



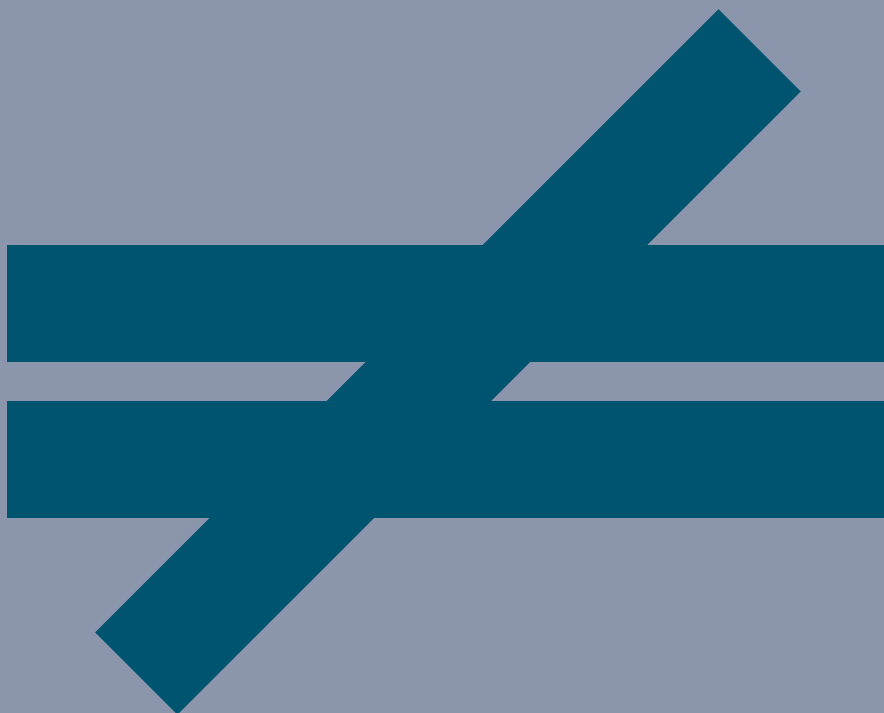
PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO  
*Assessorato alla Salute e politiche sociali*

TRENTINO



*Azienda Provinciale  
per i Servizi Sanitari*

# La salute disuguale in Trentino 2017



## La salute disuguale in Trentino . 2017

A cura dell'Osservatorio per la salute,  
Dipartimento Salute e Solidarietà Sociale,  
Provincia autonoma di Trento

L'Osservatorio per la salute è composto da:

Laura Battisti, Pirous Fateh-Moghadam, Anna Pedrotti, Federica Rottaris, Maria Grazia Zuccali

Per la stesura dei capitoli 'Istruzione' e 'Lavoro', si ringraziano: Francesco Rubino e Monica Zambotti (Dipartimento della conoscenza), Vincenzo Bertozzi e Silvano Deanesi (Istituto di Statistica della Provincia di Trento)

Si ringrazia Alessandro Conci e Sara Carneri per la collaborazione

Si ringraziano inoltre le operatrici e gli operatori di diversi servizi che attraverso la raccolta e l'archiviazione dei dati hanno reso possibile la costruzione di questo report

Un ringraziamento particolare va a tutti i cittadini intervistati nell'ambito dei sistemi di sorveglianza PASSI, Passi d'Argento e OKKIO alla salute, delle rilevazioni ISTAT e gli studenti che hanno partecipato all'indagine PISA 2015

Maggiori informazioni possono essere richieste a:

Osservatorio per la salute,  
Dipartimento Salute e Solidarietà Sociale  
Via Gilli 4, 38121 Trento  
dip.salute@provincia.tn.it  
telefono 0461.494171  
<http://www.trentinosalute.net>



# Indice

<b>Introduzione e riassunto generale</b> . . . . .	<b>3</b>
--	----------

<b>I determinanti sociali della salute</b> . . . . .	<b>11</b>
--	-----------

L'istruzione . . . . .	12
------------------------	----

Il lavoro . . . . .	23
---------------------	----

Il reddito . . . . .	35
----------------------	----

<b>L'impatto dei determinati sociali sui fattori di rischio per la salute</b> . . . . .	<b>41</b>
---	-----------

L'impatto dell'istruzione sulla salute . . . . .	42
--	----

L'impatto della situazione economico-lavorativa sulla salute . . . . .	48
--	----

I possibili effetti sulla salute della riduzione delle disuguaglianze . . . . .	53
---	----

<b>Riassunto: infografica</b> . . . . .	<b>55</b>
---	-----------

<b>Guida OMS per l'azione a favore dell'equità in salute</b> . . . . .	<b>57</b>
--	-----------

## **Appendice**

Descrizione delle fonti dei dati . . . . .	60
--	----

Definizioni dei fattori di rischio comportamentali . . . . .	63
--	----

Come leggere i grafici . . . . .	65
----------------------------------	----



# Introduzione e riassunto generale

*«È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.»*

Costituzione italiana, Principi fondamentali, Articolo 3

*«Il Servizio Sanitario Nazionale è costituito dal complesso delle funzioni delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio.»*

Legge 23 dicembre 1978, n.833, Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, Art 1 (I principi)

## La causa delle cause delle malattie

Le condizioni socio-economiche in cui vivono le persone hanno un impatto considerevole sulla salute, tanto da essere considerate *determinanti sociali della salute*. Questi determinanti (istruzione, lavoro e reddito) influenzano lo stato di salute, sia direttamente che indirettamente, attraverso il condizionamento degli stili di vita, e sono “la causa delle cause” delle malattie. La conoscenza e il monitoraggio degli effetti dei determinanti sociali sugli stili di vita è fondamentale per definire interventi di promozione della salute in tutte le politiche, affinché permettano di ridurre le disuguaglianze dello stato di salute e migliorare il benessere di tutta la popolazione. Ciò è in linea con gli obiettivi della strategia Salute 2020 dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS)<sup>[1]</sup> e del Piano per la salute del Trentino 2015-2025<sup>[2]</sup>.

---

<sup>[1]</sup> Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century, WHO, 2013; <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/health-2020-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century>

<sup>[2]</sup> Piano per la salute del Trentino 2015-2025, <https://partecipa.tn.it/uploads/pianosalute/piano-per-la-salute-del-trentino-2015-2025.pdf>

## Fattori di rischio e risorse salutogeniche

Le azioni di promozione della salute hanno il duplice obiettivo di contrastare eventuali fattori di rischio per la salute (evitare la *patogenesi*) e incrementare le risorse che permettono di rimanere in buona salute (favorire la *salutogenesi*). I fattori di rischio analizzati in questo report sono la difficoltà ad acquisire una buona istruzione, la precarietà lavorativa, la disoccupazione, le difficoltà economiche e gli stili di vita insalubri. Invece per individuare le risorse che favoriscono lo stare in salute, è utile rifarsi al “*senso di coerenza*”, un concetto elaborato da Aaron Antonovsky all’interno del modello di salutogenesi<sup>[3]</sup>. Secondo questo modello<sup>[4]</sup>, confermato da diversi studi empirici<sup>[5]</sup>, un elevato senso di coerenza è associato a una buona salute nonostante le avversità a cui l’individuo può essere esposto. Il senso di coerenza è composto da tre elementi costitutivi: *comprensibilità* (essere in grado di capire ciò che accade nel proprio ambiente), *affrontabilità* (legata alla consapevolezza di possedere le risorse, interne e esterne, necessarie per affrontare gli eventi) e *significatività* (la sensazione che quello che si fa ha un senso, che vale la pena impegnarsi).

## Intervenire sulle disuguaglianze: un vantaggio per tutti

Intervenire sulle disuguaglianze porta a risultati di maggiore coesione sociale con un beneficio diffuso in termini di vita comunitaria e relazioni interpersonali, salute mentale, salute fisica e speranza di vita, rendimento scolastico, riduzione delle dipendenze e della criminalità. Vivere in una società più egualitaria è quindi vantaggioso per tutti, non solo per le persone in situazioni difficili e vulnerabili.

## Gruppi ad alto rischio e gradiente sociale

All’interno della società possono essere identificati alcuni gruppi particolarmente svantaggiati o emarginati. Ma esiste anche un gradiente sociale nella salute, vale a dire le condizioni di salute migliorano progressiva-

---

<sup>[3]</sup> Aaron Antonovsky, *Health, Stress and Coping*, Jossey-Bass, 1979; <http://www.salutogenesi.hv.se/eng/Publications.18.html>

<sup>[4]</sup> Per una sintesi in italiano si veda: Monica Eriksson, Bengt Lindstrom, *A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter*, Health Promotion International, March 2008, Vol. 23 No. 2, 190-199. Sintesi in italiano a cura di Andrea Pierò, Mariella Di Pilato, Rita Longo, Claudio Tortone, [http://allegati.usl4.toscana.it/dl/20140422155503786/Salutogenesi\\_2008\\_Eriksson\\_Lindstrom.pdf](http://allegati.usl4.toscana.it/dl/20140422155503786/Salutogenesi_2008_Eriksson_Lindstrom.pdf)

<sup>[5]</sup> Mittelmark, M.B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G., Pelikan, J.M., Lindström, B., Espnes, G.A. (Eds.), *The Handbook of Salutogenesis*, Springer 2017, <http://www.springer.com/gb/book/9783319045993>

mente con l'aumentare della posizione socio-economica delle persone. È importante programmare interventi che agiscono sia lungo l'intero gradiente sia sui gruppi particolarmente svantaggiati e vulnerabili. Per raggiungere entrambi gli obiettivi occorrono interventi universali e uguali per tutti, la cui intensità è modulata in maniera proporzionale al bisogno (si parla di *universalismo proporzionale*).

Per quanto riguarda la popolazione più svantaggiata ed emarginata occorre concentrarsi non solo su singoli aspetti e caratteristiche dei gruppi emarginati (per esempio: le minoranze), ma è fondamentale affrontare i processi che portano all'emarginazione (riprendendo l'esempio delle minoranze: la discriminazione e il razzismo).

### **Come è strutturato questo report?**

Il report è suddiviso in due parti. La prima parte è dedicata alle disuguaglianze nei determinanti sociali della salute: istruzione, lavoro e reddito. Nella seconda parte viene analizzato l'impatto delle disuguaglianze sociali sui comportamenti individuali che rappresentano importanti fattori di rischio per lo sviluppo e aggravamento delle malattie croniche: fumo, sedentarietà, consumo ad alto rischio di alcol, cattiva alimentazione e sovrappeso/obesità. Nell'analisi si prende in considerazione l'intero arco di vita (bambini, adulti e anziani). Per la predisposizione del report sono state utilizzate diverse fonti informative grazie alla collaborazione del Dipartimento salute e solidarietà sociale con altri enti e dipartimenti (Dipartimento della conoscenza, Istituto di statistica della provincia di Trento, Azienda provinciale per i servizi sanitari). Ogni capitolo è introdotto da un breve riassunto della letteratura scientifica sull'argomento, seguito dall'illustrazione dei dati relativi alla situazione in Trentino e si chiude con un riassunto.

### **Quali sono i risultati più importanti rispetto all'istruzione?**

L'istruzione, assieme alle condizioni economiche e alla situazione lavorativa, è uno dei determinanti fondamentali della salute. In Italia chi ha un livello alto di istruzione (diplomati e laureati) ha una aspettativa di vita significativamente più lunga (di alcuni anni) rispetto a chi ha un livello basso di istruzione.

Dall'analisi dei dati trentini viene confermata la posizione di privilegio ed eccellenza del sistema scolastico locale relativamente al quadro nazionale ed europeo. Tuttavia, persistono diverse disuguaglianze legate a fattori sociali e allo status migratorio che si riproducono anche da una generazione all'altra, innescando e rafforzando un circolo vizioso intergenerazionale e antidemocratico. Rispetto ai loro compagni maschi, le studentesse

continuano ad avere maggiori problemi in ambito matematico e a trovarsi con più frequenza in condizioni in cui non studiano e non lavorano, effetti da ricondurre in parte a un'educazione distorta da pregiudizi di genere. Rispetto ai loro compagni italiani, gli studenti stranieri hanno maggiori difficoltà a raggiungere i livelli minimi di competenza scolastica, abbandonano più frequentemente gli studi e si trovano più spesso in condizioni in cui non studiano e non lavorano. Questi risultati indicano la necessità di rafforzare e promuovere maggiormente una politica di interazione e integrazione. Inoltre gli svantaggi, una volta realizzati, tendono a trascinarsi da una generazione all'altra, bloccando la mobilità sociale: i figli di genitori in condizioni socialmente svantaggiate (per basso livello di istruzione, occupazioni precarie o mal pagate) o di origini straniere, sono più a rischio di non raggiungere i livelli minimi di competenza a scuola, di abbandonare la scuola e di trovarsi in condizioni in cui non studiano e non lavorano.

### **Quali sono i risultati più importanti rispetto all'occupazione?**

Al lavoro viene universalmente riconosciuta la potenzialità di migliorare la vita dell'individuo e della sua famiglia, sia in quanto fonte di reddito e di possibili vantaggi economici, sia in quanto fonte di identità e realizzazione personale.

Come nel caso dell'istruzione la situazione in Trentino risulta migliore della media nazionale in tutti gli ambiti indagati, ma sono presenti anche diseguità nell'accesso al mercato del lavoro in base al genere, all'età, al livello di istruzione e alla cittadinanza. Le donne sono più spesso disoccupate, impiegate in lavori precari o lavorano con contratti part-time (contro la loro volontà). In Trentino, come nel resto d'Italia, il livello di disoccupazione e le condizioni di precariato dei giovani rimangono preoccupanti e senza segnali di miglioramento. Le persone con livelli inferiori di istruzione sono esposte in maniera sproporzionata alla disoccupazione, al precariato, all'aver una retribuzione insoddisfacente, analogamente a quanto succede agli stranieri residenti in Trentino che vengono più spesso licenziati e poi rimangono anche disoccupati per periodi più lunghi.

### **Quali sono i risultati più importanti rispetto al reddito e alle difficoltà economiche?**

Avere una fonte di reddito è essenziale per soddisfare bisogni primari come cibo nutriente e salutare, condizioni abitative dignitose, attività culturali e ricreative. È quindi importante monitorare il reddito medio di una popolazione e la presenza di povertà per valutare lo stato di salute di una popolazione. Tuttavia, è stato dimostrato che una volta colmati i



bisogni essenziali, un aumento non equo di risorse rischia solo di acuire le distanze sociali fra gli individui, senza aggiungere sostanziali benefici per la società. Valutare anche l'equità di distribuzione del reddito all'interno di una popolazione è quindi altrettanto importante.

Il Trentino assume una posizione di isola felice nel contesto italiano per entrambi gli ambiti. Tuttavia all'interno di una popolazione con un reddito medio soddisfacente e distribuito in maniera molto più equa rispetto alla media italiana, permane un non trascurabile strato di popolazione che versa in condizioni economiche tali da impedire il conseguimento di uno standard di vita accettabile. Inoltre, la presenza di difficoltà economiche può avere un impatto negativo sulla salute anche senza arrivare alla povertà (vedi paragrafo successivo).

### **Come si riflettono queste disuguaglianze sociali sulla salute?**

Il livello di istruzione ha un grande impatto sui comportamenti legati alla salute, fin dall'età evolutiva: i bambini di madri poco scolarizzate consumano più bevande zuccherate (e altri cibi spazzatura), uno tra i fattori di rischio più importanti per lo sviluppo di sovrappeso e diabete, già nei bambini. Inoltre, sovrappeso e obesità sono fattori che espongono allo stigma e di conseguenza anche a difficoltà nel rendimento scolastico, innescando, ancora una volta, un circolo vizioso intergenerazionale di disuguaglianza. In età adulta il livello di istruzione influenza tutti i fattori di rischio per la salute analizzati (fumo, alcol, sedentarietà, sovrappeso e obesità) ad eccezione del consumo di frutta e verdura che risulta scarso in tutti gli strati sociali. Le persone che arrivano con qualche difficoltà a fine mese con le risorse economiche a loro disposizione (circa un terzo della popolazione trentina) sono più a rischio di fumare (e di essere forti fumatori), di essere sedentari e in sovrappeso o obesi (questo vale anche per i loro figli) rispetto alle persone che non hanno difficoltà economiche. La maggiore esposizione a questi fattori di rischio aumenta la probabilità di ammalarsi e morire precocemente a causa di malattie croniche come le malattie cardiovascolari, i tumori, il diabete, le malattie respiratorie croniche o le demenze.

### **Di quanto migliorerebbe la salute delle persone azzerando le disuguaglianze sociali?**

Se fosse possibile con una bacchetta magica annullare le differenze dei determinanti sociali spostando tutta la popolazione nei livelli più favorevoli della scala sociale (livello di istruzione elevato, nessuna difficoltà economica, lavoro stabile) cosa succederebbe in termini di fattori di ri-

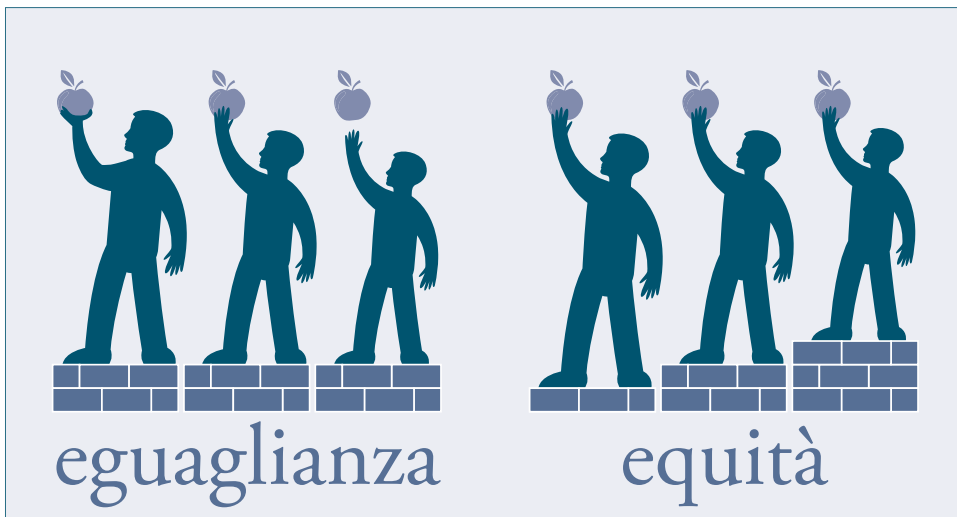
schio per le malattie croniche in Trentino? I problemi di peso si ridurrebbero del 23%, i fumatori diminuirebbero del 14%, i sedentari del 20%. Il consumo di frutta e verdura, non essendo influenzato dai fattori socio-economici, rimarrebbe costante e il consumo di alcol a maggior rischio, essendo più diffuso tra la popolazione più istruita e senza problemi economici, aumenterebbe addirittura. Tuttavia, avendo l'alcol effetti più nocivi nella popolazione svantaggiata anche a parità di consumo, i danni da alcol si ridurrebbero comunque.

### **A che cosa serve questo report?**

Rendere disponibili informazioni sullo stato di salute e sui fattori che la influenzano è un prerequisito per mettere in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla, il processo alla base della promozione della salute. Questo report ha l'obiettivo di leggere la salute e i suoi determinanti attraverso la lente delle disuguaglianze sociali per promuovere l'impegno per una maggiore equità e giustizia sociale. L'impegno per una maggiore equità è da portare avanti attraverso una vera e propria mobilitazione comunitaria di promozione della salute con il coinvolgimento del mondo politico, delle istituzioni, della società civile e della popolazione in generale, applicando il principio della salute in tutte le politiche. Politiche sociali, sanitarie, del lavoro, dell'istruzione, economiche, ambientali, urbanistiche, culturali e sportive.

### **Che fare?**

L'impegno che auspichiamo è da realizzare su più ambiti: 1) quello delle politiche volte a ridurre il divario sociale di partenza, agendo soprattutto su istruzione e occupazione, e quindi a ridurre progressivamente il numero di persone che si trovano in condizioni svantaggiate; 2) quello di sensibilizzare il sistema dei servizi socio-sanitari ed extra-sanitari relativamente all'importanza della riduzione delle disuguaglianze sociali con interventi rivolti alle fasce più deboli; 3) quello di incrementare la resilienza, la capacità di rispondere in maniera efficace alle difficoltà, da parte della popolazione più vulnerabile. Mentre l'associazione tra basso livello socio-economiche e problemi sociali e di salute è un'importante sfida collettiva, a livello individuale non è comunque un destino inevitabile. Molto può essere fatto da parte delle amministrazioni e della società civile per incrementare la capacità dei singoli di farcela nonostante le difficoltà in cui si trovano. Per esempio attraverso la messa a disposizione di informazioni fruibili e prive di conflitto di interesse sui vari temi della salute, per aumentare la *comprensibilità* (la prima componente del



“senso di coerenza”) e la capacità di prendere in autonomia delle decisioni relative alla propria salute; attraverso il miglioramento dei servizi socio-sanitari con la persona al centro (per aumentare l'*affrontabilità*, le risorse esterne a disposizione delle persone per superare le difficoltà) e, per incrementare la *significatività*, attraverso il contrasto della crescente erosione della solidarietà e sfiducia nel futuro, sempre più diffuse nella popolazione, rendendo credibile, praticabile e desiderabile la costruzione di una società solidale in cui tutti abbiano la possibilità di vedere realizzate le proprie aspirazioni con l'obiettivo di lasciare alle generazioni future una situazione migliore, più equa, sana e sostenibile di quella ereditata dalle generazioni precedenti.



# I DETERMINANTI SOCIALI DELLA SALUTE

Le condizioni socio-economiche in cui vivono le persone hanno un impatto considerevole sulla salute, tanto da essere considerate determinanti sociali della salute. Questi determinanti, istruzione, lavoro e reddito, influenzano lo stato di salute, sia direttamente che indirettamente, attraverso il condizionamento degli stili di vita, e sono "la causa delle cause" delle malattie. Rispetto a questi determinanti possono essere identificati alcuni gruppi particolarmente svantaggiati o emarginati all'interno della società, ma va tenuto conto anche della presenza di un gradiente sociale nella salute, vale a dire le condizioni di salute migliorano progressivamente con l'aumentare della posizione socio-economica delle persone.

Intervenire sulle disuguaglianze porta a risultati di maggiore coesione sociale con un beneficio diffuso in termini di vita comunitaria e relazioni interpersonali, salute mentale, salute fisica e speranza di vita, rendimento scolastico, riduzione delle dipendenze e della criminalità. Vivere in una società più egualitaria è quindi vantaggioso per tutti, non solo per le persone in situazioni difficili e vulnerabili. «Per mettere in grado tutte le persone di raggiungere appieno il loro potenziale di salute, l'azione della promozione della salute punta a ridurre le differenze nello stato di salute attuale e ad assicurare pari opportunità e risorse», come raccomanda la Carta di Ottawa.

# L'istruzione

## Introduzione

*«Le condizioni e le risorse fondamentali per la salute sono la pace, l'abitazione, l'istruzione, il cibo, un reddito, un ecosistema stabile, le risorse sostenibili, la giustizia sociale e l'equità. Il miglioramento dei livelli di salute deve essere saldamente basato su questi prerequisiti fondamentali»*

Carta di Ottawa per la promozione della salute, 1986

L'istruzione ricopre un ruolo fondamentale nel fornire ai cittadini le conoscenze, le abilità e i titoli per accedere alle opportunità e alle risorse necessarie con cui vivere. Essa permette di rafforzare la capacità di informarsi, di partecipare alla vita sociale, politica ed economica del paese in cui si vive, di esercitare diritti e di intervenire attivamente sulla salute e sul benessere di ogni individuo e famiglia.

La relazione tra il livello di istruzione degli individui e lo stato di salute in età adulta è stata oggetto di approfondimento di importanti ricerche nazionali e internazionali<sup>[1, 2, 3]</sup>, le quali concordano sul fatto che ad un minor livello di scolarizzazione corrispondono una maggiore esposizione a fattori di rischio per le malattie croniche e peggiori condizioni di salute percepita. Questo legame può essere di tipo diretto, tale per cui l'istruzione veicola la buona salute promuovendo conoscenze, abitudini e pratiche per la valorizzazione delle proprie opportunità di salute ed anche di tipo indiretto, attraverso l'influenza che l'istruzione esercita sulla possibilità di avere un'occupazione stabile e redditizia dalla quale dipendono a loro volta comportamenti e abitudini più o meno salutari. Nel primo caso i percorsi formativi forniscono gli strumenti per utilizzare in modo efficace le informazioni relative al tema della salute e di ciò che può migliorarla o metterla a rischio. Nel secondo caso invece, l'istruzione è

---

<sup>[1]</sup> Costa, G. et al., 2014. *L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*. Milano: FrancoAngeli

<sup>[2]</sup> Dahlgren, G., Whitehead, M., 2006. *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*. World Health Organization, Regional Office for Europe

<sup>[3]</sup> Marmot, M., 2015. *The health gap. The challenge of an unequal world*. London; New York: Bloomsbury

una risorsa essenziale nei processi di mobilità sociale: chi è più istruito aumenta le proprie possibilità di trovare lavori stabili, meglio retribuiti e più gratificanti, i quali influiscono sia sulla qualità della vita percepita, sia sulla possibilità di dotarsi di risorse materiali come cibo salutare e abitazioni più sicure.

Nonostante l'istruzione sia un canale primario tramite cui promuovere la salute e ridurre le disuguaglianze, non tutte le categorie sociali hanno uguali chance di raggiungere i vari titoli di studio. Se il conseguimento della licenza media è diventato ormai universale a partire dalle generazioni nate dopo i primi anni Settanta, le disparità nelle possibilità di ottenere titoli superiori sono tuttora elevate fra i diversi gruppi socio-economici.

Alla luce delle raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità<sup>[4]</sup>, ci si concentrerà quindi sulle disuguaglianze legate alle origini sociali dal momento che possono attivare un circolo vizioso capace di compromettere le opportunità di ognuno e quelle delle generazioni future.

### **Le disuguaglianze nelle opportunità di istruzione in provincia di Trento**

Negli ultimi dieci anni gli indicatori di successo scolastico della provincia di Trento sono stati sensibilmente migliori rispetto a quelli del resto di Italia ma, in qualche caso, ancora inferiori se riferiti ad alcuni traguardi fissati a livello europeo.

Nel 2016, la percentuale trentina di persone in età 25-64 anni che hanno completato almeno la scuola secondaria di secondo grado era di ben dieci punti superiore al dato italiano (69% vs 59%) e sia a livello nazionale che a livello provinciale sono state le donne a ottenere il diploma con una frequenza maggiore degli uomini (in Trentino, 71% vs 67% e in Italia, 62% vs 58%). Con riferimento alla strategia europea per la crescita (Europe 2020), il Trentino presenta buone percentuali di 30-34enni in possesso di un titolo universitario (35%)<sup>[5]</sup>. Mentre la media comunitaria ha praticamente raggiunto l'obiettivo del 40% (UE28 39%), il dato italiano (26%)<sup>[6]</sup> lascia trasparire uno svantaggio ancora significativo da recuperare. Per quanto riguarda invece l'obiettivo di ridurre l'abbandono scolastico a meno del

---

<sup>[4]</sup> World Health Organization, 2014. *Review of social determinants and the health divide in the WHO European region: executive summary*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

<sup>[5]</sup> Istituto di statistica della provincia di Trento (Ispat) 2016

<sup>[6]</sup> Eurostat 2016 <http://ec.europa.eu/eurostat/web/education-and-training/eu-benchmarks/indicators>

10% entro il 2020, vediamo che nel 2016 il Trentino ha ottenuto un indicatore migliore rispetto alla media dei 28 stati membri (8% vs 11%).

Il potenziale d'eccellenza dell'istruzione e formazione provinciale continua tuttavia a risentire di disuguaglianze legate a fattori socio-economici. Alcuni gruppi sociali sono infatti più a rischio di insuccesso scolastico, di abbandono della scuola prima di aver conseguito il diploma e di esclusione dagli ambienti formativi e lavorativi (giovani NEET).

### I livelli di competenza degli studenti quindicenni

Nel quadro della strategia 2020 per l'educazione e la formazione una sfida comune ai paesi europei è la riduzione almeno al 15% degli studenti quindicenni con risultati insufficienti in lettura, matematica e scienze.

Il progetto PISA (Programme for International Student Assessment) dell'OCSE e realizzato in Italia dall'INVALSI (Istituto Nazionale per la valutazione del sistema educativo di istruzione e formazione), si propone di rilevare su base triennale le competenze degli studenti di 15 anni nelle tre materie e di fornire di conseguenza un profilo sulla capacità di utilizzo delle conoscenze e delle abilità acquisite dagli studenti a un passo dalla fine dell'istruzione obbligatoria. L'indagine mostra inoltre come le disparità nelle competenze e nei risultati scolastici siano largamente associate al genere, alla cittadinanza e al contesto socio-economico di provenienza<sup>[7]</sup>. Differenze nelle performance delle ragazze, degli stranieri, degli studenti con genitori con un basso titolo di studio o occupati in posizioni lavorative svantaggiose sono quindi l'esito di disuguaglianze sociali capaci di avere implicazioni rilevanti sul futuro capitale sociale ed economico delle singole persone.

I dati a cui si farà riferimento in questa sezione derivano dall'indagine PISA 2015, la quale ha avuto come focus principale la *literacy* scientifica, ovvero l'abilità di utilizzare conoscenze scientifiche e di applicarle in maniera creativa al contesto quotidiano.

In generale, gli studenti quindicenni trentini raggiungono un livello di competenza scientifica molto elevato presentando una media provinciale di 511, punteggio migliore sia della media nazionale (481 punti), che del valore di riferimento dei paesi OCSE (493 punti) [tab. 1].

I dati rilevati dall'indagine PISA offrono inoltre uno scorcio sulle disuguaglianze alla base delle performance, permettendo quindi di tracciare un profilo degli studenti quindicenni trentini che non raggiungono i livelli

---

<sup>[7]</sup> Borgonovi, F. et al., 2017. "Youth in Transition: How Do Some of The Cohorts Participating in PISA Fare in PIAAC?", *OECD Education Working Papers*, No. 155, Paris: OECD Publishing

<sup>[8]</sup> INVALSI, *Indagine OCSE PISA 2015: i risultati degli studenti italiani in scienze, matematica e lettura*



**Tabella 1** Punteggi degli studenti 15enni in Scienze, Matematica e Lettura (valori medi). PISA 2015

	Trento	Italia	Media OCSE
Scienze	511	481	493
Matematica	516	490	490
Lettura	512	485	500

**Tabella 2** Studenti 15enni che non raggiungono i livelli minimi di competenza in Scienze, Matematica e Lettura. PISA 2015

	Trento	Italia	Media OCSE
Scienze	12%	23%	21%
Matematica	14%	15%	15%
Lettura	11%	20%	19%

minimi di competenza fissati dall'OCSE<sup>[9]</sup>.

È importante sottolineare che in Trentino le performance degli studenti nelle tre diverse discipline sono più che brillanti e che le percentuali di studenti sotto il livello base di competenza sono sensibilmente più contenute di quelle italiane e di quelle della media dei paesi OCSE [tabella 2]. Fermo restando che in Trentino solo il 12% degli studenti quindicenni non raggiunge la 'competenza' scientifica, viene proposta una lettura di dettaglio delle categorie di studenti maggiormente a rischio.

Anche se a livello di prestazione media esiste un divario di genere particolarmente accentuato<sup>[9]</sup>, lo stesso è presente ma non così marcato se consideriamo la soglia dei livelli minimi: l'11% degli studenti quindicenni non raggiunge tali livelli contro un 14% di studentesse, distanza che persiste anche nell'ambito matematico (15% delle studentesse vs 11% degli studenti) ma che si inverte nell'ambito della lettura dove sono i ragazzi ad essere deboli in misura maggiore rispetto alle ragazze (10% delle studentesse vs 13% degli studenti).

Molto diversa è la situazione per le differenze legate allo status migratorio, dove l'impatto delle disuguaglianze emerge con più chiarezza in

<sup>[9]</sup> In scienze le studentesse ottengono un punteggio medio di 501 contro i 520 ottenuto dagli studenti maschi, stessa cosa accade per matematica dove le ragazze ottengono un punteggio medio di 506 vs i 527 dei ragazzi; lo svantaggio invece si inverte in lettura e comprensione del testo dove le ragazze ottengono mediamente 517 punti vs i 506 dei ragazzi

tutti e tre gli ambiti di competenza rilevati da PISA. In Trentino, il 10% di studenti quindicenni di origine italiana non raggiunge i livelli minimi di competenza in scienze, valore che raddoppia fra gli studenti immigrati di seconda generazione<sup>[10]</sup> (22%) e che quasi si quadruplica fra quelli di prima generazione<sup>[11]</sup> (37%). Questo divario esprime uno svantaggio significativo e generalizzato che una volta consolidato condiziona le successive opportunità formative, lavorative e di integrazione dei giovani di origine non italiana.

Disparità accentuate nel rischio di scarse performance scolastiche sussistono inoltre fra gli studenti che provengono da contesti familiari economicamente e culturalmente fragili. L'indagine PISA mette a disposizione un indicatore sintetico per individuare il livello sociale, economico e culturale nel quale il giovane è cresciuto (ESCS)<sup>[12]</sup> che racchiude informazioni riguardanti sia l'istruzione e l'occupazione dei genitori, sia le risorse economiche e culturali a disposizione della famiglia.

Almeno un quinto degli studenti quindicenni provenienti da contesti familiari svantaggiati (20%) non raggiunge i livelli minimi di competenza in scienze, percentuale che si assottiglia al crescere del livello di risorse familiari fino ad abbassarsi al 7% per quanto riguarda gli studenti degli ambienti più benestanti dal punto di vista economico e socio-culturale. Stesse percentuali e stessa tendenza si ritrovano per le competenze in matematica e in lettura.

In ultimo, anche il tipo di scuola frequentata, in ragione di un importante fenomeno di autoselezione, ha il potenziale di accrescere o diminuire le possibilità di raggiungere gli obiettivi formativi considerati essenziali. Nel caso dei liceali, vediamo che sono in pochi a disattendere tali traguardi (3-5%), proporzione che raddoppia tra gli studenti degli istituti tecnici (6-8%) e che aumenta di molto tra chi ha scelto di proseguire la propria carriera scolastica in corsi di formazione professionale (32-36%).

### I giovani che abbandonano prematuramente gli studi

Proseguire la propria carriera scolastica oltre la soglia dell'obbligo è un investimento vantaggioso in termini di occupazione, salute e coesione so-

---

<sup>[10]</sup> Per 'immigrato di seconda generazione' si intende colui nato in Italia da genitori nati in un altro paese

<sup>[11]</sup> Per 'immigrato di prima generazione' si intende colui nato in un paese straniero da genitori stranieri e migrato successivamente in Italia

<sup>[12]</sup> *Economic, Social and Cultural Status* (ESCS): indicatore che sintetizza informazioni su titolo di studio dei genitori (più alto fra i due in termini di anni di scuola), posizione occupazionale dei genitori, ricchezza familiare e presenza in casa di beni di consumo di un certo tipo, di risorse culturali e di risorse da destinare alla propria formazione.



ziale. Un livello di istruzione maggiore aiuta l'acquisizione di competenze cognitive e relazionali importanti per il mercato del lavoro e protegge da prolungati fenomeni di precariato e disoccupazione. L'abbandono precoce degli studi non garantisce invece una preparazione adeguata, aumentando di conseguenza il rischio di future difficoltà economiche e di esclusione sociale. Con abbandono precoce si fa riferimento ai giovani in età 18-24 anni che dopo aver conseguito la licenza media non hanno concluso un corso di formazione professionale di almeno due anni e non frequentano corsi scolastici o altre attività formative.

In Trentino, i dati Istat del 2016 rivelano un tasso di dispersione scolastica pari all'8% (composto dal 9% dei ragazzi e dal 7% delle ragazze), un valore migliore rispetto alla media nazionale e alla media europea, le quali registrano rispettivamente il 14% (16% dei ragazzi e 11% di ragazze) e l'11% dei 18-24enni.

La scelta di abbandonare prematuramente gli studi non ricorre però con la stessa frequenza fra tutti gli studenti e sono coloro che provengono da situazioni socialmente svantaggiate ad avere più alti rischi di demotivazione e disagio scolastico.

Dai dati Ispat (Istituto di statistica della provincia di Trento) del triennio 2013-2015, un quinto dei giovani 18-24enni che ha genitori con al massimo la licenza media ha abbandonato gli studi prima di raggiungere il diploma (20%), valore che scende al 6% e 3% nel caso di ragazzi con almeno un genitore diplomato o laureato.

Una simile disparità si concretizza anche nel caso di una posizione occupazionale bassa rispetto ad una elevata, tanto che la dispersione scolastica si verifica con maggior frequenza tra i giovani i cui genitori svolgono attività precarie e con meno garanzie (15%). Per contro, se i genitori appartengono alla categoria medio-impiegatizia allora la percentuale è di tre volte inferiore (5%) e quasi scompare se questi ricoprono posizioni dirigenziali (1%).

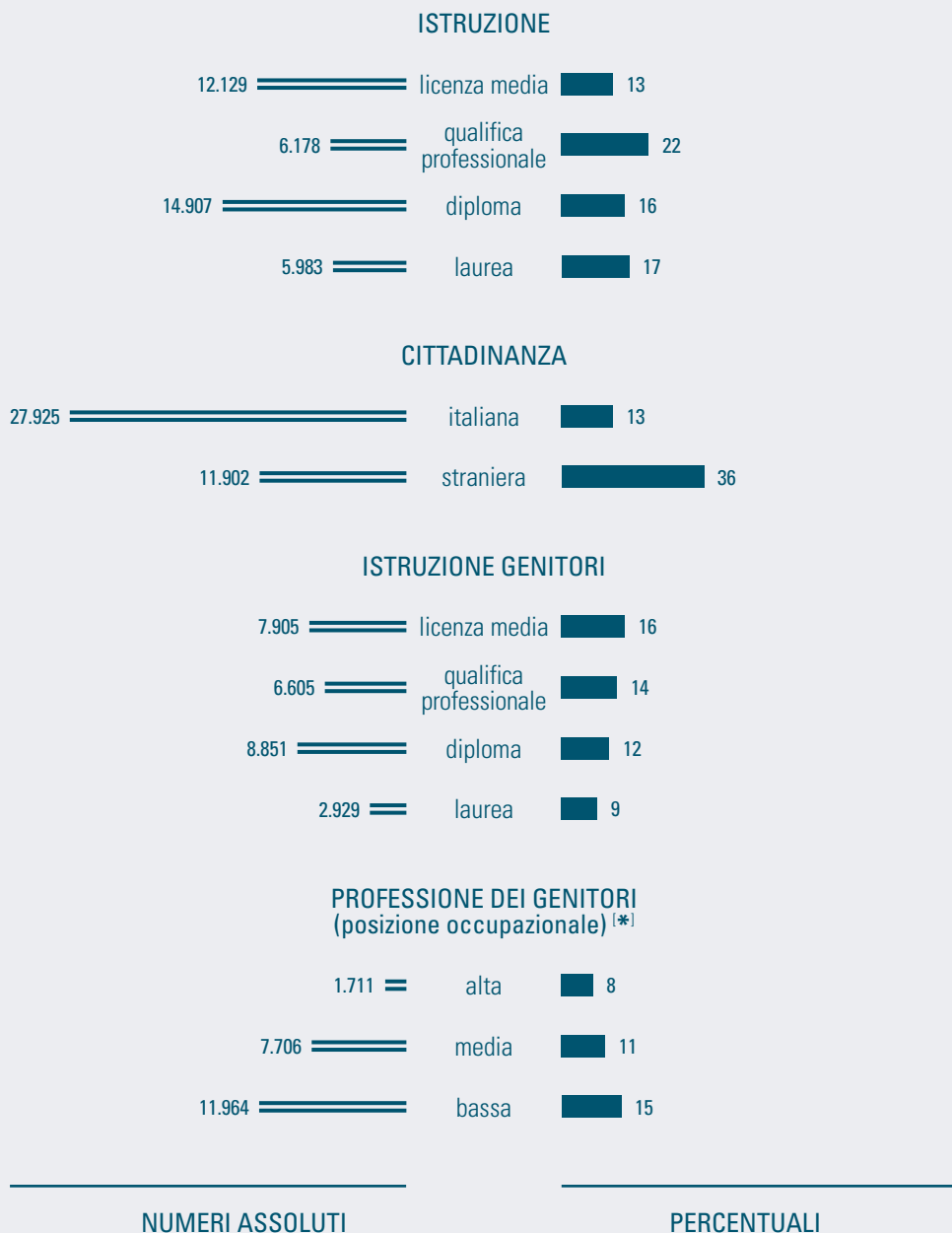
Dalla cittadinanza straniera dello studente dipende infine una disuguaglianza sostanziale dal momento che gli stranieri in età 18-24 hanno abbandonato gli studi con una frequenza quattro volte superiore rispetto a quella dei compagni italiani (28% vs 7%).

### **I giovani che non studiano e non lavorano (NEET)**

Il miglioramento delle opportunità formative e lavorative dei giovani è sempre stato al centro dell'agenda socioeconomica dell'Unione Europea. Un indicatore capace di sintetizzare l'incertezza nella quale si trova una parte della popolazione tra i 15 e i 29 anni è la percentuale di NEET (*Not in Education, Employment or Training*), ovvero di giovani non più impegnati in un percorso scolastico o formativo ma nemmeno



**Figura 3** NEET in provincia di Trento, per caratteristiche socio-demografiche. Ispat 2013-2015



[\*] ALTA: Dirigente, Quadro, Imprenditore; MEDIA: Impiegato, Libero professionista; BASSA: Operaio, Apprendista, Lavoratore presso il proprio domicilio, Lavoratore in proprio, Socio di cooperativa, Coadiuvante nell'azienda di un familiare, Collaborazione coordinata e continuativa, Prestazione d'opera occasionale

inseriti in un'attività lavorativa. Molta attenzione viene riservata a questo dato proprio perché fornisce un peso della componente più giovane ai margini del sistema economico nazionale e di conseguenza a rischio di disoccupazione, scoraggiamento ed esclusione sociale.

A livello italiano, nel 2016 l'Istat ha rilevato una percentuale di NEET pari al 24%, superiore di dieci punti della media dei 28 stati membri (14%)<sup>[13]</sup>, la quale comprende una quota più elevata di ragazze (26% vs 16% UE-28) rispetto a quella di ragazzi (22% vs 12% UE-28). Come per tutti gli altri indicatori, il Trentino dimostra di saper intercettare con più efficacia le difficoltà che si pongono per i giovani: nel 2016 i NEET provinciali ammontavano al 16% della popolazione in età 15-29, registrando anche in questo caso uno svantaggio femminile più accentuato rispetto a quello maschile (18% vs 14%). Dai dati Ispat relativi al triennio 2013-2015 emerge che il 22% dei 15-29enni con una qualifica professionale appartiene al gruppo dei NEET. Sempre in difficoltà ma in modo più contenuto sono i diplomati e i laureati (rispettivamente 16% e 17%), i quali hanno probabilmente più difficoltà ad intraprendere un percorso lavorativo adeguato al loro livello di qualificazione rispetto per esempio ai possessori della sola licenza media (13%).

La distribuzione dei NEET trentini si differenzia molto anche per titolo di studio dei genitori, i quali riescono a prevenire, direttamente o indirettamente, il rischio di inattività da parte dei propri figli soprattutto se in possesso di un diploma o di un titolo universitario (percentuale di NEET: 12% e 9% vs 16% se figli di genitori con la licenza media). Allo stesso modo, la percentuale di NEET è più alta tra i figli di genitori occupati in posizioni precarie o con scarse garanzie economiche (15%), contro un più modesto 11% e 8% nel caso di genitori impiegati o dirigenti.

In ultimo, come per l'abbandono scolastico le disparità legate alla cittadinanza sono consistenti e per ogni giovane nativo, ci sono quasi tre coetanei stranieri che rischiano di rimanere a margine di tali opportunità (13% vs 36%).

## Conclusioni

Il quadro che emerge dai dati presentati conferma il potenziale di eccellenza del sistema scolastico trentino sottolineandone tuttavia alcune criticità. Gli indicatori evidenziano disparità legate alle origini sociali e allo status migratorio che si mantengono nel tempo fino a riprodursi nelle generazioni future.

---

<sup>[13]</sup> Eurostat 2016 <http://ec.europa.eu/eurostat/web/youth/data/eu-dashboard>

Si è visto che:

- gli studenti 15enni con dei livelli insufficienti di competenza scientifica (e anche di matematica e lettura) sono più presenti tra gli stranieri, tra i frequentanti corsi di formazione professionale e tra coloro che provengono da contesti familiari economicamente, socialmente e culturalmente deboli;
- i 18-24enni che hanno abbandonato prematuramente gli studi sono più frequenti tra gli studenti di cittadinanza straniera e tra coloro che hanno genitori con un basso titolo di studio;
- anche tra i NEET, la cittadinanza straniera e avere i genitori con basso livello di istruzione sono fattori che accentuano il rischio di rimanere ai margini dei percorsi formativi e lavorativi.

La riduzione degli svantaggi derivanti dal contesto sociale cui appartengono i giovani che vivono in Trentino è essenziale per garantire a tutti pari opportunità e per impedire il passaggio di una situazione di ingiustizia sociale da una generazione all'altra. Investire sulla preparazione scolastica e sulla permanenza dei giovani all'interno del sistema formativo significherebbe rafforzare il ruolo della scuola in quanto equalizzatore sociale e promotore di integrazione e coesione e aiuterebbe i giovani a dotarsi di strumenti cognitivi e relazionali necessari per valorizzare le proprie opportunità educative e occupazionali.



# Il lavoro

## Introduzione

*«Il lavoro e il tempo libero dovrebbero essere una fonte di salute per le persone. Il modo in cui la società organizza il lavoro dovrebbe contribuire a creare una società sana. La promozione della salute genera condizioni di vita e di lavoro che sono sicure, stimolanti, soddisfacenti e piacevoli»*

Carta di Ottawa per la promozione della salute, 1986

Come ricordato nella Carta di Ottawa, la disponibilità di un'occupazione ha un effetto molto rilevante sulla salute e sul benessere delle persone. Sia in quanto fonte di reddito e di possibili vantaggi economici, sia in quanto fonte di identità e realizzazione personale, al lavoro viene universalmente riconosciuta la potenzialità di migliorare la vita dell'individuo e della sua famiglia. Nello specifico, aspetti come la stabilità, il reddito, l'acquisizione di competenze, la possibilità di conciliare esigenze professionali e personali e l'accesso a reti sociali concorrono a definire l'organizzazione del tempo e della vita di ognuno. La piena e buona occupazione è, in altre parole, una necessità preliminare per la stabilità economica, per la coesione sociale e per la qualità della vita più in generale.

L'impatto che il lavoro ha sulla salute è riassumibile in tre tipi di rischi presenti in misura diversa nelle diverse categorie di lavoratori<sup>[1]</sup>. Il primo rischio minaccia l'integrità del nostro corpo e deriva dall'esposizione a sostanze pericolose, quali prodotti chimici e agenti biologici, e ad agenti fisici, quali fonti di emissione di rumori, vibrazioni, ultrasuoni e radiazioni. Nonostante ci sia un maggiore controllo grazie all'implementazione di normative italiane ed europee sulla salute e sicurezza sul lavoro, i rischi legati all'ambiente fisico costituiscono tuttora una delle cause primarie di cattiva salute e mortalità prematura fra i lavoratori.

Meno tangibile ma ugualmente impattante è il rischio psicosociale, o da stress lavoro-correlato. In questo caso i lavoratori si trovano ad affrontare fattori (carico di lavoro eccessivo, un ambiente sociale poco supportivo, l'incertezza della carriera e squilibrio fra impegno e ricompense,

---

<sup>[1]</sup> Marmot, M., 2015. *The health gap. The challenge of an unequal world*. London; New York: Bloomsbury

fra responsabilità e mancanza di autonomia) che possono avere degli effetti profondamente negativi sul loro benessere fisico e psicologico. A questo proposito, alcuni studi registrano aumenti del rischio di malattie cardiovascolari e di malattie mentali fra i lavoratori che sperimentano tali situazioni come anche un peggioramento della salute dovuto all'adozione di stili di vita poco salutari<sup>[2,3]</sup>.

Il terzo rischio è legato all'assenza o all'instabilità del lavoro, fenomeni divenuti di sempre più difficile risoluzione dalla crisi economica del 2008. Il divario nei benefici collegati all'attività lavorativa è evidente a fronte di un peggioramento degli indicatori di salute percepita di chi affronta episodi di disoccupazione, di precarietà lavorativa e di scoraggiamento nella ricerca del lavoro<sup>[4]</sup>. Tra gli effetti negativi che queste condizioni hanno sulla salute, gli esperti sottolineano con grande preoccupazione l'aumento del rischio di mortalità legato sia all'aumento dei comportamenti dannosi per la salute, che al peggioramento della salute mentale e dei relativi tassi di suicidio<sup>[5]</sup>. Inoltre, se alla povertà materiale derivante dalla perdita del lavoro si affiancano gli alti livelli di stress, ansia e insicurezza associati alla ricerca di un nuovo impiego, è probabile che il disagio si rifletta anche sulla famiglia e sulla vita sociale del soggetto disoccupato.

A livello programmatico, la Strategia Europa 2020 per lo sviluppo e l'occupazione ha fissato come obiettivo generale il raggiungimento entro il 2020 di un tasso di occupazione pari al 75% per la popolazione compresa tra i 20 e i 64 anni, ma spesso si ignora il fatto che i fenomeni della disoccupazione e del precariato non interessano equamente tutte le categorie sociali. La raccomandazione di una maggiore inclusione dei gruppi più vulnerabili deve perciò essere diretta a coloro che possiedono un basso titolo di studio o competenze meno qualificate, a coloro che provengono da famiglie a basso reddito o da contesti migratori e a coloro che appartengono a fasce di età estreme, come i giovani.

In considerazione del fatto che l'attività lavorativa è un determinante cruciale della salute di ognuno, l'obiettivo di questo capitolo è quello di approfondire le disuguaglianze sociali alla base del divario nei benefici

---

[2] Wilkinson, R. G., 1996. *The afflictions of inequality*. London; New York: Routledge

[3] Marmot, M., 2015. *The health gap. The challenge of an unequal world*. London; New York: Bloomsbury

[4] Costa, G. et al., 2014. *L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*. Milano: FrancoAngeli

[5] World Health Organization, 2014. *Review of social determinants and the health divide in the WHO European region: executive summary*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

ad essa collegati. Per fare ciò, si affronterà il legame tra posizione sociale e lavoro facendo riferimento a due misurazioni complementari: da un lato si parlerà di distribuzione di opportunità occupazionali mettendo a confronto i numeri del mercato del lavoro trentino con quello nazionale ed europeo; dall'altro, si farà riferimento anche al concetto di qualità del lavoro, integrando cioè le informazioni oggettive con dati relativi alla soddisfazione lavorativa della popolazione trentina.

### **Le disuguaglianze nel mercato del lavoro trentino**

Nel 2016 il tasso di occupazione italiano della popolazione in età 20-64 si è fermato al 62%, ovvero a quasi quindici punti percentuali di distanza dal traguardo europeo stabilito dalla Strategia 2020. Tale indicatore esprime la capacità di un paese di redistribuire la forza lavoro nazionale nei vari settori produttivi e rappresenta quindi una misura della solidità del sistema economico. La provincia di Trento ha registrato un dato pari al 71%, il quale si avvicina all'obiettivo comunitario collocandosi inoltre fra i migliori in Italia. Rispetto ai tassi di occupazione europei, la percentuale trentina si allinea alla media dei 28 Stati membri grazie ad una più forte occupazione maschile (79%) rispetto a quella femminile (64%).

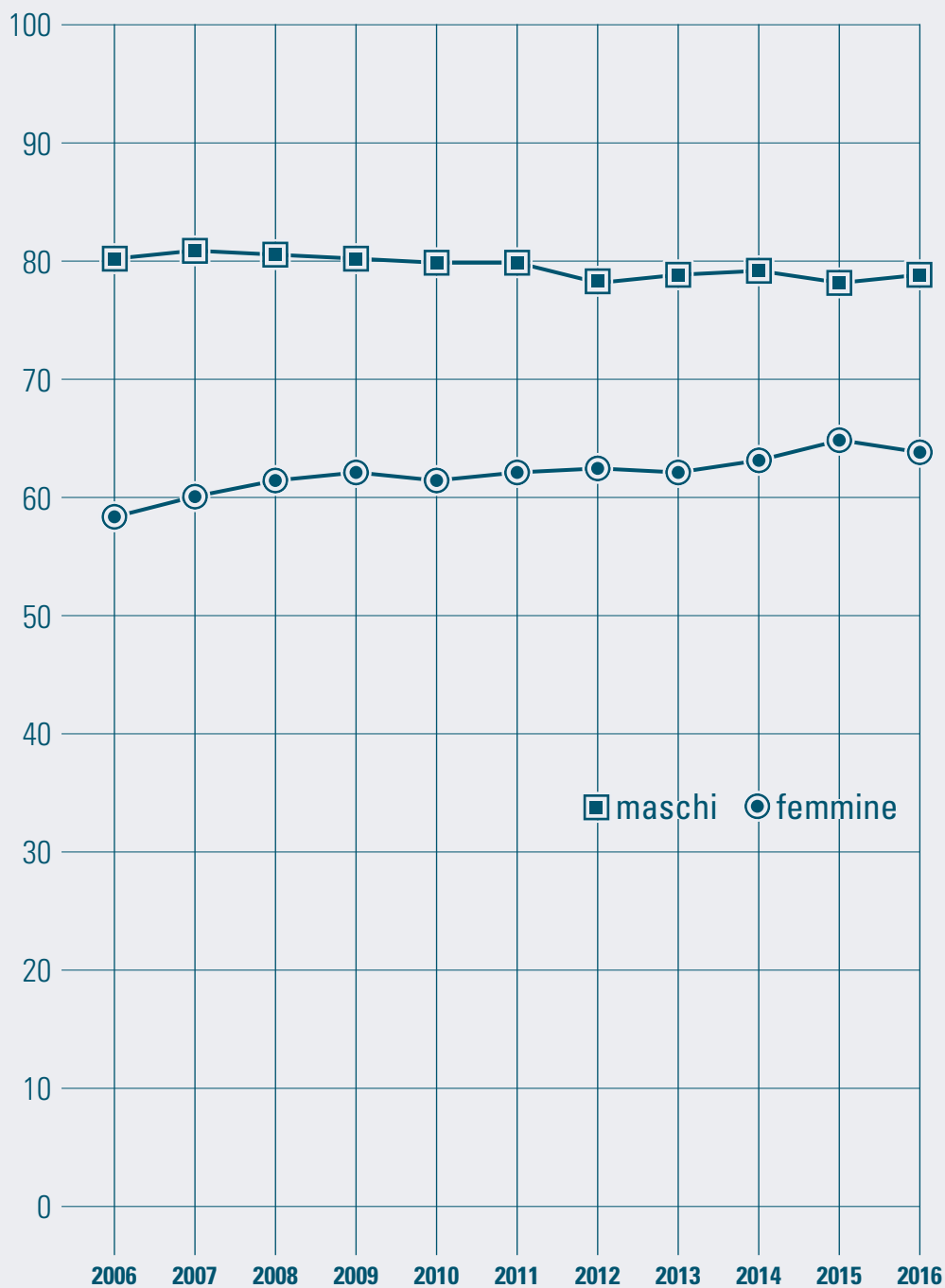
Tuttavia, considerare l'andamento del mercato del lavoro solo in termini assoluti non dà pienamente conto delle disparità presenti fra le categorie sociali della popolazione. Partendo da questi tassi, la necessità è quella di capire come le opportunità occupazionali si distribuiscano secondo determinate disuguaglianze legate al genere, al titolo di studio, all'età e alla cittadinanza. Ci sono disparità di genere nelle chance di lavorare a tempo indeterminato? Può il titolo di studio avere un'influenza sulla durata della disoccupazione? O ancora, la cittadinanza non italiana può rappresentare uno svantaggio per alcuni lavoratori?

### **Gli occupati**

Dagli indicatori del mercato del lavoro, la situazione economica e sociale del Trentino appare senza dubbio più solida rispetto a molte altre realtà italiane. Ciò non significa però che le condizioni e le opportunità lavorative siano ottimali e ugualmente accessibili per tutta la popolazione.

Confrontando per esempio le differenze di genere nelle condizioni occupazionali, si può notare che nel triennio 2013-2015 quasi il 70% delle donne occupate era a tempo indeterminato, una percentuale leggermente più elevata rispetto al 62% della controparte maschile. Al contrario, gli uomini che hanno intrapreso una carriera come lavoratori autonomi sono più di un quarto degli occupati, contro una percentuale sensibilmente più contenuta di donne (14%).

**Figura 1** Tasso di occupazione della popolazione 20-64 anni per genere in provincia di Trento (valori percentuali). Istat 2016



Un ulteriore esempio della costante forbice fra occupazione maschile e femminile è rintracciabile nel differenziale a sfavore delle donne per quanto riguarda i lavori a termine e il part time. Durante il triennio di riferimento c'è stato un divario sostanziale fra la percentuale di uomini e di donne impegnati in contratti atipici: con uno svantaggio di sei punti percentuali, il 17% delle lavoratrici ha dovuto affrontare condizioni di precariato rispetto all'11% dei lavoratori.

Inoltre, negli ultimi tre anni ha lavorato part time il 40% delle donne occupate contro il 7% degli uomini, percentuali che lasciano intuire quanto sia ancora una modalità di lavoro prevalentemente femminile. A questo si aggiunge l'ampia differenza fra uomini e donne che dichiarano di svolgere un lavoro a tempo parziale per mancanza di uno a tempo pieno: a fronte di un ridotto 3% maschile, sono nuovamente le donne a presentare una più alta incidenza di part time involontario (17%).

Passando invece alle disparità legate al titolo di istruzione, è stato rilevato che nel 2016 il tasso di occupazione della popolazione trentina con la licenza media era del 47%, sensibilmente inferiore a quello dei diplomati (75%) e dei laureati (82%).

Più nel dettaglio, anche le probabilità di avere un contratto a tempo indeterminato tendono a crescere all'innalzarsi del livello di istruzione. I rendimenti occupazionali legati alla licenza della scuola dell'obbligo sono deboli a confronto con i diplomati e, anche se è comune per i laureati iniziare a formarsi in un'occupazione atipica, il titolo di studio universitario garantisce poi nel medio-lungo periodo maggiori opportunità di accedere a occupazioni stabili e continuative.

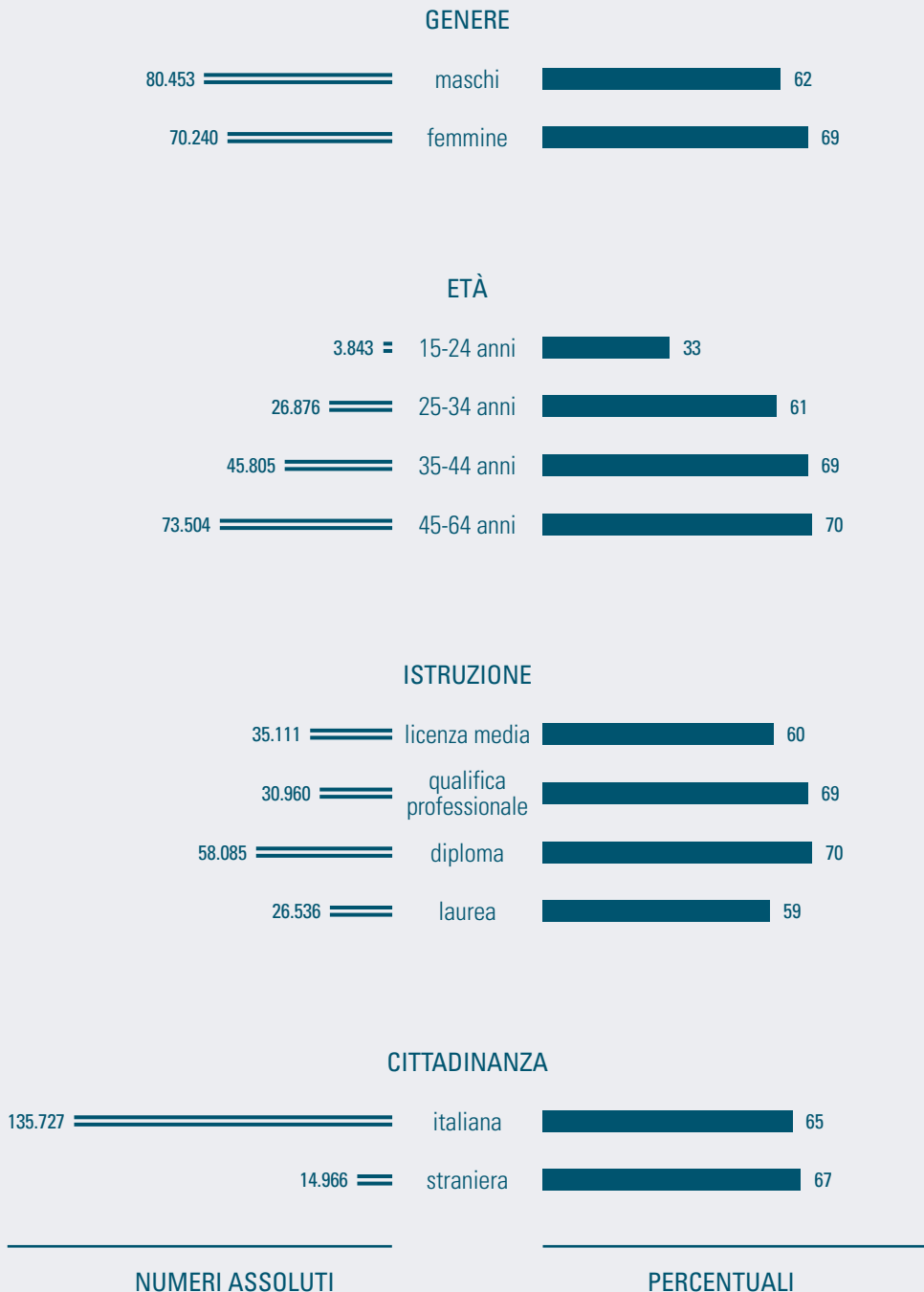
Anche sul piano degli indicatori di qualità del lavoro è stato rilevato che fra i vantaggi derivanti da un alto livello di istruzione c'è la soddisfazione per il lavoro svolto (guadagno, stabilità e relazioni interpersonali).

Dai valori medi elaborati emerge che coloro con titoli di studio inferiori sono quelli meno soddisfatti della remunerazione derivante dalla propria occupazione (6,6) e delle relazioni instaurate sul posto di lavoro (7,3), contrariamente invece ai diplomati e laureati, i quali presentano punteggi più positivi (rispettivamente 7,3 e 7,1 per il guadagno e 8,1 e 7,8 per le relazioni di lavoro). Per quanto riguarda la stabilità lavorativa invece, chi è in possesso di una qualifica professionale riporta un grado di soddisfazione più elevato rispetto ai laureati, i quali si posizionano all'estremità più bassa (5,2) <sup>[6]</sup>.

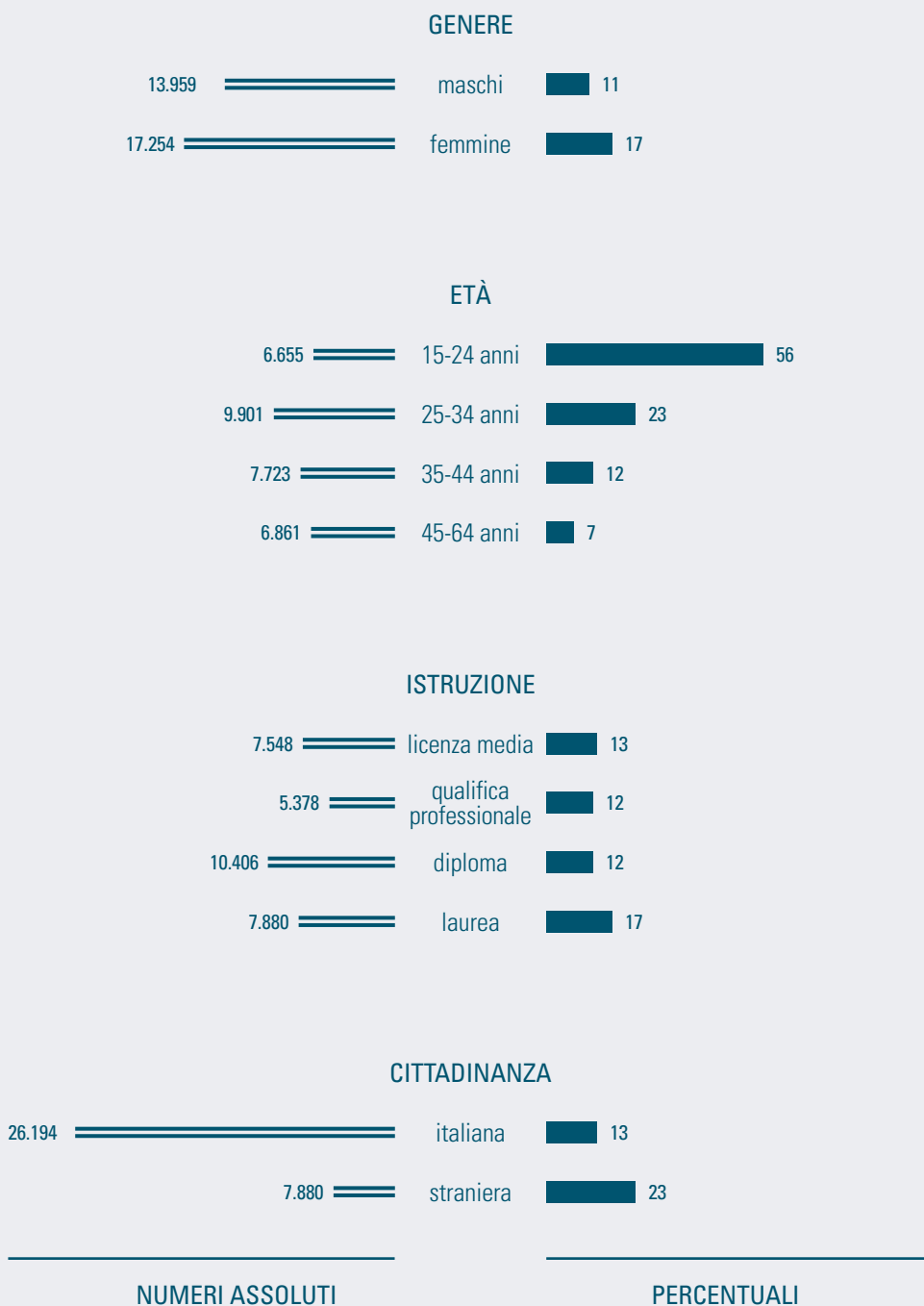
---

<sup>[6]</sup> La soddisfazione espressa per il lavoro (Rilevazione sulle forze di lavoro) si riferisce alla media della soddisfazione per i seguenti aspetti del lavoro (scala da 0 a 10): guadagno, numero di ore lavorate, tipo di orario, relazioni di lavoro, stabilità del posto, distanza casa-lavoro, interesse per il lavoro. Dati gli obiettivi del report, si è deciso di elaborare solo i valori relativi al guadagno, alle relazioni di lavoro e alla stabilità del posto.

**Figura 2** Occupati a tempo indeterminato in provincia di Trento, per caratteristiche socio-demografiche. Ispat 2013-2015



**Figura 3** Occupati a tempo determinato in provincia di Trento, per caratteristiche socio-demografiche. Ispat 2013-2015



Relativamente alle disparità intergenerazionali, il tasso di occupazione dei 15-24enni trentini si è abbassato al 21% negli ultimi tre anni mentre quello dei 25-34enni è rimasto stabile al 73% per poi alzarsi di dieci punti percentuali fra i 35enni e oltre.

Per quanto la bassa percentuale iniziale sia spiegabile con i più alti livelli di partecipazione scolastica dei giovani, quello che comunque colpisce è lo squilibrio tra la fascia dei giovani occupati e i lavoratori più adulti. Mentre oltre due terzi degli occupati appartenenti alla fascia 25-64 sono lavoratori a tempo indeterminato, il 56% dei giovanissimi fra i 15 e i 24 anni sono precari. Questo dato tuttavia migliora velocemente dal momento che per i giovani nella fascia d'età immediatamente successiva (25-34 anni) gli occupati a tempo indeterminato raddoppiano (61%) come anche è più che dimezzata la percentuale di chi lavora a tempo determinato (23%).

Infine, anche la cittadinanza ha un suo peso nel delineare opportunità più o meno eque per i lavoratori. Nel 2016 il tasso di occupazione degli stranieri in Trentino è stato pari al 56%, di molto inferiore al 67% degli italiani, e a fronte di uno stabile 13% di questi, quasi il 23% degli stranieri è stato esposto a lavori instabili o saltuari negli ultimi tre anni. La medesima vulnerabilità degli stranieri sul mercato del lavoro trentino è confermata anche dal rapporto annuale del Cinformi relativo all'anno 2016 il quale rileva percentuali elevate e in leggero aumento rispetto a quelle degli italiani<sup>[7]</sup>.

### I disoccupati

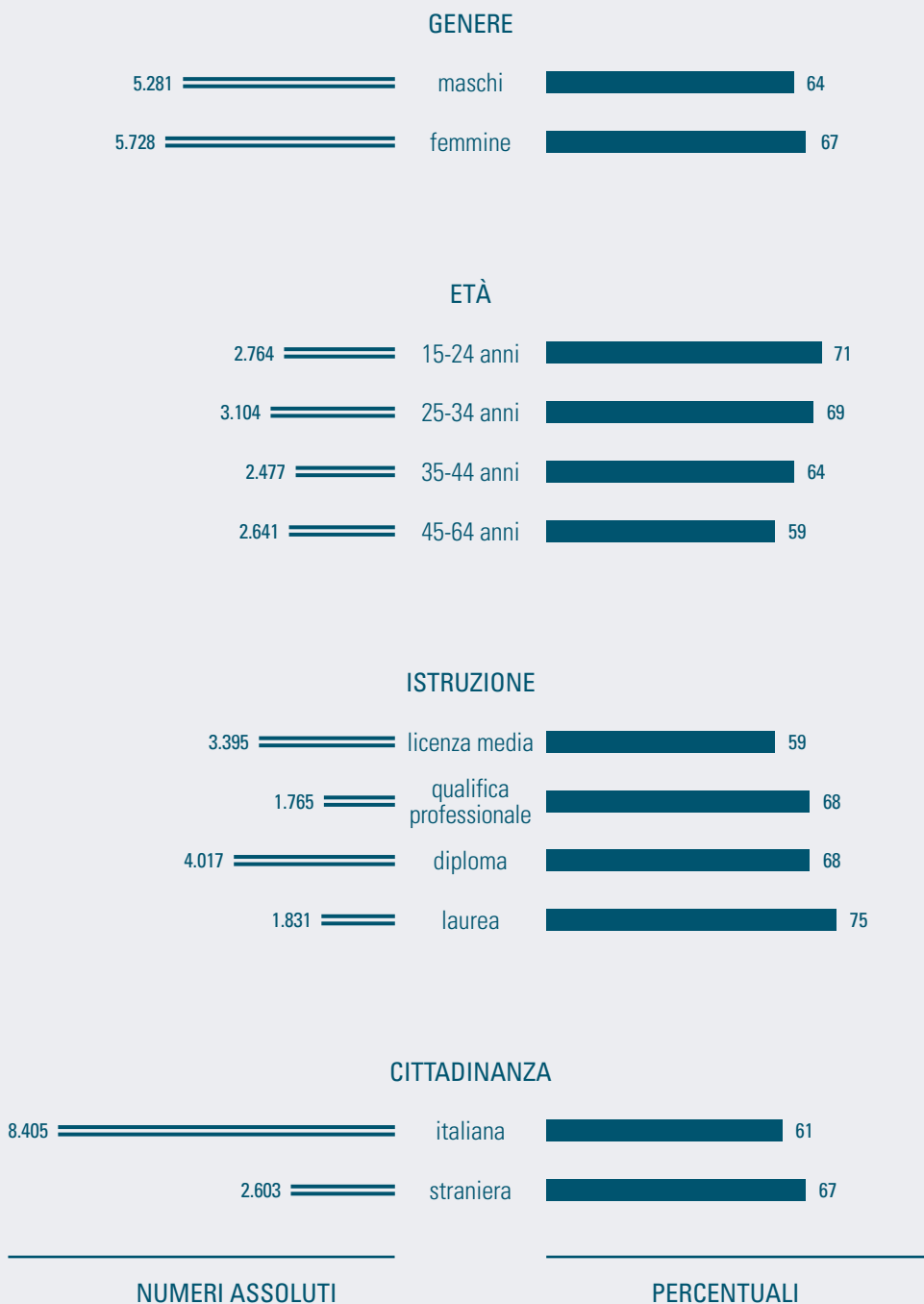
L'acuirsi della crisi economica ha causato negli ultimi anni un aumento consistente del numero dei disoccupati. Dai dati ISTAT si delinea una crescita costante del tasso di disoccupazione nazionale a partire dal 2008: dopo essere rimasto stabile all'8% per un breve periodo a cavallo fra il 2010 e il 2011, è peggiorato bruscamente nel 2013 per poi iniziare a calare da fine 2015 pur rimanendo intorno al 12%. Nonostante le percentuali più contenute, il territorio trentino ha subito un simile incremento fra il 2011 e il 2012 raggiungendo l'apice del 7% nel 2014: in tutti gli anni presi in considerazione, le seppur limitate differenze nei tassi di disoccupazione maschile e femminile sono sempre state a svantaggio delle donne. Lievi differenze ci sono anche nella durata della disoccupazione: fra le donne disoccupate, il 67% lo è da meno di un anno contro il 64% maschile, mentre il contrario accade per la disoccupazione di lungo periodo, dove sono gli uomini ad essere invece svantaggiati rispetto alle donne di tre punti percentuali. Tuttavia, il fenomeno della disoccupazione non dipende solo da disuguaglianze di genere ma anche da altre condizioni che rendono alcuni gruppi

---

<sup>[7]</sup> Centro informativo per l'immigrazione (CIFORMI), 2017. *L'immigrazione in Trentino. Rapporto annuale 2016*. Provincia Autonoma di Trento, pp. 103-132



**Figura 4** Disoccupati da meno di 12 mesi in provincia di Trento, per caratteristiche socio-demografiche. Ispat 2013-2015



socialmente vulnerabili, come il basso livello di istruzione, condizioni socioeconomiche svantaggiose o l'appartenere a fasce di età a rischio.

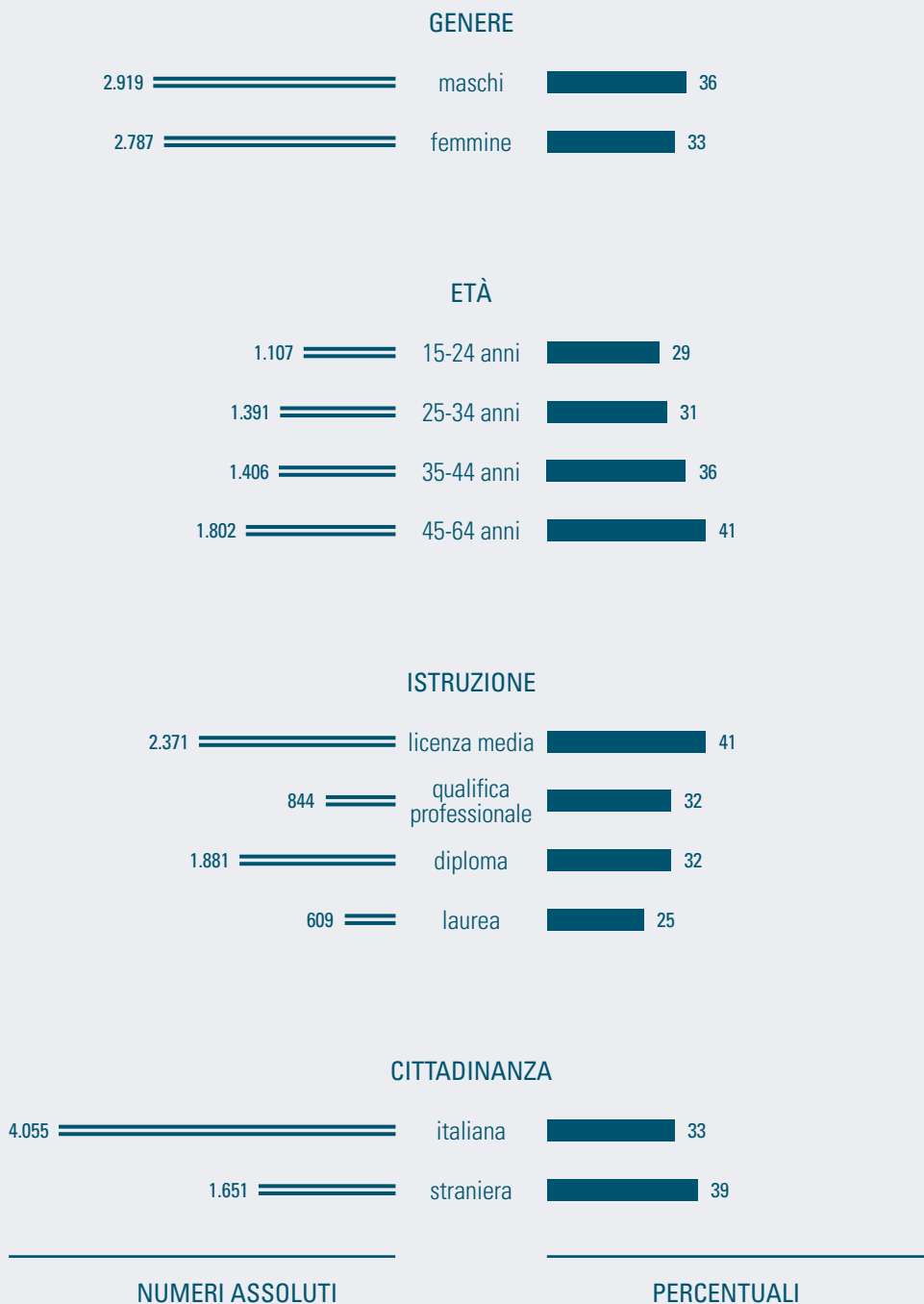
Con riferimento al titolo di studio, gli ultimi dati ISTAT rivelano che nel 2016 il tasso di disoccupazione fra chi possiede al massimo la licenza di scuola media era il doppio (10%) rispetto a quello dei diplomati e dei laureati (6% e 5%). I laureati come i diplomati possono trovarsi a fronteggiare periodi senza un impiego, ma sono coloro con un basso livello di istruzione ad accusare episodi di disoccupazione severamente prolungati.

Un primo dato che appare immediatamente preoccupante è il 41% di disoccupati con al massimo la licenza media che non lavora da più di un anno. Per coglierne appieno la significatività, questa percentuale è da affiancare a quelle dei laureati: il dato elevatissimo di breve periodo (75%) è legato alla difficoltà nel reperimento del primo impiego nell'immediato post-laurea, mentre il dato più contenuto di lungo periodo (25%) marca l'esistenza di un meccanismo per il quale il titolo universitario è una qualifica attualmente più spendibile sul mercato del lavoro rispetto al diploma o alla sola licenza media. Come accennato precedentemente, a diverse fasce di età corrispondono rischi diversi di disoccupazione. Per esempio, l'esclusione dei giovani dal mercato del lavoro preoccupa da sempre i decisori politici e l'opinione pubblica dal momento che il nostro Paese continua a caratterizzarsi in Europa per tassi ancora purtroppo molto elevati. I dati ISTAT mostrano che nel 2016 i 15-24enni disoccupati erano il 24%, contro un 9% di 25-34enni e un 5% di 35enni e oltre. In seguito alla crisi economica c'è stato un peggioramento generalizzato delle opportunità occupazionali della fascia più giovane, soprattutto in termini di ingresso alla prima occupazione. L'incidenza dei giovani 15-24enni disoccupati è infatti stata in costante aumento dal 2009 e solo nel 2015 si è registrato un leggero arresto: all'inizio della congiuntura economica sfavorevole i giovanissimi disoccupati erano meno del 12%, raggiungendo poi nel 2014 il picco più elevato pari al 27%.

I giovani sembrano essere più svantaggiati nel breve periodo a causa delle poche esperienze lavorative accumulate, ma beneficiano poi sul lungo periodo di maggiori opportunità di riqualificazione professionale rispetto ai lavoratori più adulti. Per entrare più nel merito, le differenze nella durata della disoccupazione suggeriscono due tendenze: nel breve periodo, sono i giovani disoccupati ad essere più numerosi tanto che più di due su tre di coloro in età 15-24 e 25-34 non hanno un lavoro da meno di un anno. Per contro, se si sposta l'attenzione sulla disoccupazione di lungo periodo, ecco che sono i disoccupati nella fascia più matura ad esserne maggiormente interessati (41%). Simili distanze sussistono anche fra i disoccupati italiani e i disoccupati stranieri. Facendo sempre riferimento ai dati Cinformi 2016<sup>[8]</sup>, gli stranieri

<sup>[8]</sup> Centro informativo per l'immigrazione (CINFORMI), 2017. *L'immigrazione in Trentino. Rapporto annuale 2016*. Provincia Autonoma di Trento, pp. 103-132

**Figura 5** Disoccupati da più di 12 mesi in provincia di Trento per caratteristiche socio-demografiche. Ispat 2013-2015



disoccupati ammontavano al 18%, una percentuale tre volte superiore a quella degli italiani (6%).

Nel triennio 2013-2015, il 68% dei disoccupati italiani non ha avuto la disponibilità di un lavoro per quasi un anno, contro una percentuale di sette punti più contenuta di stranieri. Relativamente al lungo periodo, si può notare come siano invece gli stranieri ad avere avuto più difficoltà (33% vs 39%), confermando quindi la precarietà della loro posizione sul mercato del lavoro già sottolineata in precedenza.

## Conclusioni

L'occupazione atipica e la disoccupazione di breve o lunga durata hanno effetti negativi sulla vita e sul benessere dell'individuo sia in termini di povertà materiale, sia in termini di forte stress psicologico, derivanti appunto dall'instabilità del lavoro, dal reddito non continuativo e dal limitato grado di realizzazione e soddisfazione personale e professionale.

Benché in Trentino la situazione appaia decisamente più favorevole rispetto al contesto nazionale, anche in questa zona d'Italia esistono delle opportunità disuguali sul mercato del lavoro per i possessori di titoli di studio non competitivi, i giovani, le donne e i residenti stranieri:

- le donne sono più presenti nel lavoro atipico e nel part-time volontario e involontario;
- gli stranieri hanno maggiormente a disposizione lavori di tipo occasionale e stagionale e devono affrontare periodi di disoccupazione più lunghi;
- i giovani fanno molta fatica sia ad inserirsi per la prima volta nel mercato del lavoro, sia a stabilizzarsi con contratti a tempo indeterminato;
- le persone il cui livello di istruzione non supera quello della terza media vedono aumentati i loro rischi di precariato e di disoccupazione di lungo periodo.

Nonostante i parametri assoluti mostrino qualche lieve miglioramento, i dati presentati suggeriscono che la distanza tra le varie categorie sociali è ancora consistente. Le disuguaglianze relative nelle opportunità di accedere ad occupazioni stabili e continuative contribuiscono ad ampliare la forbice tra coloro che provengono da condizioni socioeconomiche vantaggiose e coloro che provengono invece da gruppi a rischio di esclusione sociale.

Un obiettivo comune dovrebbe quindi essere quello di promuovere un tipo di politica sociale che aiuti coloro ai margini a reinserirsi in società tramite un'attività lavorativa stabile e soddisfacente e che possa altresì aumentare e rafforzare la coesione sociale necessaria per garantire una maggiore equità e giustizia sociale.

# Il reddito

## Introduzione

L'assenza o l'insufficienza di risorse economiche individuali e collettive mette a rischio la possibilità di soddisfare i bisogni fondamentali di ognuno ed è insieme causa ed effetto di problemi nel campo dell'istruzione, dell'occupazione e della coesione sociale. Tutto ciò si traduce in una limitata capacità delle persone di avere controllo sulle proprie scelte di salute e di benessere.

Importante notare però che, oltre una certa soglia di ricchezza, gli effetti dell'aumento della disponibilità economica si affievoliscono diventando quasi del tutto ininfluenti<sup>[1]</sup>. Se si estende il concetto di ricchezza fino ad includere anche la partecipazione sociale (coltivare il tempo libero individuale, familiare e/o sociale)<sup>[2]</sup>, si può vedere come, superato un certo livello base di benessere materiale, un aumento del reddito medio non sortisce effetti ugualmente significativi. Questo perché il reddito può avere un'influenza positiva sulla salute nella misura in cui aiuta a soddisfare bisogni primari come cibo nutriente e salutare, condizioni abitative dignitose, attività culturali e ricreative. Una volta colmati però tali bisogni, un aumento non equo di risorse rischia solo di acuire le distanze sociali fra gli individui, senza aggiungere sostanziali benefici per la società nel suo insieme e nemmeno per lo strato più privilegiato. Quello che vale a livello individuale si conferma anche a livello collettivo: oltre questa soglia base e a parità di reddito medio nazionale, i paesi con una più equa distribuzione interna del reddito sono quelli la cui popolazione ha i maggiori benefici di salute e benessere sociale. È stato infatti dimostrato che società con una distribuzione più equa al loro interno hanno significativamente meno problemi di vita comunitaria e rapporti di fiducia tra le persone, salute mentale e consumo di droga, salute fisica, obesità, rendimento scolastico, mobilità sociale, violenza e sicurezza, crimini e incarcerazione<sup>[3]</sup>.

---

<sup>[1]</sup> Subramanian, S. V., Kawachi, I., 2004. 'Income inequality and health: what have we learned so far' *Epidemiologic Reviews* 26(1): 78-91

<sup>[2]</sup> Marmot, M., 2002. 'The influence of income on health. Views of an epidemiologist' *Health Affairs* 21(2): 31-46

<sup>[3]</sup> Wilkinson, R. G., Pickett, K., 2009. *The spirit level. Why more equal societies almost always do better*. London: Allen Lane

Porre la riduzione delle disuguaglianze legate alla distribuzione del reddito al centro degli obiettivi di salute significa anche aumentare la consapevolezza riguardo al gradiente sociale, ovvero al fatto che le condizioni di salute migliorano progressivamente con l'aumentare della posizione socio-economica delle persone. In questo senso il gradiente sociale rappresenta un indicatore sia della disuguale ripartizione di denaro, prestigio e capitale sociale alla base delle opportunità di salute, sia della qualità della vita nelle nostre società.

Di seguito sarà affrontata la situazione della provincia di Trento partendo dai dati sulla percezione della propria situazione economica e anche in termini relativi analizzando la distribuzione del reddito attraverso la misura dell'indice di Gini.

### **La povertà, la deprivazione sociale e la soddisfazione per la propria situazione economica**

Per l'ISTAT una famiglia viene definita povera in termini relativi se la sua spesa per consumi è pari o al di sotto della linea di povertà relativa, che viene calcolata sui dati dell'indagine sulle spese delle famiglie. Per una famiglia di due componenti è pari alla spesa media mensile per persona e, nel 2014, è risultata di 1.041,91 euro mensili<sup>[4]</sup>.

L'indicatore composito di deprivazione rappresenta invece la quota di individui che vivono in famiglie che registrano dei segnali di difficoltà economica come per esempio il non riuscire a sostenere spese impreviste o il non potersi permettere beni o servizi.

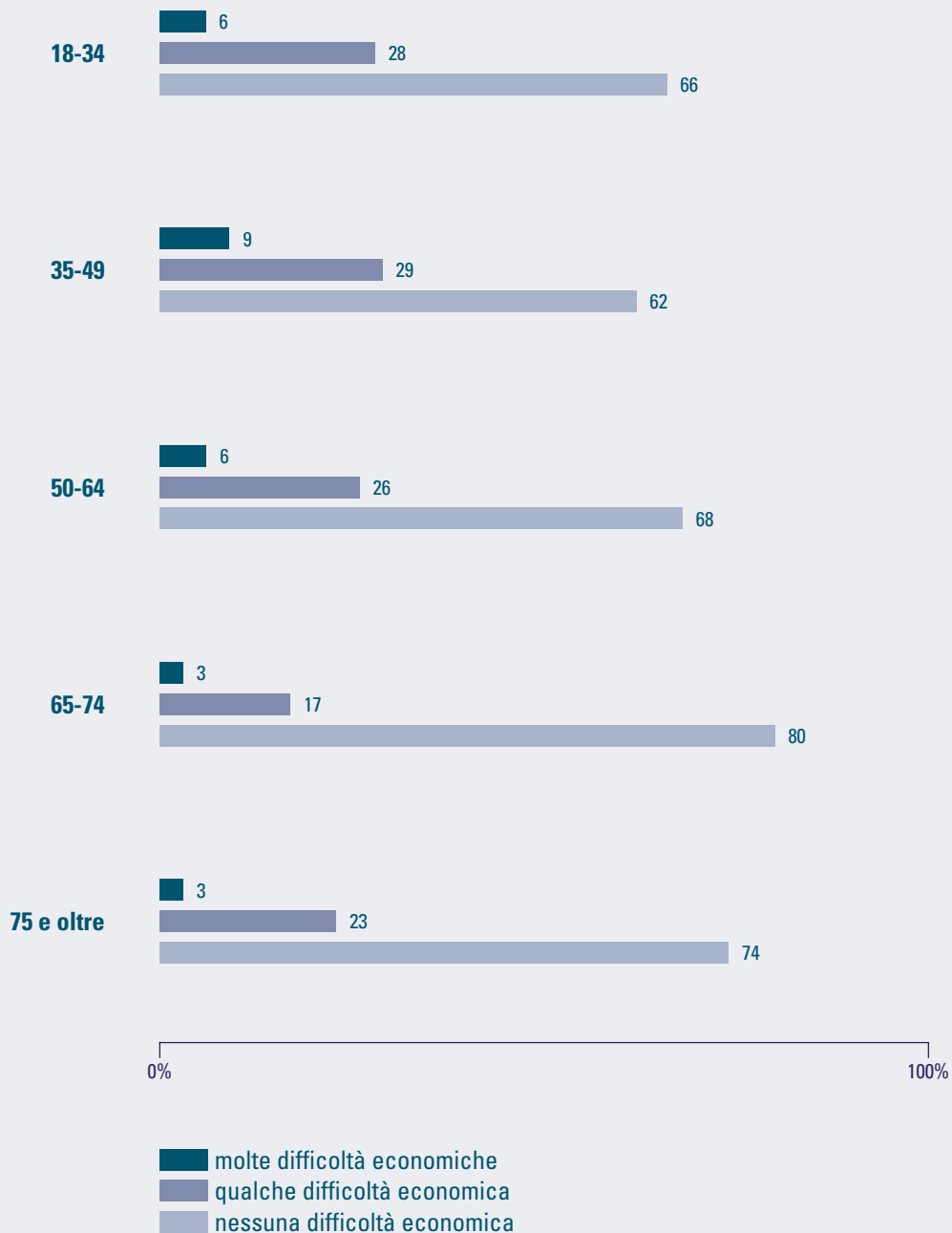
In Trentino, secondo l'ISTAT, il reddito medio nel 2014 era di 32.177 euro (32.783 nel Nordest e 29.472 in Italia). Nel 2014, le famiglie trentine in condizioni di povertà relativa erano il 6,5% delle famiglie residenti (5% nel Nordest e l'10% in Italia) e il 3% di trentini viveva in famiglie in condizione di grave deprivazione (il 6% nel Nordest e il 12% in Italia).

Dagli ultimi dati del sistema di monitoraggio PASSI e Passi d'Argento emerge che il 7% della popolazione adulta (18-64 anni) trentina percepì-

---

<sup>[4]</sup> La soglia di povertà assoluta, non presa in esame in questa sede, corrisponde, invece, alla spesa mensile minima necessaria per acquisire il paniere di beni e servizi considerati essenziali, nel contesto italiano e per una determinata famiglia, a conseguire uno standard di vita "minimamente accettabile". Le famiglie con una spesa mensile pari o inferiore al valore della soglia (che si differenzia per dimensione e composizione per età della famiglia, per ripartizione geografica e ampiezza demografica del comune di residenza) vengono classificate come assolutamente povere. Nel 2014, per una famiglia di due componenti adulti (18-59 anni) di un comune del Nord Italia (fino a 50.000 abitanti) la soglia di povertà assoluta è stata pari a 1025,23 euro, quindi poco distante dalla soglia di povertà relativa.

**Figura 1** Situazione economica in provincia di Trento, per classi di età. PASSI 2013-2016; Passi d'Argento 2012, 2016-2017



sce molte difficoltà economiche, il 28% ha qualche difficoltà e il 65% non ha difficoltà. Per quanto riguarda la fascia anziana (65 anni e oltre), il 3% riporta molte difficoltà economiche, il 20% qualcuna e il 77% nessuna.

La situazione economica provinciale presenta quindi delle disuguaglianze legate all'età: a fronte di un 3% di 65enni e oltre, è il 9% di 35-49enni a percepire maggiormente le difficoltà economiche [figura 1].

Per la maggior parte delle persone anziane la pensione rappresenta la principale risorsa economica. Secondo gli ultimi dati INPS (anno 2015), i 106.551 pensionati residenti in provincia di Trento di 65 anni e oltre percepiscono in media 18.458 euro all'anno, tenuto conto che in alcuni casi uno stesso pensionato può contare anche su più di una pensione.

Nonostante le donne rappresentino il 55% dei pensionati, esse percepiscono il 44% del reddito pensionistico complessivo annuo (869 milioni di euro su 1.967 milioni di euro totali) e il loro importo medio annuo è di 14.738 euro, trattamento sensibilmente inferiore ai 23.062 maschili.

In linea generale tuttavia, nel 2016 la percentuale di trentini soddisfatti del proprio reddito ha raggiunto il 70% ed è stata di venti punti superiore alla media italiana (51%).

### **La disuguaglianza nella distribuzione del reddito**

L'indice di concentrazione di Gini è una misura sintetica del grado di disuguaglianza della distribuzione del reddito. Questo indice è pari a zero nel caso di una perfetta equità della distribuzione dei redditi, nell'ipotesi cioè che tutte le famiglie ricevano lo stesso reddito; è invece pari a uno nel caso di totale disuguaglianza, nell'ipotesi che il reddito totale sia percepito da una sola famiglia.

Con un indice di Gini pari a 0,269 nel 2014, il Trentino si colloca in una posizione di equità tra le migliori a livello nazionale e simile a quelle dei Paesi del nord Europa.

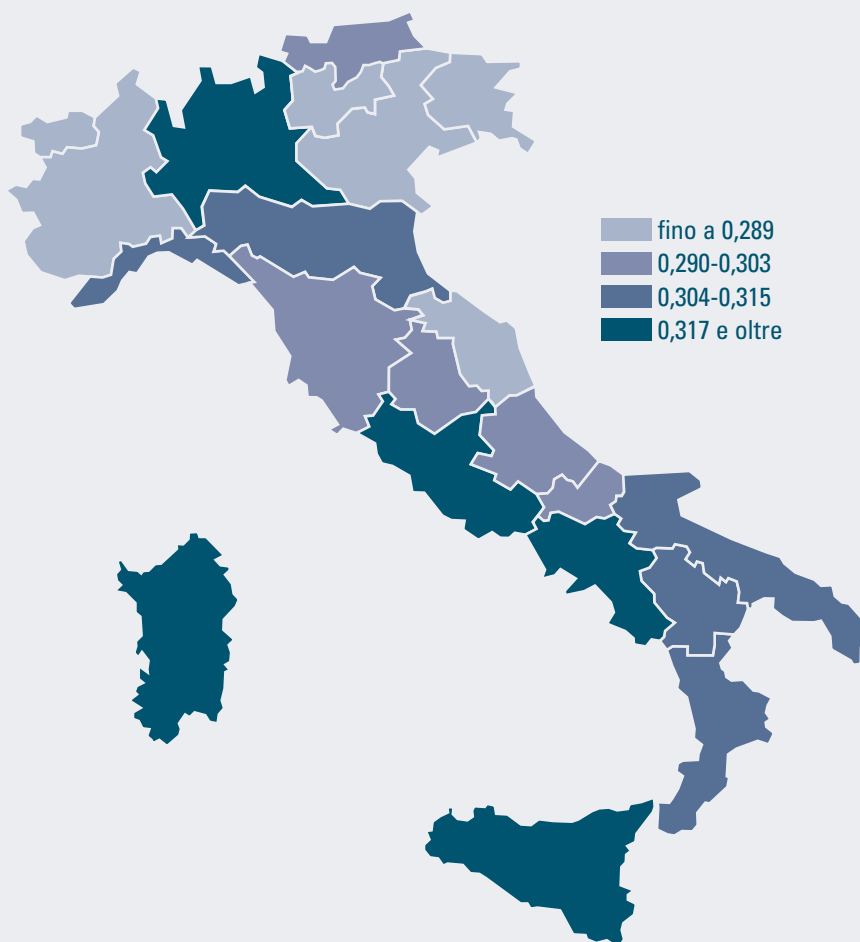
### **Commento**

Risulta sempre più evidente che nelle società benestanti come la nostra molti problemi non dipendono da un livello medio di ricchezza non ancora abbastanza elevato, ma da disparità troppo pronunciate nella disponibilità dei beni materiali tra i diversi membri della società.

Il Trentino assume una posizione di isola felice nel contesto italiano. All'interno di una popolazione con un reddito medio soddisfacente come quella trentina, permangono comunque strati di popolazione con condizioni economiche tali da impedire il conseguimento di uno standard di vita accettabile.



**Figura 2** Disuguaglianza dei redditi. Indice di Gini sui redditi netti familiari esclusi i fitti imputati. Istat, 2014



Dal momento che una volta raggiunto un livello minimo di benessere materiale l'ulteriore crescita economica non influisce sulla soddisfazione, sulla felicità o sulla salute, risulta fondamentale puntare al sostegno degli strati più bisognosi anche attraverso politiche di redistribuzione del reddito per ridurre il divario sociale tra ricchi e poveri. Vivere in una società più egualitaria risulta vantaggioso non solo per i meno abbienti ma anche per lo strato privilegiato della società.

# L'IMPATTO DEI DETERMINATI SOCIALI SUI FATTORI DI RISCHIO PER LA SALUTE

*«Per mettere in grado tutte le persone di raggiungere appieno il loro potenziale di salute, l'azione della promozione della salute punta a ridurre le differenze nello stato attuale e ad assicurare pari opportunità e risorse»*

Carta di Ottawa per la promozione della salute, 1986

Malattie cardiovascolari e tumori, assieme a malattie respiratorie e diabete, sono le malattie con maggiore impatto sulla salute delle singole persone e sulle risorse della collettività. In Trentino sono responsabili di oltre i 2/3 della mortalità generale e dei 3/4 della mortalità prematura (entro i 75 anni) ed evitabile.

L'insorgenza di queste malattie croniche è direttamente favorita da quattro fattori di rischio: un'alimentazione non sana (a cui spesso si accompagnano problemi di sovrappeso e obesità, di ipertensione e di ipercolesterolemia), la sedentarietà, l'abitudine al fumo di tabacco e l'eccessivo consumo di alcol. Si tratta di comportamenti basati in parte su scelte individuali, ma anche conseguenti a condizionamenti dell'ambiente esterno.

A loro volta questi fattori di rischio comportamentali sono legati alle caratteristiche sociali delle persone, tanto da distribuirsi nella popolazione secondo un gradiente sociale: sono maggiormente diffusi nei gruppi di popolazione più sfavoriti (a reddito più basso e con inferiori livelli di istruzione) e ad ogni posizione nella scala sociale corrisponde un livello più favorevole rispetto alla posizione inferiore. Questa disparità sociale, che si ripercuote sullo stato di salute delle persone, è ingiusta ed evitabile poiché frutto di processi culturali, economici e politici sui quali è possibile e prioritario intervenire per avere una società più equa e più sana<sup>[1]</sup>.

Nei precedenti capitoli sono stati presi in considerazione tre dei principali determinati sociali: istruzione, lavoro e reddito. Risulta evidente che il Trentino si trova ancora in una situazione privilegiata, in particolare se

---

<sup>[1]</sup> Per approfondimenti: Whitehead, M., Povall, S., Loring, B., 2014. *The equity action spectrum: taking a comprehensive approach*. World Health Organization, Regional Office for Europe; <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/social-determinants/social-determinants>

confrontato con le altre regioni italiane. Tuttavia sono emerse disparità individuali nelle opportunità di istruzione, in quelle occupazionali e nella distribuzione del reddito capaci di ripercuotersi sulla salute e sullo stato di benessere delle persone.

Nei paragrafi successivi si andrà a valutare in che termini tali disparità sociali impattano sui comportamenti a rischio per la salute nella realtà locale e si stimerà il potenziale guadagno in salute di interventi sui determinanti sociali.

## L'impatto dell'istruzione sulla salute

L'istruzione ricevuta nell'infanzia, assieme alla possibilità di formazione nel corso della vita contribuisce ad accrescere la fiducia e la consapevolezza di sé e dei propri mezzi e a conferire le abilità e le competenze necessarie a superare gli ostacoli e affrontare in modo efficace le richieste e le sollecitazioni, positive e negative, della vita quotidiana, per vivere al meglio delle proprie possibilità. L'istruzione è uno dei più importanti determinanti sociali di salute: generalmente chi è più istruito ha un tenore di vita più alto, ha maggiori opportunità di trovare lavoro qualificato e vive di più e meglio. La scarsa alfabetizzazione e i bassi livelli di istruzione accrescono non solo i rischi di disabilità, ma anche di mortalità.

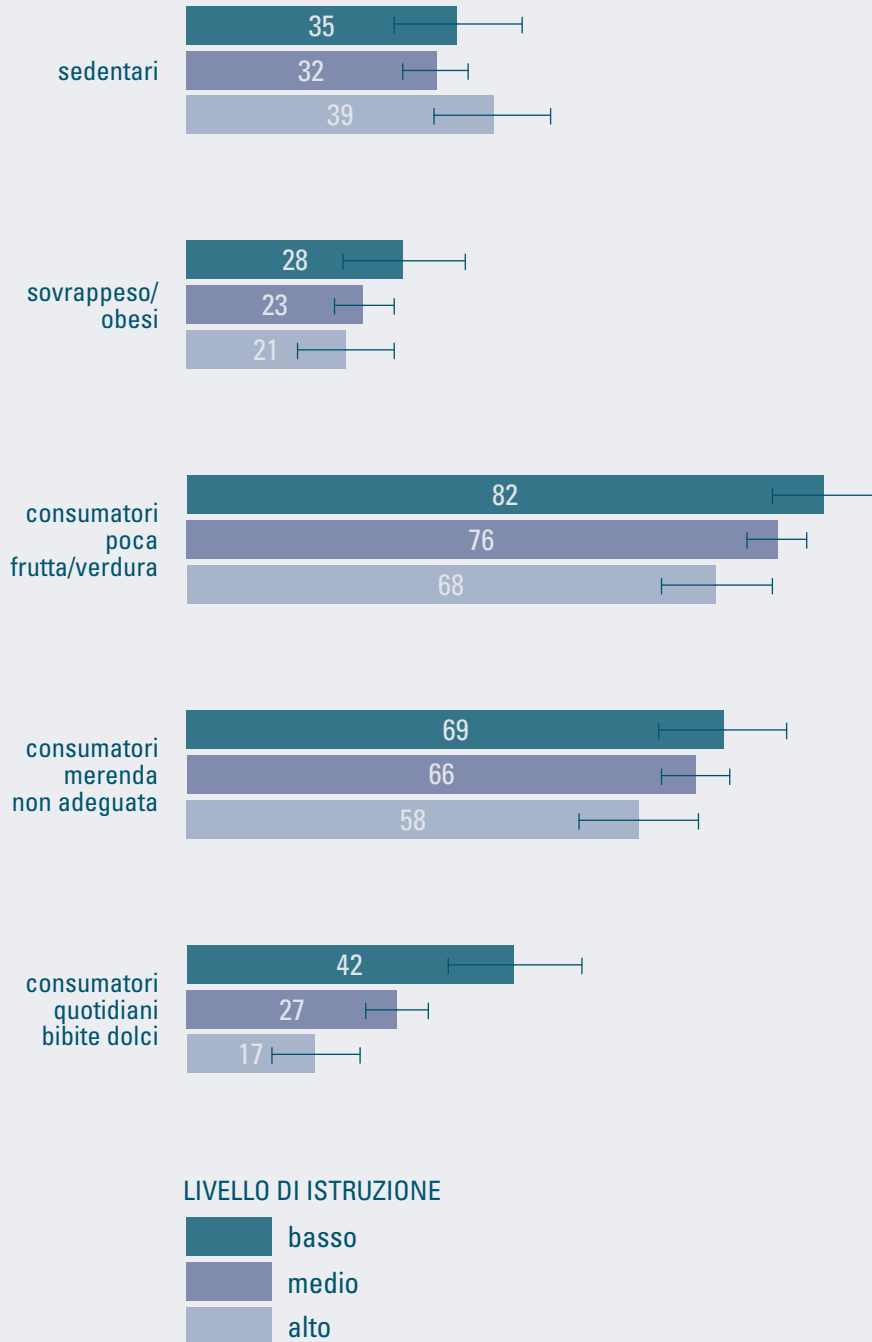
Da quanto emerge dall'ultima indagine OKkio alla salute, condotta in provincia di Trento nel 2016, l'effetto dell'istruzione, in questo caso della madre, si ripercuote anche su alcuni comportamenti dei **bambini** [figura 1].

In particolare si osservano percentuali significativamente più alte di consumo di merende di metà mattina adeguate (frutta e verdura) tra i figli di donne laureate (42%) rispetto ai figli di donne con titolo di studio non superiore alla scuola media inferiore (31%). Le porzioni di frutta e verdura mangiate a scuola, però, non sono sufficienti per rispettare le raccomandazioni di consumo quotidiano e vanno integrate con una sana alimentazione casalinga. Tuttavia soltanto il 3% dei bambini trentini mangia le 5 porzioni di frutta e verdura al giorno consigliate; la percentuale sale al 24% se si considera un consumo giornaliero di frutta e verdura di almeno 4 volte. Tale abitudine non è condizionata dall'istruzione dei genitori.

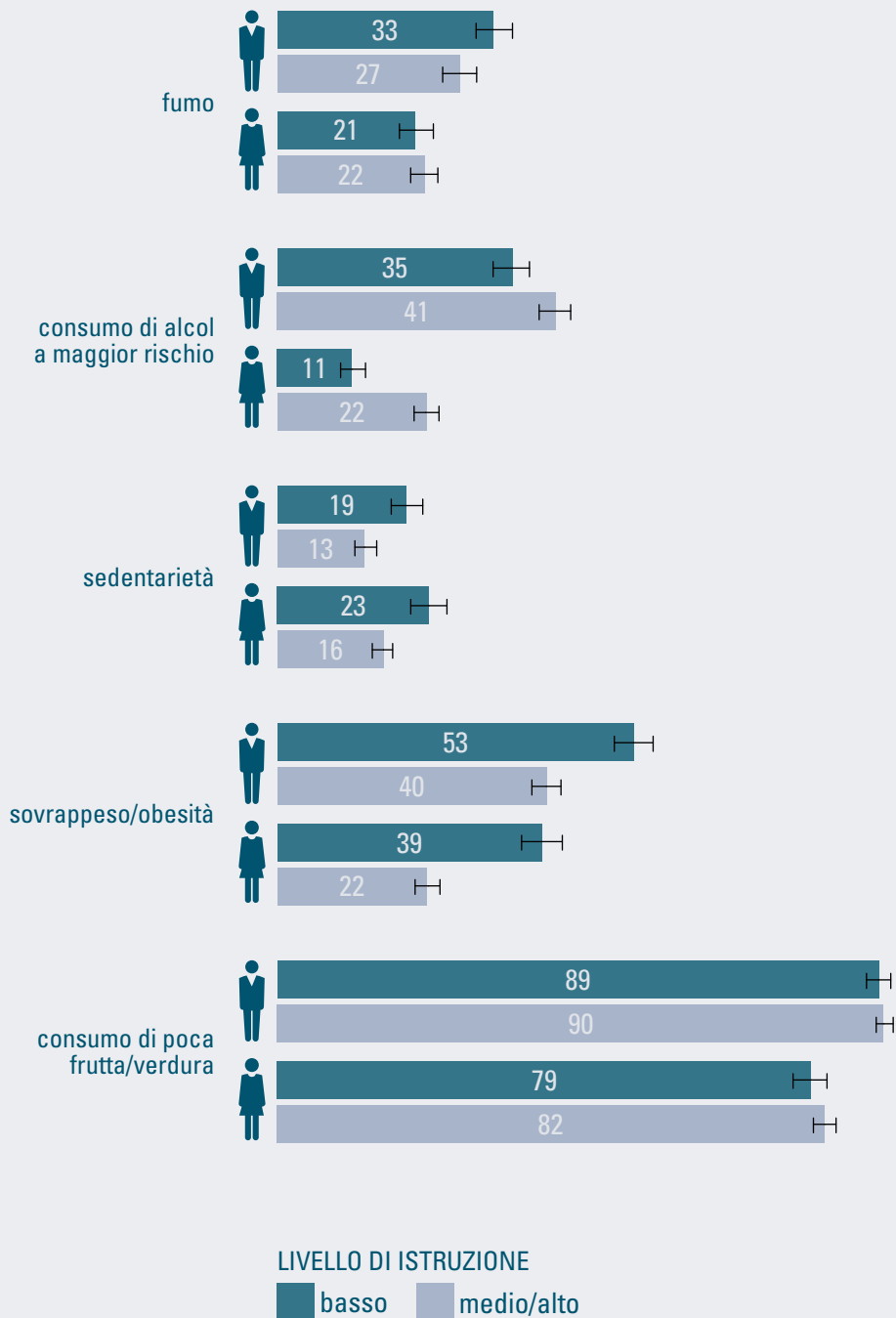
Un altro indicatore di una corretta alimentazione è la frequenza del consumo di bibite zuccherate/gassate come aranciata, Coca-Cola, tè e succhi di frutta. Il 27% dei bambini trentini consuma bibite dolci ogni giorno. La formazione scolastica delle mamme influenza la scelta di ridurre al minimo il consumo: un figlio su due (50%) di donne laureate non beve o beve raramente bibite dolci, abitudine che invece ricorre in un figlio su cinque (20%) di donne con la licenza di scuola media inferiore.

Fattori di rischio per la salute, non solo in età adulta ma anche già dall'infanzia, come la sedentarietà e l'eccesso ponderale non risultano associati all'istruzione dei genitori.

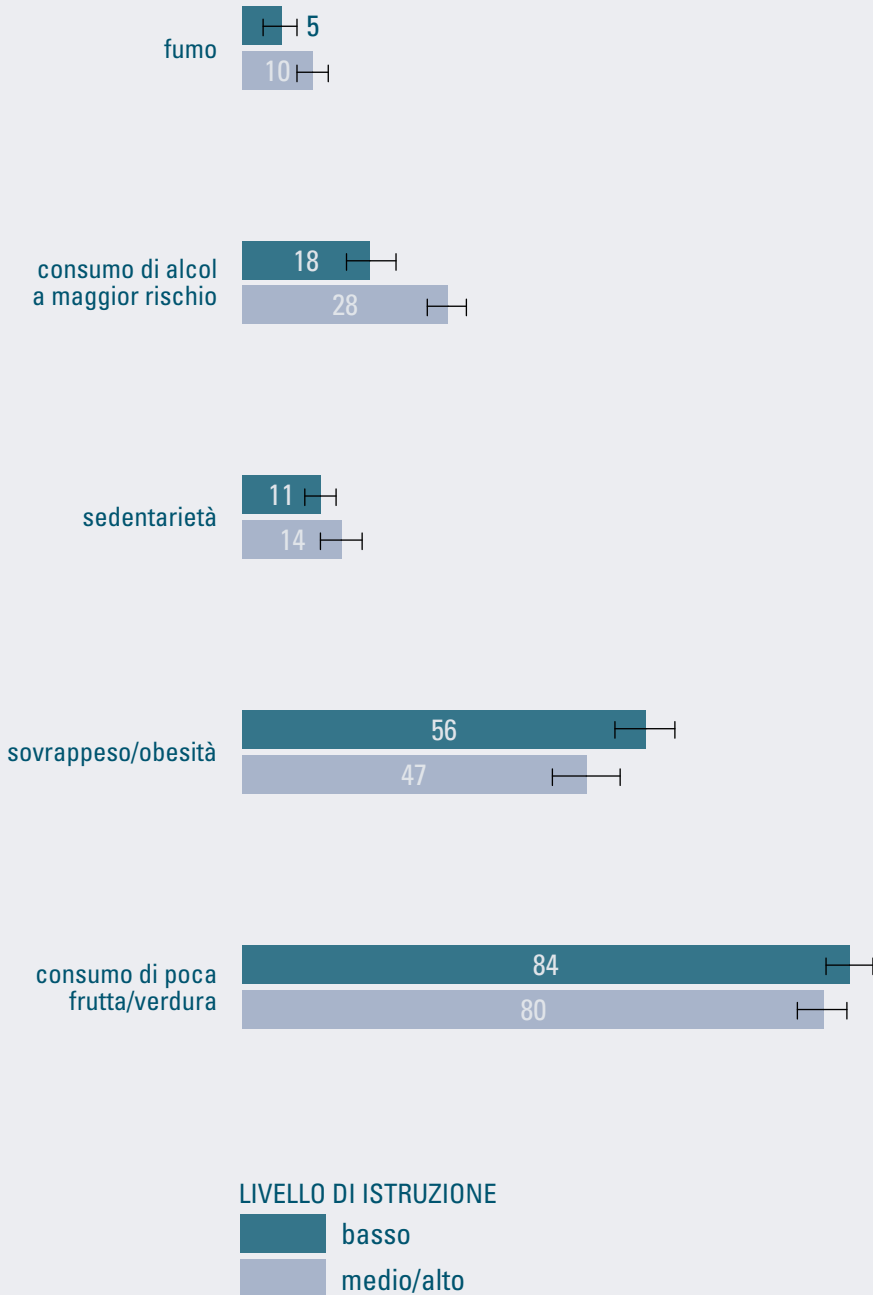
**Figura 1** Prevalenza (%) dei fattori di rischio nei bambini in provincia di Trento, per livello d'istruzione delle madri. Okkio alla salute, 2016



**Figura 2** Prevalenza (%) dei fattori di rischio nella popolazione adulta (18-69 anni) in provincia di Trento, per livello di istruzione e genere. PASSI, 2008-2016



**Figura 3** Prevalenza (%) dei fattori di rischio negli anziani (65 anni e più) in provincia di Trento, per livello d'istruzione. Passi d'Argento, 2012-2017





In **età adulta** il livello di istruzione raggiunto influenza tutti i fattori di rischio per la salute analizzati, ad eccezione del consumo quotidiano delle cinque porzioni di frutta e verdura raccomandate [figura 2].

Più nel dettaglio si osserva che:

- la sedentarietà e l'eccesso di peso seguono un gradiente per entrambi i generi: l'aver studiato oltre la scuola dell'obbligo protegge contro il rischio sia di sedentarietà che di sovrappeso/obesità. Il 23% delle donne con basso livello di istruzione non pratica sufficiente attività fisica contro il 16% delle donne con istruzione medio/alta, mentre negli uomini le percentuali sono rispettivamente del 19% e del 13%. Inoltre, il 39% delle donne e il 53% degli uomini meno istruiti sono sovrappeso/obesi rispetto al 22% delle donne e al 40% degli uomini con livelli di istruzione più elevati;
- l'effetto dell'istruzione sull'abitudine al fumo è evidente solo per gli uomini: la percentuale di fumatori (33%) è significativamente più alta tra chi ha conseguito al massimo la licenza media inferiore rispetto ai diplomati/laureati (27%). I fumatori con basso livello di istruzione, inoltre, fumano un numero di sigarette significativamente superiore rispetto a chi ha un'istruzione medio/alta (mediamente 15 vs 12 sigarette al giorno) e con maggiore probabilità sono forti fumatori: il 36% fuma più di un pacchetto al giorno, rispetto al 23% dei diplomati/laureati;
- l'istruzione ha influenza sul consumo di alcol solo per le donne e agisce in direzione contraria rispetto agli altri fattori di rischio. La poca scolarizzazione agisce da fattore protettivo: le astemie prevalgono tra chi ha una bassa istruzione (59% vs 47% delle diplomate/laureate), al contrario la percentuale di consumatrici di alcol a maggior rischio è più alta tra le diplomate/laureate (22% vs 11% di chi non ha proseguito oltre la scuola dell'obbligo).

Il livello di istruzione della **popolazione anziana** è associato allo stato ponderale delle persone e al loro comportamento rispetto al consumo di alcol [figura 3]. Nel caso del peso corporeo l'istruzione funge da fattore protettivo: i più istruiti presentano percentuali più basse di sovrappeso/obesità rispetto ai meno istruiti (47% vs 56%); è invece un fattore che favorisce l'eccessivo consumo di alcol: il 18% di chi ha un livello di istruzione bassa consuma alcol a maggior rischio rispetto al 28% di chi ha una scolarizzazione medio/alta.

Gli altri comportamenti che influenzano la salute, come abitudine al fumo, sedentarietà e consumo adeguato di frutta e verdura non risultano associati all'istruzione delle persone anziane.

## L'impatto della situazione economico-lavorativa sulla salute

La salute delle persone segue un gradiente sociale per cui ad un più alto status socioeconomico corrisponde un livello di salute migliore. Fattori come il tipo di occupazione e la disponibilità economica influenzano la distribuzione di opportunità, beni e qualità della vita al punto che da esse derivano vere e proprie disuguaglianze sociali: sia l'attività lavorativa che le risorse economiche hanno infatti la capacità di proteggere la salute di alcuni gruppi sociali e di aumentarne i rischi per altri.

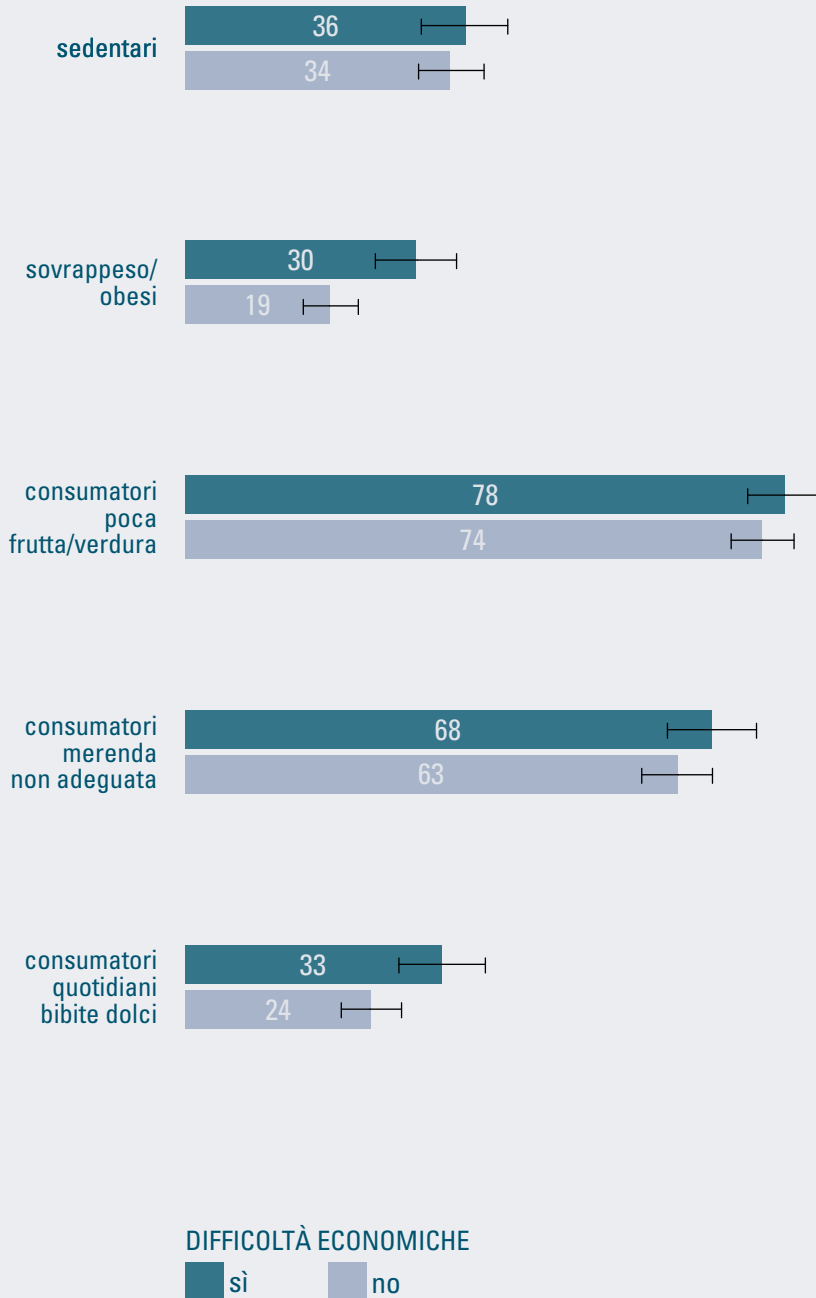
In provincia di Trento, la situazione economica familiare non incide in maniera significativa su gran parte dei comportamenti a rischio per la salute dei **bambini**: l'appartenere o meno ad una famiglia in una situazione economica problematica non discrimina rispetto alle abitudini alimentari e alla pratica dell'attività fisica dei bambini. Influisce, invece, sul loro stato ponderale: il 30% di figli i cui genitori dichiarano di essere in difficoltà economica è sovrappeso/obeso contro il 19% dei figli di chi reputa di avere una disponibilità economica adeguata [figura 4]

Contrariamente a quanto avviene per i bambini, la situazione economica delle persone influenza la maggioranza dei comportamenti a rischio sia per la **popolazione adulta** che per quella più **anziana** [figure 5 e 6]. In particolare l'essere in difficoltà economica favorisce nell'intera popolazione l'abitudine al fumo, il sovrappeso e l'obesità:

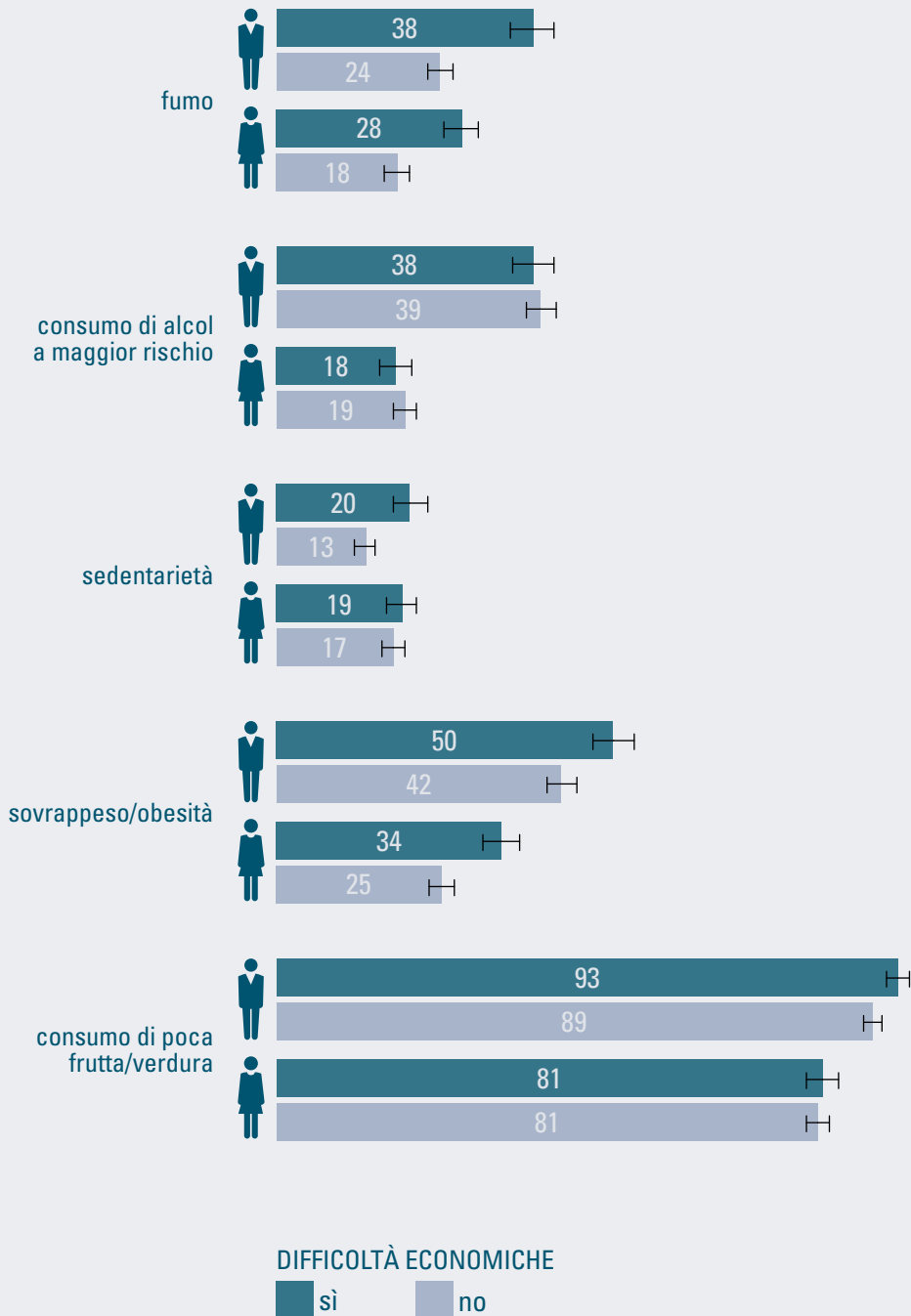
- è fumatore il 38% degli uomini, il 28% delle donne e l'11% degli anziani con difficoltà economiche rispetto al 24% degli uomini, al 18% delle donne e all'8% degli anziani che non hanno difficoltà. Le difficoltà economiche non solo aumentano la probabilità della persona di fumare, ma ne accentuano anche l'intensità. Tra i fumatori con problemi economici quelli forti (che fumano più di un pacchetto di sigarette al giorno) sono il doppio di quelli presenti tra i fumatori privi di difficoltà economiche;
- è in eccesso ponderale il 50% degli uomini con difficoltà rispetto al 42% di chi non ne ha, il 34% a fronte del 25% delle donne e il 59% rispetto al 50% degli anziani.

Inoltre, le difficoltà economiche accrescono per gli uomini la probabilità di non praticare sufficiente attività fisica (è sedentario il 20% di chi è in

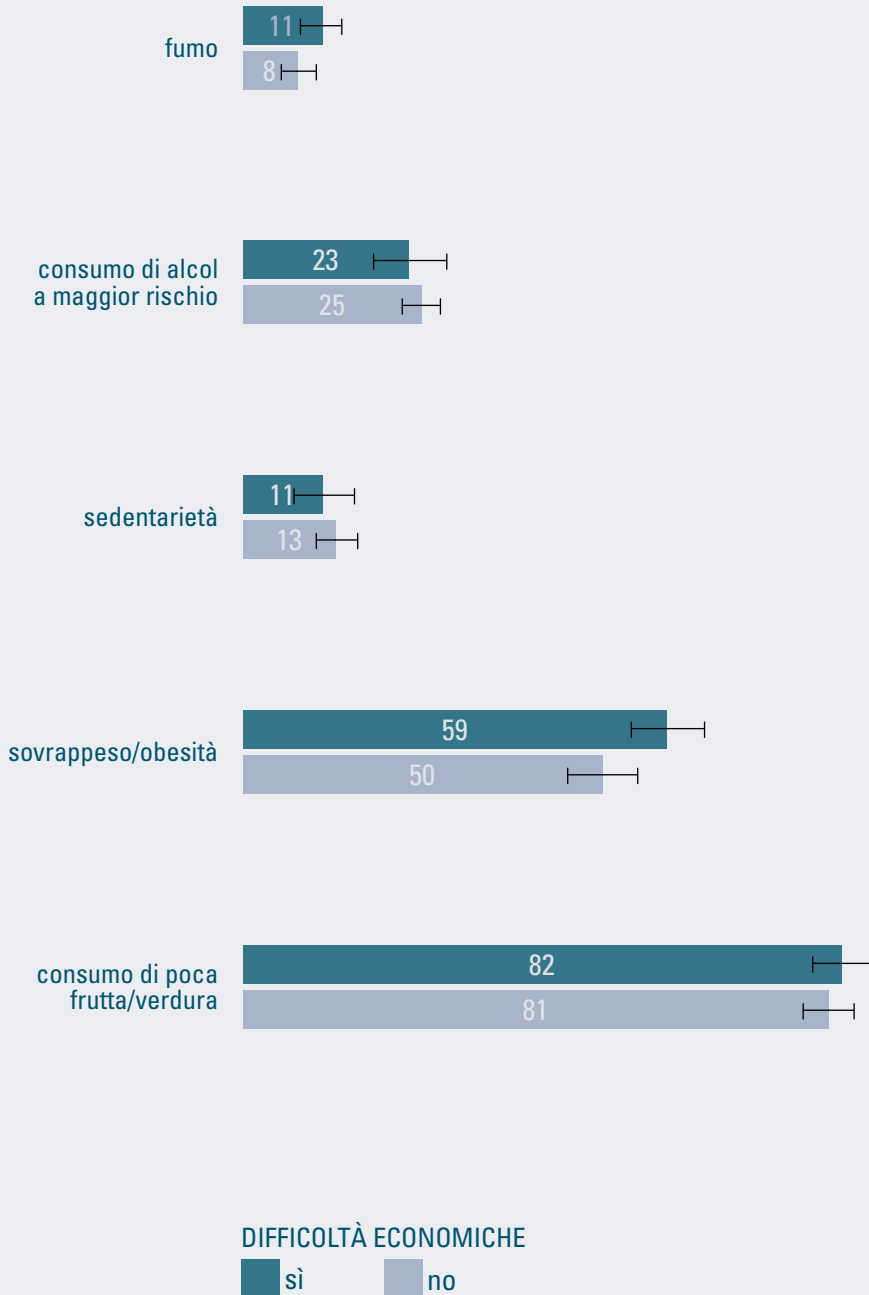
**Figura 4** Prevalenza (%) dei fattori di rischio nei bambini in provincia di Trento, per situazione economica della famiglia. Okkio alla salute, 2016



**Figura 5** Prevalenza (%) dei fattori di rischio nella popolazione adulta (18-69 anni) in provincia di Trento, per situazione economica e genere. PASSI, 2008-2016



**Figura 6** Prevalenza (%) dei fattori di rischio negli anziani (65 anni e più) in provincia di Trento, per situazione economica. Passi d'Argento, 2012-2017



difficoltà economica rispetto al 13% di chi non lo è) e riducono, sempre per gli uomini, quella di consumare frutta e verdura nelle 5 porzioni giornaliere raccomandate (il 93% di chi è in difficoltà non mangia le 5 porzioni vs l'89% di chi non lo è).

La situazione economica delle persone non incide sul consumo di alcol, comportamento invece che è legato alla precarietà lavorativa. L'instabilità del lavoro aumenta il rischio di consumare alcol in maniera eccessiva, infatti il 46% degli uomini e il 28% delle donne che non hanno una continuità lavorativa consumano alcol a maggior rischio rispetto al 39% degli uomini e al 18% delle donne con un lavoro sicuro.

Il lavoro o la sua assenza influenza anche l'abitudine di fumare delle persone, risulta infatti che i fumatori sono meno presenti tra chi non ha un lavoro (fuma il 23% degli uomini e il 19% delle donne che non lavorano vs il 30% dei lavoratori e il 23% delle lavoratrici).

## I possibili effetti sulla salute della riduzione delle disuguaglianze

Nei capitoli precedenti si è visto come in provincia di Trento la popolazione sia generalmente collocata nella parte più favorevole della distribuzione dei determinanti sociali quali istruzione, lavoro e reddito. Si è però ugualmente visto che anche in Trentino esistono situazioni di svantaggio sociale, che a loro volta portano a comportamenti dannosi per la salute. Che cosa accadrebbe se tali differenze fossero cancellate e l'intera popolazione si trovasse ai vertici della piramide sociale? Che conseguenze si avrebbero in termini di salute?

Per rispondere a questi interrogativi abbiamo annullato le differenze dei determinanti sociali descritte nei paragrafi precedenti con un ipotetico spostamento di tutta la popolazione nei livelli più favorevoli della scala sociale (livello di istruzione elevato, nessuna difficoltà economica, lavoro stabile). In Trentino ci sarebbero in meno circa 29.000 persone con problemi di peso (con una riduzione del 23%), 13.000 fumatori (-14%) e 12.000 sedentari (-20%), oltre a circa 6.500 anziani in eccesso ponderale in meno (-11%) e 850 fumatori anziani in meno (-10%).

Non ci sarebbero effetti significativi sul consumo di frutta e verdura, né, per i soli anziani, sulla sedentarietà. Questo perché il consumo adeguato di frutta e verdura nella popolazione è generalmente scarso, a prescin-

Fattore di rischio	popolazione adulta		popolazione anziana	
	persone con fattore di rischio per effetto dei determinanti sociali *	% sul totale delle persone con fattore di rischio	persone con fattore di rischio per effetto dei determinanti sociali *	% sul totale delle persone con fattore di rischio
Fumo	-12.740	-14%	-846	-10%
Eccesso ponderale	-29.122	-23%	-6.480	-11%
Sedentarietà	-12.087	-20%	0	0%
Consumo alcol maggior rischio	+1.755	+2%	+5.220	+19%
Consumo frutta/verdura scarso	-2.310	-1%	0	0%

\* **Valori negativi:** persone che si eviterebbero con il fattore di rischio in seguito all'annullamento delle differenze dei determinanti sociali

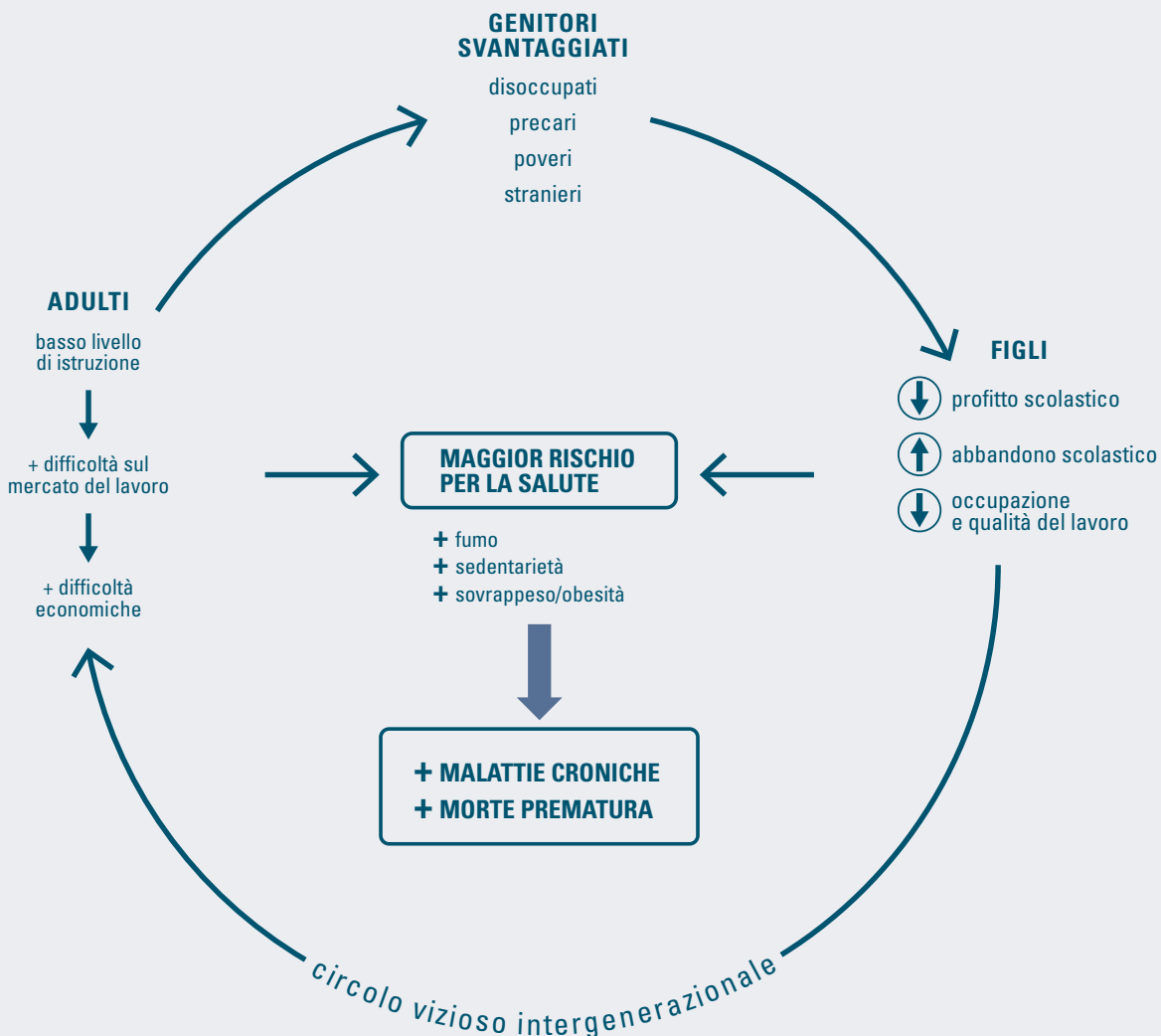
**Valori positivi:** persone che ci sarebbero in più con il fattore di rischio in seguito all'annullamento delle differenze dei determinanti sociali

dere dalle caratteristiche socio-economiche delle persone, così come la regolare pratica di attività fisica tra la popolazione anziana.

Poiché, come si è visto, consumare alcol a rischio è un comportamento maggiormente diffuso tra i gruppi sociali privilegiati, l'azzeramento delle differenze dei determinanti sociali accrescerebbe il numero di persone che consumano alcol a maggior rischio, in particolare nella fetta di popolazione più anziana (circa 5.200 anziani in più; +19%).



# EREDITARIETÀ DELLE DISUGUAGLIANZE





# GUIDA PER L'AZIONE

## a favore dell'equità in salute

- I **determinanti sociali della salute** – occorre intervenire sulle condizioni in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano che rappresentano i determinanti fondamentali dell'equità in salute. A loro volta questi determinanti sono influenzati da elementi strutturali dell'architettura sociale: l'ordinamento economico, la distribuzione di potere, l'equità di genere, il quadro normativo e i valori di fondo della società.
- Nella promozione dell'equità in salute occorre intraprendere un **percorso lungo l'intero arco della vita** nella quale vengono accumulati i vantaggi e gli svantaggi. Questo approccio inizia dalle prime fasi della vita – gravidanza e sviluppo precoce – e continua con la scuola e la transizione verso la vita lavorativa, le condizioni di lavoro fino a quelle in cui le persone invecchiano.
- Esiste un **gradiente sociale nella salute** – vale a dire che le condizioni di salute migliorano progressivamente con l'aumentare della posizione socio-economica delle persone e della comunità. È importante programmare interventi che agiscono sia lungo l'intero gradiente sia sui gruppi particolarmente svantaggiati e vulnerabili. Per raggiungere entrambi questi obiettivi occorrono interventi universali la cui intensità è modulata in maniera proporzionale al bisogno – si parla di universalismo proporzionale.
- Per quanto riguarda la fetta di popolazione più svantaggiata ed emarginata è fondamentale affrontare i **processi che portano all'emarginazione** piuttosto che concentrarsi su singoli aspetti e caratteristiche dei gruppi emarginati. Il potenziale di questo approccio è molto elevato non solo in relazione a Rom e immigrati irregolari ma anche nei confronti di coloro che entrano ed escono in maniera più fluida da contesti di esclusione ed emarginazione sociale.
- Il **bisogno di costruire sulle risorse** – la resilienza, le capacità e i punti di forza di individui e comunità – e di affrontare i rischi e pericoli a cui sono esposti.

- L'importanza dell'**equità di genere** – i determinanti sociali della salute possono avere un impatto diverso a seconda del genere. Oltre alle differenze biologiche tra i sessi persistono differenze sociali nel trattamento di uomini e donne e tra la resilienza e le risorse a loro disposizione. Queste differenze di genere hanno un impatto sulla salute in tutte le società di cui tenere conto nella programmazione di interventi finalizzati alla riduzione delle disuguaglianze.
- Anche in futuro si dovrà fare particolare attenzione e all'equità all'interno delle generazioni. Tuttavia alla luce dei principi di sostenibilità occorre sottolineare anche l'importanza dell'**equità intergenerazionale**. Di conseguenza i diversi interventi e programmi dovranno essere valutati anche relativamente agli effetti che potranno produrre sulle generazioni future.

Fonte: *Review of social determinants and the health divide in the WHO European region*, WHO - 2014

# **APPENDICE**

# Descrizione delle fonti dei dati

## 1. Sistema di sorveglianza PASSI

La sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) si caratterizza come una sorveglianza in sanità pubblica attiva in tutt'Italia. Attraverso la conduzione di interviste telefoniche mensili, condotte da operatori sanitari, raccoglie informazioni da un campione casuale (semplice, stratificato per genere ed età) della popolazione in età 18-69 anni (in provincia di Trento circa 360.000 abitanti) sugli stili di vita e i fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili. Altre informazioni raccolte sono: la percezione del benessere fisico e psicologico, alcuni aspetti inerenti la qualità della vita legata alla salute, il grado di conoscenza e di adesione ai programmi di prevenzione e le caratteristiche demografiche e socio-economiche. In provincia di Trento è attivo da aprile 2007.

Nel presente rapporto sono state analizzate le informazioni di 6.014 interviste, raccolte nel periodo 2008-2016.

*Per maggiori informazioni consulta il sito <http://www.epicentro.iss.it/passi/>*

## 2. Sistema di sorveglianza Passi d'Argento

È una sorveglianza, presente sull'intero territorio nazionale, che fornisce informazioni sulle condizioni di salute, abitudini e stili di vita della popolazione con 65 e più anni (in provincia di Trento circa 110.000 abitanti). Offre inoltre informazioni sul contributo che gli anziani danno alla società, fornendo sostegno all'interno del proprio contesto familiare e della comunità. Le interviste, telefoniche o faccia a faccia, sono effettuate attraverso un questionario standardizzato, da operatori sociali appositamente formati ad un campione estratto con campionamento casuale semplice, stratificato per genere ed età.

La provincia di Trento ha partecipato per la prima volta con la rilevazione trasversale di marzo 2012; da aprile 2016 le interviste sono svolte in continuo.

Nel presente rapporto sono state analizzate le informazioni di 846 interviste, raccolte nel 2012 e nel periodo aprile 2016-marzo 2017.

*Per maggiori informazioni consulta il sito <http://www.epicentro.iss.it/passi-argento/default.asp>*

### 3. Sistema di sorveglianza OKkio alla salute

È un sistema di sorveglianza nazionale nato nel 2007 che indaga sovrappeso e obesità e i fattori di rischio correlati su un campione rappresentativo di bambini delle scuole primarie (in provincia di Trento circa 27.000 bambini). Obiettivo principale è rilevare lo stato ponderale, le abitudini alimentari, i livelli di attività fisica svolta dai bambini e le attività scolastiche favorevoli alla sana nutrizione e l'esercizio fisico, al fine di orientare la realizzazione di iniziative utili ed efficaci per il miglioramento delle condizioni di vita e di salute dei bambini delle scuole primarie. La raccolta dati, che avviene a cadenza biennale, prevede:

- la registrazione di peso e altezza degli alunni, effettuata da operatori sanitari;
- la somministrazione ai bambini di un questionario semplice, la compilazione di uno breve da parte dei genitori (per raccogliere informazioni su abitudini alimentari, livelli di attività fisica e sedentarietà) e la compilazione di un questionario da parte dei dirigenti scolastici per la raccolta di informazioni in merito all'ambiente scolastico.

Nel presente rapporto sono state analizzate le informazioni raccolte nel 2016 e riguardanti 814 bambini.

*Per maggiori informazioni consulta il sito <http://www.epicentro.iss.it/okkioalla salute/>*

### 4. Indagine OCSE-PISA

PISA ("Programme for International Student Assessment" - Programma internazionale per la valutazione degli studenti) costituisce un sistema di comparazione dei sistemi di istruzione e formazione in riferimento a un criterio esterno alla scuola e allo stesso tempo cruciale per essa: la sua capacità di preparare i giovani "per la vita". Promosso dall'OCSE a partire dal 2000 con cadenza triennale e metodologicamente assai solido, PISA mira a rilevare i livelli di competenza degli studenti quindicenni, dove per competenza si intende la capacità di saper utilizzare le conoscenze e abilità in modo funzionale nei contesti di vita, di riflettere su di esse e di comunicarle in modo efficace. L'indagine rappresenta dunque un banco di prova non solo per il livello attualmente frequentato dagli studenti, ma riflette anche l'efficacia dell'intero percorso formativo precedente. Le competenze o literacy rilevate sono: lettura e comprensione del testo, matematica, scienze.

Nel 2015, con il focus principale di studio sulle scienze, si è svolta la sesta indagine PISA alla quale hanno partecipato 72 paesi con circa 540.000 studenti che rappresentano circa 29 milioni di quindicenni scolarizzati. L'Italia ha partecipato con un campione di oltre 11.000 studenti

di circa 450 scuole, il campione è stratificato per macro area geografica (Nord-Est, Nord-Ovest, Centro, Sud, Isole) e tipologia di istruzione (Licei, Istituti Tecnici, Istituti Professionali e Centri di Formazione Professionale). La Provincia autonoma di Trento (così come quella di Bolzano, le Regioni Campania e Lombardia) hanno avuto un sovra-campionamento delle scuole. Il Trentino ha partecipato con un campione di 1.779 studenti (677 licei, 625 istituti tecnici e 477 formazione professionale) rappresentativi dei 4.775 quindicenni che frequentano la scuola.

*Per maggiori informazioni consulta il sito <http://www.oecd.org/pisa/>*

## **5. Indagine Forze di lavoro – ISTAT**

L'indagine sulle forze di lavoro rappresenta la principale fonte di informazione statistica sul mercato del lavoro italiano. Ogni anno rientrano nel campione oltre 250.000 famiglie residenti in Italia (per un totale di circa 600.000 individui) distribuite in circa 1.400 comuni italiani e vengono intervistati tutti i componenti con più di 15 anni. Da gennaio 2004 la rilevazione è continua e ogni famiglia viene intervistata quattro volte nell'arco di 15 mesi: è prevista una rotazione delle persone per cui ogni famiglia è intervistata per due trimestri consecutivi, segue un intervallo di due trimestri per poi essere nuovamente intervistata nei due trimestri successivi. L'indagine prevede una tecnica mista per effettuare le interviste: la prima intervista è realizzata di norma presso il domicilio della famiglia dalla rete dei rilevatori sul territorio con tecnica CAPI (Computer assisted personal interview), mentre le successive avvengono tramite CATI (Computer assisted telephone interview).

In provincia di Trento, le persone intervistate sono circa 4.000 ogni trimestre.

*Per maggiori informazioni consulta il sito <https://www.istat.it/it/archivio/8263>*



# Definizioni dei fattori di rischio comportamentali

## Nella popolazione adulta (PASSI, 18-69 anni) e anziana (Passi d'Argento, 65 anni e più):

- **Fumatore:** persona che ha fumato oltre 100 sigarette nella sua vita e fuma tuttora (o ha smesso di fumare da meno di 6 mesi).
- **Persona sovrappeso:** persona con un Indice di massa corporea compreso tra 25,0 e 29,9.
- **Persona obesa:** persona con un Indice di massa corporea maggiore o uguale a 30,0.  
*Indice di massa corporea = peso (in kg)/ altezza<sup>2</sup> (in m).*
- **Consumatore di poca frutta e verdura:** persona che consuma meno di 5 porzioni di frutta e/o verdura al giorno.  
Per *porzione di frutta e verdura* si intende: un quantitativo di frutta o verdura cruda che può essere contenuto sul palmo di una mano, oppure mezzo piatto di verdura cotta. Questa quantità corrisponde all'incirca a 80 grammi di questi alimenti.

## Nella popolazione adulta (PASSI, 18-69 anni):

- **Consumatore di alcol a maggior rischio:** persona che consuma alcol abitualmente in modo elevato (consumo medio giornaliero maggiore di 2 unità di bevanda alcolica per gli uomini e di 1 unità per le donne) o prevalentemente fuori pasto o che è un bevitore binge (consumo in una singola occasione di 5 o più unità di bevanda alcolica per gli uomini e di 4 o più unità per le donne), oppure una combinazione delle tre modalità.  
Per *unità di bevanda alcolica* si intende: una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di superalcolico.
- **Sedentario:** persona che non fa un lavoro pesante (cioè un lavoro che richiede un notevole sforzo fisico) e che, nel tempo libero, non svolge attività fisica moderata o intensa.  
Per *attività fisica intensa* si intende quella attività fisica che per quantità, durata e intensità provoca grande aumento della respirazione e del battito cardiaco o abbondante sudorazione, come per esempio correre, pedalare velocemente, fare ginnastica aerobica o sport agonistici.  
Per *attività fisica moderata* si intende quella attività fisica che per quantità, durata e intensità comporti un leggero aumento della respi-

razione e del battito cardiaco o un po' di sudorazione, come per esempio camminare a passo sostenuto, andare in bicicletta, fare ginnastica dolce, ballare, fare giardinaggio o svolgere lavori in casa come lavare finestre o pavimenti.

### **Nella popolazione anziana (Passi d'Argento, 65 anni e più):**

- **Consumatore di alcol a maggior rischio:** persona che consuma più di 1 unità di bevanda alcolica al giorno.
- **Sedentario:** nell'indagine Passi d'Argento la definizione della pratica dell'attività fisica è specifica a seconda delle capacità dell'ultra 64enne di deambulare o meno in maniera autonoma. Alle persone che non sono in grado di camminare o che riescono a farlo solo se aiutate da qualcuno è stato chiesto se praticano ginnastica riabilitativa, a chi invece cammina autonomamente è stato somministrato il questionario Physical Activity Scale for elderly (Pase). Il Pase permette di stimare il livello di attività fisica riferita agli ultimi 7 giorni e distinta in: attività di svago e attività fisica strutturata, attività casalinghe/sociali, attività lavorative e restituisce per ogni intervistato un punteggio numerico che tiene conto del tipo di attività svolta, della sua intensità e del tempo dedicatovi. È definito sedentario l'anziano che non raggiunge il livello di attività fisica praticata dal 75% della popolazione anziana (ossia inferiore al terzo quartile).

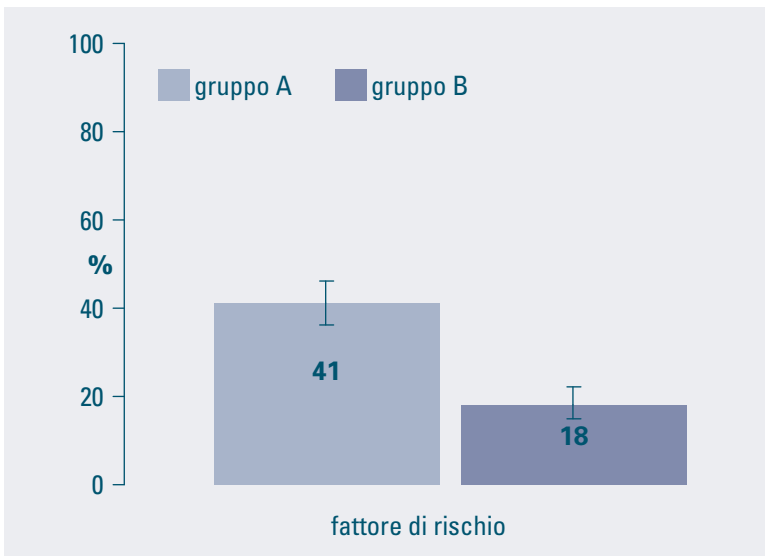
### **Nei bambini (Okkio alla salute, 8-9 anni):**

- **Sedentari:** bambini che non sono attivi fisicamente.  
Per *bambini fisicamente attivi* si intende che hanno svolto attività fisica (giochi di movimento e/o sport) per almeno un'ora al giorno per almeno 5 giorni in settimana.
- **Bambino sovrappeso/obeso:** nell'indagine Okkio alla salute per la definizione del sottopeso, normopeso, sovrappeso, obeso e severamente obeso sono utilizzati i valori soglia per l'IMC desunti da Cole et al., come consigliato dalla International Obesity Task Force (IOTF).
- **Consumatore di poca frutta e verdura:** bambino che consuma meno di 5 porzioni di frutta e/o verdura al giorno.
- **Consumatore di merenda non adeguata:** bambino che nella merenda di metà mattina mangia crackers, brioches, patatine, pizzette, merendine, bevande o yogurt zuccherati.
- **Consumatore quotidiano di bevande zuccherate:** bambino che beve una o più volte al giorno bevande zuccherate (succhi, tè, aranciata, cola).

# Come leggere i grafici

Per rappresentare la frequenza delle diverse modalità di una variabile, nel report sono stati usati grafici a barre come nell'esempio 1.

## Esempio 1: prevalenza del fattore di rischio, per gruppo



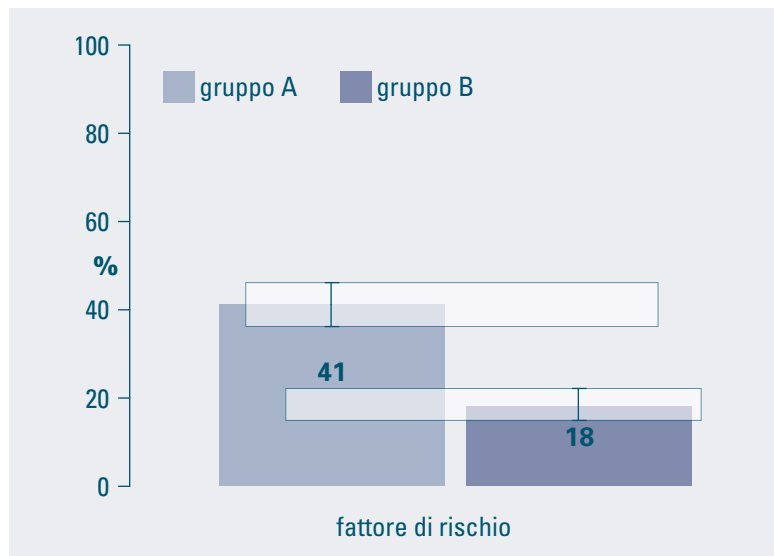
Tradotto "in parole" il grafico dice che il fattore di rischio (ad esempio l'abitudine al fumo) è più diffuso nel gruppo A della popolazione (ad esempio persone in difficoltà economica) rispetto al gruppo B (persone senza difficoltà): il 41% del gruppo A presenta il fattore di rischio vs il 18% del gruppo B.

Questi valori percentuali, calcolati a partire da un campione casuale rappresentativo della popolazione in studio, non sono il "vero" valore del fattore di rischio, ma sono delle stime e come tali presentano un certo errore. Per tener conto di questo errore si utilizza l'intervallo di confidenza (nel grafico  $\bar{I}$ ) che dà una misura della bontà della stima. Un intervallo di confidenza molto ampio suggerisce che non siamo molto sicuri del punto in cui si trova il "vero" valore. Viceversa, un intervallo ristretto indica che siamo abbastanza sicuri che il valore trovato è piut-

tosto vicino al valore “vero” della popolazione; in questo caso la stima sarà, quindi, più precisa<sup>[1]</sup>.

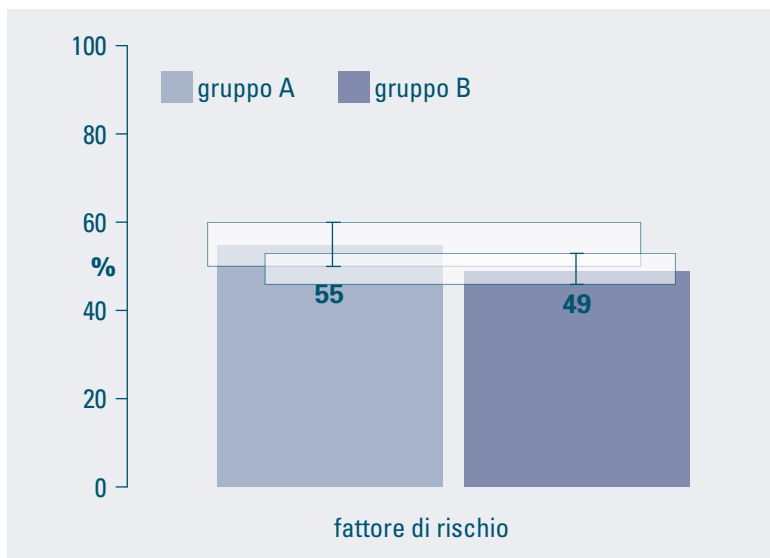
L’intervallo di confidenza ci permette, dunque, di stabilire se i valori calcolati in due o più popolazioni (o sottogruppi di popolazione) sono effettivamente diversi o se la differenza è dovuta alla casualità del campione. Se infatti i due intervalli non si sovrappongono (il limite inferiore di uno è maggiore del limite superiore dell’altro) possiamo affermare con “ragionevole certezza” che le due stime sono diverse in maniera statisticamente significativa, poiché nessun possibile valore della stima compreso in uno dei due intervalli di confidenza è compreso anche nell’altro (esempio 2). Al contrario se i due intervalli si sovrappongono, anche solo parzialmente, le due stime non sono diverse in maniera statisticamente significativa poiché ci sono possibili valori delle stime che rientrano in entrambi gli intervalli di confidenza (esempio 3).

**Esempio 2: i due intervalli di confidenza non si sovrappongono**  
→ la % del fattore di rischio del gruppo A è diversa (in modo statisticamente significativo) dalla % del gruppo B



<sup>[1]</sup> Nel calcolo dell’intervallo di confidenza si stabilisce anche un livello di fiducia, cioè una misura della sicurezza della stima che si ritiene accettabile (quanto decidiamo di avere “fiducia” nella capacità di questo intervallo di includere il “vero” valore della popolazione). In generale, per convenzione, si usa un livello del 95%, che significa che siamo sicuri al 95% che il valore “vero” cada nell’intervallo trovato. In altre parole, se ripetessimo l’indagine 100 volte per 5 volte

**Esempio 3: i due intervalli di confidenza si sovrappongono** → la % del fattore di rischio del gruppo A non è diversa (in modo statisticamente significativo) dalla % del gruppo B



Infine, un'altra tipologia di grafico ricorrente nel report è quella che unisce due grafici a barre come nell'esempio 4.

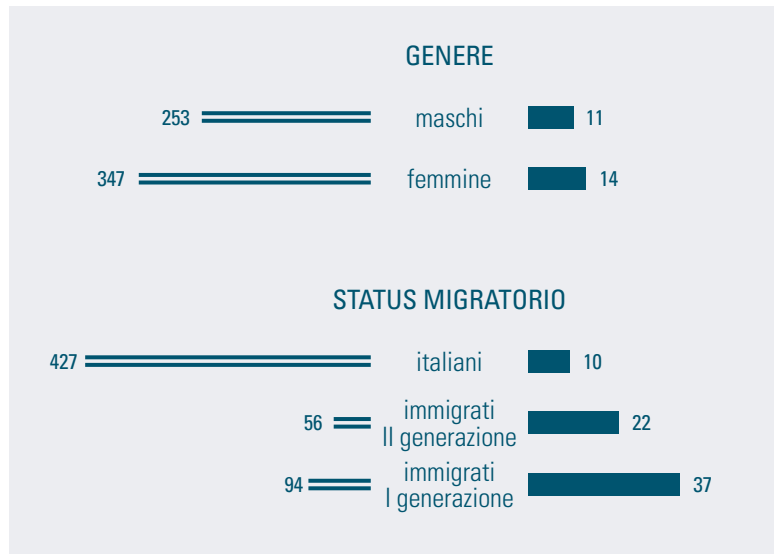
Ipotizziamo che i dati si riferiscano in questo caso ai fumatori di 25 anni che vivono in Trentino (valori fittizi).

Nel grafico di destra sono espresse le percentuali per alcune caratteristiche socio-demografiche della popolazione oggetto di studio (in questo caso genere e status migratorio): nello specifico si intende che l'11% di tutti i 25enni e il 14% di tutte le 25enni che vivono in Trentino sono fumatori e fumatrici. Allo stesso modo, il 10% di tutti gli italiani 25enni, il 22% di immigrati 25enni di seconda generazione e il 37% di immigrati 25enni di prima generazione che vivono in Trentino sono anch'essi fumatori. I valori percentuali esprimono quindi il 'peso' del fenomeno in studio (nell'esempio il fumo) all'interno di sottogruppi/categorie (maschi e femmine; italiani, immigrati di I generazione, immigrati di II generazione) della popolazione considerata (popolazione trentina di 25 anni). Dal confronto delle percentuali possiamo quindi rispondere a domande quali 'il fumo di sigaretta è più diffuso fra i ragazzi o le

---

daremmo un valore sbagliato della stima (ad esempio di fumatori), ma per le altre 95 volte saremmo nel giusto e il "vero" valore della popolazione rientrerebbe nell'intervallo calcolato.

**Esempio 4:** grafico di sx ( == ) numeri positivi e assoluti; grafico di dx ( ■ ) percentuali



ragazze di 25 anni?’ o ancora, ‘il fumo di sigaretta è più diffuso fra gli italiani o gli stranieri?’.

Il grafico di sinistra completa questa informazione dandoci un’idea della numerosità assoluta, ovvero nel nostro esempio, del numero di fumatori di 25 anni in Trentino per ogni categoria individuata. Capiamo quindi che in totale sono 253 ragazzi e 347 ragazze, e che si tratta di 427 italiani, di 56 stranieri di seconda generazione e di 94 di prima generazione. Tutto ciò per sottolineare che una percentuale relativamente alta, per esempio il 37% di fumatori fra gli immigrati di prima generazione, potrebbe in realtà tradursi in poche unità di giovani (94) quando applicata ad una popolazione di riferimento contenuta.

In altre parole, la frequenza assoluta esprime il numero di persone che corrisponde alle caratteristiche individuate e aiuta a capire la dimensione di un fenomeno mentre la frequenza relativa (la percentuale) permette di confrontare la distribuzione di una caratteristica nelle diverse categorie (genere e status migratorio).



