si ripercuote inevitabilmente sulla *Salute* in varie forme.

In questa ricerca abbiamo potuto appurare che la variabile *Genere* influenza davvero la *Salute*, ma che questa influenza scompare se consideriamo Donne che possiedono un *Reddito* medio alto. E cioè, una situazione economica più favorevole, riesce a mutare la percezione di cattiva *Salute* del *Genere* Femminile. Non è così per gli Uomini, che non sono altrettanto sensibili, rispetto alla *Salute*, ai cambiamenti del loro *Reddito*.

È stato possibile constatare anche che le Donne vedove soffrono molto questa loro situazione rispetto agli Uomini di pari condizione, i quali, comunque, risultano meno numerosi in questa modalità di *Stato Civile*. Questa difficoltà in *Salute* delle vedove potrebbe essere dovuta all' *Età* avanzata e quindi alla presenza di malattie croniche ma, anche, alla loro povertà relativa, in quanto si trovano a dover sopravvivere con economie insufficienti. Senza dimenticare anche lo stato di solitudine ed *isolamento sociale* che spesso accompagna le loro giornate.

In un ambito di interventi mirati alla *Salute* della popolazione, questi risultati potrebbero essere considerati in merito a programmi di sostegno economico a favore delle Donne. Ci riferiamo a qualunque intervento che preveda sussidi a favore delle persone svantaggiate. Fornire alle Donne che non lavorano e non sono ancora in *Età* da

pensione, un *Reddito*, seppur di media entità, potrebbe migliorare di molto la loro autonomia di vita e la loro percezione di *Salute*.

Questa ricerca, nel suo sviluppo, sembra abbia risposto effettivamente a quanto ci eravamo proposti di conoscere. Esistono realmente delle variabili altamente predittive della buona *Salute* Femminile, individuate in un sufficiente *Reddito* ed in un'alta *Scolarità*. Contribuiscono lo svolgere un *Lavoro Retribuito* compatibile con l'impegno familiare - magari part time -, ed uno Stato Civile protettivo e di sostegno, comunque non stressante.

Riteniamo che lo sviluppo della ricerca abbia potuto contribuire a colmare qualche lacuna della letteratura scientifica che tanto ha scritto in tema di *Salute delle Donne*.

Questa indagine, oltre a poter essere oggetto di nostri ulteriori e specifici approfondimenti, potrebbe essere di supporto a chi, in sede decisionale, ha il potere di trasformarla in interventi reali di sostegno alle Donne, attraverso decisioni strategiche e di politica sociale ed economica, nella consapevolezza che ogni intervento mirato al miglioramento della salute femminile, rappresenta un prezioso ed insostituibile mattone per la realizzazione della *Salute* della Società intera.

Riferimenti Bibliografici

- Arber, S., Gilbert, G. N., and Dale, A. 1985. "Paid Employment and Women's Health: a Benefit or a Source of Role Strain?" *Sociology of Health and Illness* 7(3): 375 – 400.
- Arcury, T. A., Quandt, S. A., McDonald, J., and Bell, R. A. 2000. "Faith and Health Self-Management of Rural Older Adults". *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 15(1): 55-74.
- August, K. J., & Sorkin, D. H. (2010). Marital Status and Gender Differences in Managing a Chronic Illness: The Function of Health-Related Social Control. *Social Science & Medicine*, 71(10), 1831-1838.
- Bao, W., Srinivasan, S. R., Wattigney, W. A., and Berenson, G. S. 1994. "Persistence of Multiple Cardiovascular Risk Clustering Related to Syndrome X from Childhood to Young Adulthood: the Bogalusa Heart Study." *Archives of Internal Medicine* 154(16): 1842-1847.
- Barrett, K. A., O'Day, B., Roche, A., & Carlson, B. L. (2009). Intimate Partner Violence, Health Status, and Health Care Access Among Women with Disabilities. *Women's health issues*, 19(2), 94-100.
- Benyamini, Y., Leventhal, E. A., and Leventhal, H. 2000. "Gender Differences in Processing Information for Making Self-assessments of Health." *Psychosomatic Medicine* 62(3): 354-364.
- Bircher, J. 2005. "Towards a Dynamic Definition of Health and Disease." *Medicine, Health Care and Philosophy* 8(3): 335-341.
- Blakely, T. A., Kennedy, B. P., and Kawachi, I. 2001. "Socioeconomic Inequality in Voting Participation and Self-Rated Health." *American Journal of Public Health* 91(1): 99-104.
- Blumberg, R. L. 1984. "A General Theory of Gender Stratification." *Sociological Theory* 2: 23-101.
- Burgard, S. A., Brand, J. E., and House, J. S. 2007. "Toward a Better Estimation of the Effect of Job Loss on Health." *Journal of Health and Social Behavior* 48(4): 369-384.
- Bury, M. 2001. "Illness Narratives: Fact or Fiction?" *Sociology of Health and Illness* 23(3): 263-285.
- Cacioppo, J. T., & Hawkley, L. C. (2003). Social Isolation and Health, with an Emphasis on Underlying Mechanisms. *Perspectives in Biology and Medicine*, 46(3), S39.

- Canguilhem, G. (1998). Il normale e il patologico [The Normal and the Pathological] *Torino: Einaudi (Original work published 1966)*.
- Campbell, A., Converse, P. E., and Rodgers, W. L. 1976. *The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations, and Satisfactions*. New York: Russell Sage Foundation.
- Campbell, J.C. 2002. "Health Consequences of Intimate Partner Violence." *The Lancet* 359 (9314): 1331-1336.
- Cardano, M., e Marinacci, C. 2004. "La rilevazione della posizione sociale. Disuguaglianze di *Salute* in Italia." *Epidemiologia e Prevenzione* 28: 124-142.
- Case, A., and Paxson, C. 2005. "Sex Differences in Morbidity and Mortality." *Demography* 42(2): 189-214.
- Chen, Y. Y., Subramanian, S. V., Acevedo-Garcia, D., and Kawachi, I. 2005. "Women's Status and Depressive Symptoms: a Multilevel Analysis." *Social Science and Medicine* 60(1): 49-60.
- Chiozza, L. A. 1988. *Perché ci ammaliamo*. Roma: Edizione Borla.
- Coker, A. L., Davis, K. E., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H. M., and Smith, P. H. 2002. "Physical and Mental Health Effects of Intimate Partner Violence for Men and Women." *American Journal of Preventive Medicine* 23(4): 260-268.
- Cornwell, E. Y., & Waite, L. J. (2009). Social Disconnectedness, Perceived Isolation, and Health among Older Adults. *Journal of health and social behavior*, 50(1), 31-48.
- Costa, G., Cardano, M., and Demaria, M. 1998. *Storie di Salute in una grande città*. Torino: iris.unito.it 34.
- Costa, G., Teresa, S., and Cardano, M. 2004. "Diseguaglianze di *Salute* in Italia." *Epidemiologia e Prevenzione* 28: 1-161.
- Costa G. 2010. "Povertà e *Salute*, Commissione di indagine sull'esclusione sociale." *Quaderni CIES* 1: 201-220.
- Courtenay, W. H. 2000. "Constructions of Masculinity and their Influence on Men's Well-Being: a Theory of Gender and Health." *Social Science and Medicine* 50(10):1385-1401.
- Csikszentmihalyi, M., and Seligman, M. E. 2000. "Positive Psychology: an Introduction." *American Psychologist* 55(1): 5-14.
- Dahlgren, G., and Whitehead, M. 1993. "Interventions to Tackle Social Inequalities in Health: What Can We Learn from What Has Been Tried?"

Technical Input Paper for King's Fund International Seminar on Tackling Inequalities in Health. Oxford: Ditchley Park, September, 1, 1993.

Dahlgren, G., and Whitehead, M. 2007. "A Framework for assessing Health Systems from the Public's Perspective: the ALPS Approach." *International Journal of Health Services* 37(2): 363-378.

Delle Fave, A. 2007. *La condivisione del benessere. Il contributo della psicologia positiva*. Milano: Franco Angeli.

Diez-Roux, A. V., Link, B. G., and Northridge, M. E. 2000. "A Multilevel Analysis of Income Inequality and Cardiovascular Disease Risk Factors." *Social Science and Medicine* 50(5), 673-687.

Durkheim E. 1895. *Les règles de la méthode sociologique*. Paris: Presses Universitaires de France.

Gasparini, L. 2011. *Multidisciplinarietà in Medicina*. Selvazzano Dentro (PD): Salus Infirmorum.

Godlee, F. 2011. "What is Health?" *British Medical Journal*, 343, d4817.

Gorman, B. K., and Read, J. N. G. 2006. "Gender Disparities in Adult Health: an Examination of Three Measures of Morbidity." *Journal of Health and Social Behavior* 47(2): 95-110.

Hartley, M., Popay, J., and Plewis, I. 1992. "Domestic Conditions, Paid Employment and Women's Experience of Ill-Health." *Sociology of Health and Illness* 14(3): 313-343.

Hendershot, G. E. 2003. "Mobility Limitations and Complementary and Alternative Medicine: Are People with Disabilities more Likely to Pray?" *American Journal of Public Health* 93(7): 1079-1080.

Hoeymans, N., Feskens, E. J. M., Kromhout, D., and Van Den Bos, G. A. M. 1997. "Ageing and the Relationship between Functional Status and Self-Rated Health in Elderly Men." *Social Science and Medicine* 45(10): 1527-1536.

Husserl, E. (1931). *Méditations cartésiennes*. Paris: Vrin.

Idler, E. L. 2003. "Discussion: Gender Differences in Self-Rated Health, in Mortality, and in the Relationship Between the Two." *The Gerontologist* 43(3): 372-375.

Ingresso, M. 2015 "Promozione della Salute: Verso una nuova Salute pubblica." In Ingresso, M. (A cura di), *Dalla prevenzione della Malattia alla promozione della Salute*. Milano: Franco Angeli.

- Jacobsen, B. K., and Thelle, D. S. 1988. "Risk Factors for Coronary Heart Disease and Level of Education: The Tromso Heart Study." *American Journal of Epidemiology* 127(5): 923-932.
- Jennings, S., Mazaik, C., and McKinlay, S. 1984. "Women and Work: An Investigation of the Association between Health and Employment Status in Middle-Aged Women." *Social Science and Medicine* 19(4): 423-431.
- Karasek Jr, R. A. 1979. "Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign." *Administrative Science Quarterly* 24(2): 285-308.
- Kessler, R. C., and McLeod, J. D. 1984. "Sex Differences in Vulnerability to Undesirable Life Events." *American Sociological Review* 49(5): 620-631.
- Kunst, A. E., and Mackenbach, J. P. 1994. "The Size of Mortality Differences Associated with Educational Level in Nine Industrialized Countries." *American Journal of Public Health* 84(6): 932-937.
- Laicardi, C., and Sberna, S. (1992). "Reti sociali, supporto sociale e benessere nell'anziano" P. 131-148 in *La psicologia oggi. Tra indagine sperimentale e ricerca sociale e clinica*, Catania: CUECM.
- Lauder, W., Mummery, K., Jones, M., and Caperchione, C. 2006. "A Comparison of Health Behaviours in Lonely and Non-Lonely Populations." *Psychology, Health and Medicine* 11(2): 233-245.
- Little D. 1978. "Action Theory and the Human Condition, by Talcott Parsons." *Sociology of Religion* 42(1): 77-78.
- Luhmann, N.1983, *Illuminismo sociologico*. Milano: Il Saggiatore
- Maccheroni, C. 2008. "Disuguaglianze nella durata della vita per grado d'Istruzione in Italia all'inizio degli anni 2000." "Carlo F. Dondeña" Centre for Research on Social Dynamics, Università Commerciale Luigi Bocconi: Working Papers 003, Milano.
- Maciejewski, P. K., Prigerson, H. G., and Mazure, C. M. 2001. "Sex Differences in Event-Related Risk for Major Depression." *Psychological Medicine* 31(4): 593-604.
- Mackenbach, J. P., Looman, C. W., Kunst, A. E., Habbema, J. D. F., and Van Der Maas, P. J. 1988. "Post-1950 Mortality Trends and Medical Care: Gains in Life Expectancy Due to Declines in Mortality from Conditions Amenable to Medical Intervention in The Netherlands." *Social Science and Medicine* 27(9): 889-894.
- Marmot, M. 2005. "Social Determinants of Health Inequalities." *The Lancet* 365(9464): 1099-1104.

Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., Taylor, S., and Commission on Social Determinants of Health. 2008. "Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health." *The Lancet* 372(9650): 1661-1669.

Morris J.N., Wilkinson P., Dangour A.D., Deeming C., Fletcher A. 2007. "Defining a Minimum Income for Healthy Living (MIHL): Older Age, England." *International Journal of Epidemiology* 36: 1300-07.

Operario, D., Adler, N. E., & Williams, D. R. 2004. Subjective Social Status: Reliability and Predictive Utility for Global Health. *Psychology & Health*, 19(2), 237-246.

Popay, J., Bartley, M., and Owen, C. 1993. "Gender Inequalities in Health: Social Position, Affective Disorders and Minor Physical Morbidity." *Social Science and Medicine* 36(1): 21-32.

Repetti, R. L., Matthews, K. A., and Waldron, I. 1989. "Employment and Women's Health: Effects of Paid Employment on Women's Mental and Physical Health." *American Psychologist* 44(11): 1394-1401.

Rosolia, A. 2012 "Le disuguaglianze nella speranza di vita." *Banca D'Italia Eurosystema Questioni di Economia e Finanza (Occasional Papers)*. N. 118.

Ross, C. E., and Wu, C. L. 1995. "The Links Between Education and Health." *American Sociological Review*, 60(5):719-745.

Ryff, C. D. 1989. "Happiness is Everything, or is it? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being." *Journal of Personality and Social Psychology* 57(6): 1069.

Seligman, M. E. 2002. "Positive Psychology, Positive Prevention, and Positive Therapy." *Handbook of Positive Psychology*, 2, 3-12.

Sen, A. 1986. Preferenza, confronti di benessere e misurazione sociale: una visione d'insieme. *Id., Scelta, benessere, equità*. Bologna: Il Mulino.

Sen, A. 1992. *Inequality Reexamined*. Gloucestershire: Clarendon Press.

Sigerist H.E 1941. *Medicine, Human welfare*. Yale: University Press.

Singh-Manoux, A., Marmot, M. G., and Adler, N. E. 2005. "Does Subjective Social Status Predict Health and Change in Health Status Better than Objective Status?" *Psychosomatic Medicine* 67(6), 855-861.

Skett, P. 1988. "Biochemical Basis of Sex Differences in Drug Metabolism." *Pharmacology and Therapeutics* 38(3): 269-304.

Solivetti L.M. "Capitale Sociale e sviluppo" in Antonelli, F., Rosato, V., e Rossi, E. (A cura di.). (2016). *Il porto del disincanto. Scritti in onore di Maria Luisa Maniscalco*. FrancoAngeli.

Solivetti L.M. e Mirone A. 2014 "Learning for Life. A Cross National Analysis Comparing Education with other Determinants of Infant Mortality". Working Paper Series ISSN 2385-2755. Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche Sapienza Università di Roma.

Spadea, T., Cardano, M. 2004. "Disuguaglianze di *Salute* in Italia." *Epidemiologia e Prevenzione* 28(3):124-142.

Spadea, T., Cois, E., e Vannoni, 2004. F. "Il gradiente sociale." *Epidemiologia e Prevenzione* 28(3) Suppl.:19-25.

Stellman, J. M. 1977. *Women's work, Women's Health: Myths and Realities*. New York: Pantheon Books.

Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E., and Gruenewald, T. L. 2000. "Psychological Resources, Positive Illusions, and Health." *American Psychologist* 55(1): 99-109.

Umberson, D. 1992. "Gender, Marital Status and the Social Control of Health Behavior." *Social Science and Medicine* 34(8): 907-917.

Uphoff, E. P., Pickett, K. E., Cabieses, B., Small, N., and Wright, J. 2013. "A Systematic Review of the Relationships between Social Capital and Socioeconomic Inequalities in Health: a Contribution to Understanding the Psychosocial Pathway of Health Inequalities." *International Journal for Equity in Health* 12(1):1.

Valkonen, T., Sihvonen, A. P., and Lahelma, E. 1997. "Health Expectancy by Level of Education in Finland." *Social Science and Medicine* 44(6): 801-808.

Van de Velde, S., Bracke, P., and Levecque, K. 2010. "Gender Differences in Depression in 23 European Countries. Cross-National Variation in the Gender Gap in Depression." *Social Science and Medicine* 71(2): 305-313.

Yip, S. O., Dick, M. A., McPencow, A. M., Martin, D. K., Ciarleglio, M. M., & Erekson, E. A. (2013). The Association between Urinary and Fecal Incontinence and Social Isolation in Older Women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 208(2), 146-e1.

Waldron, I., Hughes, M. E., and Brooks, T. L. 1996. "Marriage Protection and Marriage Selection – Prospective Evidence for Reciprocal Effects of Marital Status and Health." *Social Science and Medicine* 43(1): 113-123.

Whitehead M. 1992. "The Concepts and Principles of Equity and Health." *International Journal of Health Services* 22: 429-45.

Wilkinson, R. G., and Pickett, K. E. 2006. "Income Inequality and Population Health: a Review and Explanation of the Evidence." *Social Science and Medicine* 62(7): 1768-1784.

Winkleby, M. A., Fortmann, S. P., and Barrett, D. C. 1990. "Social Class Disparities in Risk Factors for Disease: Eight-Year Prevalence Patterns by Level of Education." *Preventive Medicine* 19(1): 1-12.

Sitografia:

<https://www.europeansocialsurvey.org/>
<https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Commissione Europea "Non solo PIL – Misurare il progresso in un mondo in cambiamento" (2010/2088(INI))

<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=//EP//TEXT+REPORT+A7-2011-0175+0+DOC+XML+V0//IT>

OECD 2013. Guidelines on Measuring Subjective Well-Being.

<http://www.oecd.org/statistics/oecd-guidelines-on-measuring-subjective-well-being-9789264191655-en.htm>

ISTAT - Le misure del benessere equo e sostenibile.

<https://www4.istat.it/it/benessere-e-sostenibilit%C3%A0/misure-del-benessere>

ISTAT, R. 2007. "Condizioni di *Salute*, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari—anno 2005." Roma: Istat.

https://www.istat.it/it/files/2014/06/met_norme_06_31_il_sistema_di_indagini_multiscopo.pdf

ISTAT, 2014. Rapporto Bes.

https://www.istat.it/it/files/2014/06/Rapporto_Bes_2014.pdf

Ministero dell'Economia e delle Finanze. 2017. Documento di Economia e Finanza.

http://www.dt.tesoro.it/modules/documenti_it/analisi_programmazione/documenti_programmatici/def_2017/Allegato_6_AL_DEF_2017.pdf

Fair Society, Healthy Lives - The Marmot Review, Published by The Marmot Review, February 2010

www.ucl.ac.uk/marmotreview

<http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report-pdf.pdf>

OMS 17-21 novembre 1986. La Carta di Ottawa per la Promozione della *Salute* "The Ottawa Charter for Health Promotion" 1° Conferenza Internazionale sulla promozione della *Salute* Ottawa, Ontario, Canada: World Health Organization

<https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

OMS 1994. *“La Salute delle Donne conta”* Conferenza sulla Salute delle Donne in Europa Centrale ed Orientale, Vienna.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/114236/E93952.pdf

OMS 21-25 luglio 1997. *“Dichiarazione di Jakarta sulla promozione della Salute nel 21° secolo, 4a Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute, nuovi attori per una nuova era: introdurre la promozione della Salute nel 21° secolo”*. Jakarta, Indonesia: World Health Organization.

<https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/>

OMS (Glossario HPH – OMS) 1998. Organizzazione Mondiale della Sanità *“Health Promotion Glossary.”* World Health Organization, Ginevra.

https://www.dors.it/documentazione/testo/201303/WHO_HP%20Glossary%201998.pdf

OMS Wilkinson, R. G., and Marmot, M. (Eds.). 2003. *“Social Determinants of Health: the Solid Facts.”* World Health Organization, Copenhagen.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf

OMS *“Dichiarazione Politica di Rio sui Determinanti Sociali della Salute”* Rio de Janeiro (Brasile), 21 ottobre 2011.

<https://www.who.int/sdhconference/declaration/en/>

ONU 1948. *“Dichiarazione universale dei diritti umani”*.

https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/itn.pdf

ONU 1981. *“Committee on the Elimination of Discrimination against Women.”* CEDAW”, Conferenza Mondiale Sui Determinanti Sociali della Salute, Rio de Janeiro 2011.

<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/>

ONU 1993. *“Dichiarazione di Vienna”* e programma d'azione.

<https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/vienna.aspx>

Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2008. *“La sperimentazione farmacologica sulle Donne.”* Comitato Nazionale per la Bioetica.

<http://bioetica.governo.it/media/3435/6-sperimentazione-farmacologica-sulle-donne.pdf>

Salute di Howard S. Friedman, Giorgio Santacroce - Universo del Corpo (2000)

http://www.treccani.it/enciclopedia/Salute_%28Universo-del-Corpo%29/

UNDP Programma per lo Sviluppo delle Nazioni Unite 2010. *Rapporto sullo Sviluppo Umano.*

<http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2010-italian-summary.pdf>

UNHCR - United Nations High Commissioner for Refugees - “*Violence Against Women: an EU-Wide Survey (2014)*”.

<https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain?page=publisher&docid=5316ef6a4&skip=0&publisher=EUFRA&querysi=violence&searchin=fulltext&sort=date>

Unione Europea 2000. Carta dei diritti fondamentali dell’Unione Europea.

http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_it.pdf

Unione Europea 2000/C 364/01 “*Carta dei diritti fondamentali dell’Unione Europea*”.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf

Unione Europea 1997 “*Stato di Salute delle Donne europee.*”

<https://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:146:0004:0005:EN:PDF>

Unione Europea 2008 “*Trattato di Lisbona.*”

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/ALL/?uri=OJ:C:2007:306:TOC>

Unione Europea 2010 “*Carta delle Donne.*”

http://europa.eu/rapid/press-release_IP-10-237_it.htm

Unione Europea 2010. *Europa 2020. “Una strategia per una crescita intelligente, sostenibile e inclusiva.”* COM (2010), 2020.

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/it/ALL/?uri=CELEX%3A52010DC2020>

Unione Europea 2011. “*Sulla istituzione del programma Salute per la crescita*”, terzo programma pluriennale d’azione dell’UE in materia di *Salute* per il periodo 2014-2020.

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=LEGISSUM%3Aasp0017>

Unione Europea 2012. “*Invecchiamento in buona Salute per tutto il corso della vita.*” GUUE (2012/C 396/02)

[http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/IDAN/2015/536344/EPRS_IDA\(2015\)536344_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/IDAN/2015/536344/EPRS_IDA(2015)536344_EN.pdf)

Unione Europea 2013. European Institute for Gender Equality (EIGE). “*Gender Equality Index Report*”.

<file:///C:/Users/Tizi/Downloads/Gender-Equality-Index-Report.pdf>

Unione Europea 2014. Agency for Fundamental Rights, “*Violence Against Women: An EU-Wide Survey: Main Results.*” FRA, European Union Agency for Fundamental Rights.

<https://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-main-results-report>

Vocabolario Treccani Online <http://www.treccani.it/vocabolario/genere>