



Inequality in Health
among Social Classes:
a Longitudinal Study on Tuscany

Ngindu Kalala, Marco Marchi



Università degli Studi
di Firenze

Dipartimento di Statistica “G. Parenti”
Università degli studi di Firenze
Viale Morgagni n°59
50134 Firenze

**LA DISUGUAGLIANZA NELLA SALUTE NELLE CLASSI SOCIALI
OGGETTO DELLO STUDIO LONGITUDINALE DELLA TOSCANA**

“Working papers”

**Ng. Kalala
M. Marchi**

INDICI

INTRODUZIONE	3
1. LE MOTIVAZIONI PER LO STUDIO DELLE DISUGUAGLIANZE NELLA SALUTE	4
1.1 Obiettivi del presente studio	4
1.2 Le motivazioni per studiare le disuguaglianze nella salute	4
II. I PRINCIPALI DETERMINANTI DELLA SALUTE E LE CLASSIFICAZIONI DELLE MALATTIE	7
2.1 L'impronta genetica	7
2.2 L'assistenza sanitaria	7
2.3 I comportamenti personali	7
2.4 Le condizioni sociali	7
III. RASSEGNA DELLE CLASSIFICAZIONI SOCIO ECONOMICHE PROPOSTE A LIVELLO NAZIONALE	10
3.1 Le classi di Schizzerotto-Sylos Labini	10
3.2 Nuova versione del modello Schizzerotto & Coll.	11
3.3 Classificazione professionale di M. Cardano, M. Demaria e F. Vannoni	12
3.4 La nuova classificazione ridotta di A. Schizzerotto	13
3.5 Classificazione di Dahrendorf	14
3.6 La fatica e il controllo sul lavoro	15
IV LE CLASSIFICAZIONI SOCIO-ECONOMICHE A LIVELLO INTERNAZIONALE	20
4.1 Classificazione occupazionale per classe sociale a livello internazionale	20
4.2 Gli indici di disuguaglianza a livello internazionale	21
4.3 Le disuguaglianze nella mortalità in alcuni paesi dell'Unione Europea (UE) a confronto	23
V LE DISUGUAGLIANZE NELLA MORTALITÀ IN ALCUNE CITTÀ EUROPEE A CONFRONTO CON FIRENZE E LIVORNO	25
5.1 Le disuguaglianze in cinque città e paesi dell'UE	25
5.2 Il confronto fra le città dell'UE con Firenze e Livorno	26
Conclusioni	33
Bibliografia	34
INDICI DELLE TABELLE E FIGURE	
Tab 1: Firenze- Livelli di fatica per sesso (dati censimento ISTAT 1991)	15
Tab. 2: Firenze- Livelli di controllo (dati censimento ISTAT 1991)	15
Tab.3: Firenze-Tipologia di lavoro per livelli di fatica-controllo per sesso (dati censimento ISTAT1991)	15
Tab.4a: Firenze- Confronto fatica per tipologia lavoro nei maschi (dati censimento ISTAT 1991)	16
Tab.4b: Firenze- Confronto fatica per tipologia lavoro nelle femmine (dati censimento ISTAT 1991)	16
Figura 1. Firenze- Confronto fatica per tipologia lavoro per sesso maschile	17
Figura 2. Firenze- Confronto fatica per tipologia lavoro per sesso femminile	18
Tab.5: Firenze-Tipo di lavoro e di fatica nei maschi a confronto (dati censimento ISTAT91)	18
Tab.5a: Firenze-Tipo di lavoro e di fatica nelle femmine a confronto (dati censimento ISTAT91)	19
Tab.6: Firenze – Confronto fatica per tipo lavoro (dati censimento ISTAT 1991)	19
Tab.7: Valutazione degli effetti dell'inclusione delle categorie economicamente inattive...	22
Tab.8: Le disuguaglianze nella mortalità dei maschi in 6 paesi dell'UE, classe di età 35-64 anni, 1970-1980	24
Tab.9. Le disuguaglianze nella mortalità dei maschi in cinque città dell'UE, classe di età 35-64 anni, 1970-1980	25
Tab.10: Confronto dell'indice di disuguaglianze per mortalità nei maschi nelle cinque città dell'UE,	26
Tab.11: Tassi di mortalità per classi di età: Firenze 1991-1997 (Lavoratori manuali e non manuali -.....)	26
Tab.11a:Tassi di mortalità per classi di età: Livorno 1991-1997 (Lavoratori manuali e non manuali -)	26
Tab.11b:Tassi di mortalità per classi di età: Livorno 1981-1987 (Lavoratori manuali e non manuali -.....)	27
Tab.11c: Classificazione di A. Schizzerotto – Firenze, valori SES, 1991-1997	27
Tab.11d: Classificazione di A. Schizzerotto – Livorno, valori SES, 1991-1997	27
Tab.11f: Classificazione di A. Schizzerotto – Livorno, valori SES, 1981-1987	28
Tab.12: Classificazioni di A. Schizzerotto: Firenze Tasso specifico per classe (rapporto mortalità ...),1991-97	28
Tab.12a: Classificazioni di A. Schizzerotto: Livorno Tasso specifico per classe (rapporto mortalità ...),1991-97	29
Tab.13: Classificazioni di A. Schizzerotto: Livorno Tasso specifico per classe (rapporto mortalità ...),1981-87	30
Tab13a:Indice di disuguaglianza (con limiti di confid.al 95%), Firenze classificazione di A. Schizzerotto,1991-97	30
Tab13b:Indice di disuguaglianza (con limiti di confid.al 95%), Livorno classificazione di A. Schizzerotto,1991-97	31
Tab13c:Indice di disuguaglianza (con limiti di confid.al 95%), Livorno classificazione di A. Schizzerotto,1981-87	31
Tab14:Indice di disuguaglianza complessivo (con limiti di confid.al 95%), Firenze -Livorno di A..... , 1991-97	31

Introduzione

Una delle prime prove dell'esistenza di disuguaglianze sociali nella salute proviene dall'analisi delle differenze professionali nella speranza di vita (Perrenoud, 1975).¹

Alcune testimonianze da dati parrocchiali documentano analoghe differenze nei secoli diciassettesimo e diciottesimo in altri paesi europei. Nel secolo diciottesimo, la rivoluzione industriale che attrae masse di poveri intorno alle fabbriche e la rivoluzione agricola con l'intensificazione delle culture e la concentrazione delle proprietà generano nuove condizioni di rischio per la salute (sovraffollamento, rischi occupazionali, inquinamento atmosferico, contaminazione delle reti di distribuzione idrica, ecc.), in presenza di un aumento della popolazione, causato da un aumento della natalità e una diminuzione delle mortalità. A partire dalla fine del diciannovesimo secolo e per tutto il ventesimo secolo, gli indicatori di mortalità migliorano in modo straordinario, a cominciare per prima dalla mortalità adulta, poi da quella infantile e infine da quella materna, anche se le differenze sociali rimangono inalterate.

Le divisioni delle classi sociali e le disuguaglianze si accentuano ugualmente. Qui le classi sociali vengono definite come l'insieme degli individui, e delle loro famiglie, che in virtù del controllo esercitato su una o più risorse di potere, occupano simili posizioni sul mercato e nella divisione sociale del lavoro e che, perciò, godono di simili "chances di vita". A. Schizzerotto le definisce come raggruppamenti di fatto e non di diritto, parzialmente aperti anziché chiusi, prevalentemente acquisiti piuttosto che ascritti (Schizzerotto 1993)². All'interno di questa definizione, si possono collocare tre dei principali orientamenti contemporanei di analisi delle classi: Neomarxista (variante strutturalista), Neowebiano (strutturalista), Sistemico-funzionale. Non è compito di questo studio di analizzare i tre orientamenti, ma ci siamo attenuti a rilevare l'esistenza di vari orientamenti sulla considerazione delle classi sociali.

Diversamente dagli strati, le classi sociali danno origine a reti di relazioni sociali tra un numero relativamente contenuto di entità distinte le une dalle altre.³ Esse presentano confini netti per la buona ragione che sono automaticamente stabiliti dal possesso della risorsa di potere o dalla specifica combinazione di risorse che fonda la classe stessa. Si può già da ora rilevare come le posizioni nella stratificazione sociale risultano distinguibili in quanto a ciascuna di esse sono associate possibilità ineguali di potere di influenza e distinte condizioni, materiali, immateriali e di vita.

¹ G. Costa, M. Cardano e M. Demaria in "Torino, Storie di Salute in una grande Città", Città di Torino, Ufficio di Statistica, 1998

² M. Palumbo e F. Rositi in "Classi, disuguaglianze e povertà. Problemi di analisi". Ed. FrancoAngeli, Milano, 1993, p.48

³ A. Cobalti, A. Schizzerotto in "La mobilità sociale in Italia. L'influenza della disuguaglianza sul destino educativo, professionale e sociale dei singoli nel nostro paese", Il Mulino, Bologna, 1994. p. 20

CAPITOLO I : LE MOTIVAZIONI PER LO STUDIO DELLE DISUGUAGLIANZE NELLA SALUTE

1.1) Obiettivi del presente Studio

Gli obiettivi del presente lavoro sono:

- Passare in rassegna di tutte le classificazioni socio-economiche proposte (Sylos Labini, Schizzerotto e altri) con particolare riferimento a quelle rivolte a problemi socio-sanitari;
- Fare una comparazione delle stesse;
- Procedere ad una valutazione di quale sia la migliore soluzione per una analisi quale quella proposta nello Studio longitudinale della Toscana (SLTo);

Si cercherà di analizzare:

- le relazioni tra salute e condizione socio economica,
- le conseguenze con i relativi rischi nelle differenti classificazioni.

Come si sa lo studio delle disuguaglianze nella salute delle classi sociali risulta essere un tema molto difficile per l'intreccio e per la compenetrazione delle varie discipline che vi possono essere coinvolte e risulta altresì essere di recente interessamento da parte degli studiosi a seguito dei vari mutamenti registratisi nelle società industrializzate e quindi ad economia forte, con diversificazione delle attività economiche.

La conoscenza delle relazioni che interagiscono nell'ambito delle disuguaglianze sociali ha un'importanza capitale dal punto di vista strategico, in quanto permette una programmazione sanitaria più o meno ottimale sulla base della distribuzione delle risorse e quindi l'allocazione dei mezzi finanziari ed umani con relativa distribuzione *“dei servizi sul territorio in relazione al reale e specifico bisogno”*⁴.

Dagli studi fatti finora è emersa una disomogeneità della distribuzione sia dei livelli di bisogno sanitario sia dei servizi sanitari ubicati sul territorio. C'è l'esigenza di una corretta ubicazione di tali servizi e di una esatta valutazione dei bisogni: un lavoro del genere non può avvenire che tramite una corretta programmazione sanitaria dei bisogni e dei servizi sanitari.

1.2) Le motivazioni per studiare le disuguaglianze nella salute

Le motivazioni per lo studio della disuguaglianza nella salute, si collegano agli insuccessi delle politiche sanitarie universalistiche del dopoguerra. Allora la fiducia nella scienza medica era giunta al massimo. Lo sviluppo dei programmi d'immunizzazione, la produzione di massa della penicillina e gli sviluppi tecnologici sembravano capaci di assicurare salute e cure per tutti. Fu a questo punto che in Gran Bretagna, per la prima volta, sembrò appropriato fare salire il rango dell'assistenza sanitaria da quello di una specifica politica sociale per le classi lavoratrici e per i poveri, a quello di una parte costitutiva del titolo di cittadinanza e quindi di una politica universalistica tesa al miglioramento degli standard di salute di tutta la società. Con le stesse aspettative nacquero i sistemi sanitari pubblici anche in altri paesi.

Non ci sono dubbi che le migliaia di occupazioni esistenti in un'economia avanzata differiscano le une dalle altre sotto il profilo degli specifici vantaggi e svantaggi, associati al loro esercizio. Nelle società contemporanee sono infatti compresenti disuguaglianze legate al genere, all'età, all'etnia, alla razza, al grado di istruzione, al ruolo professionale, alla ricchezza. Ebbene, ognuno di tali fattori può provocare forme distinte di ineguaglianza all'interno dei vari ordinamenti sociali. E ne deriva, come risultato, una drastica pluralizzazione delle condizioni di vita dei singoli, e quindi, un incremento del numero delle posizioni distinguibili entro la struttura delle disuguaglianze sociali (Luhman1982, 1985).

⁴ “Informazioni statistiche: Analisi socio-sanitaria della popolazione nei quartieri del Comune di Firenze”, Regione Toscana, Servizio Statistica, 2001

L'apparente insensibilità delle disuguaglianze sociali nella salute come nella mortalità (anni cinquanta) alle riforme dell'assistenza sanitaria di tipo universalistico e ugualitario ha fatto spostare l'attenzione delle ricerche ad altre spiegazioni, spiegazioni non più centrate sulla povertà. In effetti, in quegli stessi anni, la crescita dei livelli di prosperità di molte società occidentali faceva pensare che la povertà conosciuta prima della guerra, e che aveva avuto effetti così diretti e pesanti sulla salute, non fosse attuale e non potesse tornare più.

Cosicché in assenza di povertà assoluta e in presenza di un sistema sanitario egualitario, le residue disuguaglianze sociali nella salute potevano trovare spiegazioni solo più nella mancata prevenzione legata ai comportamenti individuali. Erano gli anni della scoperta del ruolo del tabacco sul tumore del polmone e dell'inizio "*dell'epidemia di cancro*", che ormai superava in frequenza le malattie polmonari. Quindi un *cambiamento completo da una malattia della povertà ad una malattia del comportamento*.

Successivamente viene allora proposto **l'approccio comportamentale** alla prevenzione delle malattie croniche degenerative, con grande attenzione al ruolo dell'esercizio fisico (Keys, 1980), anche se fin dagli anni settanta, fu possibile constatare che il cambiamento dei comportamenti a rischio era difficile da ottenere.

Dalle ipotesi comportamentali, è nato negli anni più recenti l'interesse per le ipotesi sulle origini strutturali delle disuguaglianze nella salute. Da un lato il perdurare delle disuguaglianze nella salute, dall'altro la riscoperta in quest'ultimi decenni del tema della povertà e la consapevolezza dei *costi crescenti e sempre meno sostenibili per l'assistenza sanitaria per le malattie croniche* che interessano una popolazione sempre più anziana in forte espansione e *che rischiano di fare saltare gli equilibri della spesa pubblica sanitaria*, essendo questa diventata sempre più pesante ed insostenibile per i bilanci degli Stati.

Ecco perché uno studio come questo trova reale fondamento non solo nelle scienze statistico-sanitarie ma anche nelle scienze economiche e sociali. Si incastra in queste scienze, con il coinvolgimento naturalmente di altre, per analizzare, per capire su larga scala e sulla base dei vari parametri presi in considerazione, gli squilibri socio economici e i mutamenti strutturali intervenuti nella società in quest'ultimi 20 anni.

Quali sono allora le motivazioni economiche del presente studio?

- Le esigenze di governare i fenomeni sociali e quindi le nuove malattie per le nuove classi sociali;
- l'esigenza di rendere la sanità più efficiente e più efficace e di tenere sotto controllo la spesa pubblica destinata al settore sanitario;
- l'esigenza di affidare alle regioni non solo i poteri nell'ambito della sanità pubblica ma anche un fondo sanitario nazionale (FSN, distribuito alle Regioni sulla base della popolazione residente e mediante *quote capitarie ponderate*⁵) per avvicinare sempre di più i servizi sanitari ai cittadini e quindi contenere la spesa sanitaria sulla base di un tetto massimo da spendere, quale risposta alla necessità *di individuare ed attuare una distribuzione delle risorse disponibili equa, relativamente al bisogno delle popolazioni*.

La gestione di tali risorse richiede l'applicazione di alcuni principi di contabilità come ad esempio l'adozione della contabilità economico-patrimoniale⁶ da parte delle aziende sanitarie locali richiesto dalle L.512/92 e successive modifiche e dalla L.517/93 con successive modifiche per il riordino del Sistema Sanitario Nazionale, senza dimenticare le successive leggi e i successivi decreti in materia (cosiddetta Legge Bindi).

Il processo di aziendalizzazione delle strutture sanitarie, ormai avviato su tutto il territorio nazionale, sia pure con velocità ed approcci diversi in molti casi, punta alla minimizzazione dei

⁵ L.Rizzi in "Approcci statistici nella definizione del finanziamento a quota capitaria ponderata dell'assistenza ospedaliera: il caso della Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia", tesi di dottorato di ricerca in Statistica Applicata alle Scienze Economiche e sociali, XI ciclo, Università di Padova 1998.

⁶ Ministero della Sanità, "Percorso metodologico per l'introduzione della contabilità economico-patrimoniale", Dipartimento della Programmazione, Centro Stampa, Sistema Informativo Sanitario, Roma, Nov. 1996.

costi e quindi alla massimizzazione dei profitti. Tale processo, del “*management sanitario*”, non può non avere delle ripercussioni sulle classi sociali, perciò richiede l’applicabilità di alcuni criteri capaci di arginare, se non di ammortizzare alcuni dei suoi effetti.

Così *il concetto dell’equità* (presupposto per il perseguimento del principio della salute per tutti e quindi la volontà di assicurare pari opportunità di accesso ai servizi sanitari da parte di tutti i residenti⁷) richiamato sopra, risponde a certi criteri allocativi della quota capitolaria ai fini di produrre una ripartizione coerente delle risorse tra la popolazione rispetto al bisogno relativo.

A margine conviene sottolineare il ruolo delle Regioni nella definizione dei livelli uniformi e minimi di assistenza sanitaria, ovvero l’individuazione dell’insieme delle attività e delle prestazioni che il Servizio Sanitario Nazionale si impegnava ad erogare a fronte di corrispondenti condizioni di bisogno. Tale impegno rappresentava e rappresenta un’ulteriore garanzia del perseguimento del *principio di equità*.

Equità nella salute significa che le esigenze delle persone guidano la distribuzione delle opportunità di benessere. “La strategia mondiale dell’OMS volta al raggiungimento degli obiettivi della Salute per Tutti (Health for All) intende realizzare una maggiore equità nella salute tra le diverse popolazioni e al loro interno, e tra i vari paesi. Questo implica che tutte le persone debbano avere pari opportunità di migliorare e preservare la propria salute, in virtù di un accesso equo e giusto alle risorse per la salute.

Il concetto di equità nella salute differisce da quello di uguaglianza nello stato di salute. Le disuguaglianze nello stato di salute esistenti tra le persone e le popolazioni sono l’inevitabile conseguenza di differenze genetiche, di condizioni socioeconomiche diverse o il frutto della scelta individuale del proprio stile di vita. **Le iniquità** sono, invece, frutto delle differenze nelle opportunità che si manifestano, ad esempio, in un accesso non equo ai servizi sanitari, ad una alimentazione nutriente, a condizioni abitative adeguate, ecc. In questi casi le disuguaglianze nello stato di salute emergono in conseguenza di opportunità di vita inique”⁸.

Il concetto di equità richiama inoltre il principio di “**controllo di gestione**”, un criterio fondamentale per la gestione delle risorse nella loro ripartizione non solo materiale ma anche umana e per assicurare i “*criteri d’efficienza e d’efficacia*” di cui il Sistema Sanitario Nazionale ha grandemente bisogno.

Ecco la ragione per la quale l’intervento della scienza economica in questa materia risulta importante per calibrare bene la produttività e i costi ad essi inerenti e per via di alcuni parametri significativi presi in considerazione dallo Studio longitudinale Toscano (SLTo) stesso: condizioni professionali e classi sociali.

Le ragioni della produttività introducono un altro elemento importante nell’ambito dei criteri di finanziamento delle aziende sanitarie, che è quello *della remunerazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero*, sulla base di tariffe fissate da ciascuna Regione. Si tratta *delle tariffe DRG*, introdotte negli USA nell’ambito del programma pubblico *Medicare*, al fine di raggiungere una maggiore efficienza operativa e di incentivare una concorrenza sulla qualità nell’erogazione dei servizi sanitari. L’adozione di tale sistema di finanziamento non poteva non creare ugualmente delle disuguaglianze nell’ambito dell’erogazione del servizio di ricovero, tra varie strutture Ospedaliere come tra varie regioni, dato il “gap” osservato nell’applicazione di questo meccanismo.

Tuttavia dal momento che questi meccanismi rispondono a obiettivi diversi, appare evidente che, in assenza di adeguati correttivi, una loro integrazione potrebbe determinare delle incongruenze negli effetti allocativi e distributivi indotti dalla ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) come del Fondo Sanitario Regionale (FSR). Si pensi ad esempio, agli inconvenienti che possono scaturire dalla possibilità che le prestazioni di ricovero erogate dagli ospedali pubblici a gestione

⁷ L. Rizzi in “Approcci statistici nella definizione del finanziamento a quota capitolaria ponderata dell’assistenza ospedaliera: il caso della Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia”, tesi di dottorato di ricerca in Statistica Applicata alle Scienze Economiche e sociali, XI ciclo, Università di Padova 1998, p.17

⁸ Rif. OMS, Ginevra, 1996

diretta vengono finanziate dalle aziende sanitarie locale (ASL) con le risorse assegnate dalla Regione su base capitaria secondo criteri diversi dalla remunerazione per DRG prevista invece per il finanziamento diretto delle Aziende Ospedaliere da parte della Regione, oppure ai problemi che potrebbero insorgere qualora le risorse assegnate dalla Regione alle singole ASL per il finanziamento dell'assistenza ospedaliera si rivelino insufficienti rispetto ai pagamenti tariffari effettuati dalle ASL agli ospedali pubblici e privati, soprattutto a causa della mobilità infraregionale e interregionale dei pazienti.

Questi fattori come d'altronde le considerazioni emerse hanno portato alla luce l'interesse per le classificazioni sociali con le relative cause di morte e conseguenti possibilità di intervento, collegate naturalmente alla spesa pubblica e quindi ai costi da sostenere. E perciò le motivazioni economiche per questo studio risultano ancora maggiori. Tutto ciò ci porta a rilevare nelle seguenti linee le principali dimensioni strutturali che influenzano la salute e di conseguenza la spesa pubblica da sostenere:

- **Il reddito,**
- **L'organizzazione del lavoro,**
- **Il sistema educativo,**
- **L'ambiente fisico e sociale.**

1) Il reddito influenza, in senso assoluto, le malattie legate alla povertà, mentre la sua distribuzione relativa interessa in sostanza tutti i problemi di salute e la loro frequenza. Esso è uno dei principali fattori della disuguaglianza sociale per via della sua distribuzione iniqua. Non possedere un reddito sufficiente per certe malattie presuppone non avere cure adatte ed adeguate o appropriate, e quindi un più probabile decesso.

2) Il lavoro è estremamente correlato con fattori che hanno una forte influenza sulla salute come lo è per il reddito e la ricchezza della rete sociale. Esso, a seconda della categoria, è non solo fonte di rischi lavorativi specifici ma anche di disuguaglianze sociali per via della sua diversa retribuzione e della sua ripartizione territoriale che rende ancora più profonde le divisioni tra le classi sociali. In taluni casi poi il lavoro risulta introvabile per certe categorie professionali e per certe persone.

3) L'istruzione, fattore essenziale per promuovere l'equità sociale, la realizzazione personale e la salute per tutti i soggetti, essa trasmette abilità e conoscenza sviluppando così l'identità culturale e la responsabilità sociale degli individui.

4) L'ambiente considerato come "Environment", costituisce occasione di promozione della salute tramite la rigenerazione degli ambienti sociali, che si lega alle tradizioni di sanità pubblica e può costituire anche occasione di promozione dell'occupazione.

Sono tutti elementi questi che necessitano non soltanto di interventi migliorativi da parte del potere pubblico ma soprattutto di un permanente controllo a causa dell'enorme influenza esercitata sulla salute.

Dopo avere accennato alle principali dimensioni strutturali che influenzano la salute, si ritiene utile presentare nelle seguenti righe i principali determinanti della salute e la classificazione delle malattie ai fini di capire il nesso tra essi e le disuguaglianze sociali nella salute.

CAPITOLO II: I PRINCIPALI DETERMINANTI DELLA SALUTE E LE CLASSIFICAZIONI DELLE MALATTIE

Secondo Tarlov⁹, i determinanti della salute in una popolazione sono riconducibili a quattro categorie:

- **L'impronta genetica,**
- **L'assistenza sanitaria,**
- **I comportamenti individuali,**
- **Le condizioni sociali.**

2.1) L'impronta genetica

L'impronta genetica e quindi la componente biologica: dà luogo ad un insieme di patologie (di solito rare) che sono direttamente generate da un singolo gene (es: tumori familiari della mammella). Essa può inoltre agire per via ereditaria creando condizioni individuali di suscettibilità, che possono esprimersi in una malattia solo in presenza di altri stimoli introdotti o da comportamenti personali o dall'ambiente (es: i cluster familiari di diabete).

In questo caso non si dovrebbero osservare delle differenze sociali nell'occorrenza delle patologie collegate a questi fattori. L'unica differenza sociale da potere osservare o osservata sta nella sopravvivenza e quindi nella qualità della vita dei soggetti portatori di queste patologie (*ruolo dell'assistenza sanitaria*). *Si può soltanto rilevare che questa categoria di determinanti con relative malattie correlate potrebbero essere legate alle disuguaglianze sociali nella salute attraverso il meccanismo della selezione.*

2.2) L'assistenza sanitaria: interviene in una fase della malattia nella quale essa può avere solo modesti effetti sulla prevalenza delle malattie stesse. Le discriminazioni sociali nell'accesso a cure appropriate e di qualità può generare delle disuguaglianze nella sopravvivenza e nella qualità della sopravvivenza stessa della persona o di un gruppo delle persone.

2.3) I comportamenti personali

I comportamenti personali legati alla salute sono in grado di spiegare una quota consistente di morbosità. Se consideriamo il caso delle malattie cardiovascolari, si può evidentemente constatare che il 60% di queste patologie sarebbe evitabile riducendo la concentrazione dei fattori di rischio individuali (es: fumo, dieta ricca di grassi, ecc...) ad un valore uguale a quello della sotto popolazione con valori più favorevoli: il 25% delle differenze sociali nella mortalità cardiovascolare sarebbe evitabile eliminando le differenze sociali negli stessi fattori.¹⁰

2.4) Le condizioni sociali

Sono il risultato delle circostanze sociali in cui un soggetto può trovarsi. Tali circostanze sono da considerarsi nello spazio e nel tempo, due fattori importanti per l'esercizio della vita dell'essere umano con i relativi problemi che essi comportano nelle diverse manifestazioni. Sono naturalmente accompagnate dalle differenze sociali nella salute legate anche alla vulnerabilità alle malattie dei soggetti. Le influenze delle condizioni sociali nella salute del soggetto possono manifestarsi in diversi modi come ad esempio, l'influenza dell'ambiente immediatamente circoscritto intorno alla persona, rete familiare ed amicale (casa, vicinato, quartiere, scuola, chiesa, ecc...), norme di comportamento della persona stessa abbinate alle attese e alle percezioni delle opportunità per la

⁹ Idem, pge 35

¹⁰ M. Marmot "The social pattern of health and discese. In Blane et al."; 1996

realizzazione di sé. Questo fattore è molto importante in quanto è portatore di conseguenze svariate sulla persona a seguito di una corsa per realizzare un obiettivo e per l'ottenimento di qualcosa non ottenibile (es: infarti, depressioni, insufficienze cardiache, ecc...). A questi fattori, bisognerebbe aggiungere le influenze macrosociali cioè politico-economiche su larga scala (le politiche fiscali, le politiche sociali e di lavoro, l'equità sociale, la giustizia, ecc...).

Sono tutti fattori che agiscono sulla salute della persona non solo in modo indipendente ma anche influenzandosi reciprocamente secondo percorsi diversi che neppure i più diffusi metodi di analisi sanno descrivere completamente in modo esaustivo.

CAPITOLO III: RASSEGNA DELLE CLASSIFICAZIONI SOCIO ECONOMICHE PROPOSTE A LIVELLO NAZIONALE

3.1) Le classi di Schizzerotto-Sylos Labini

Alcuni classi professionali prese in considerazione nel precedente studio longitudinale sono state le seguenti:

- occupato,
- disoccupato in cerca di prima occupazione,
- studente,
- ritirato dal lavoro,
- in servizio di leva,
- in altra condizione.

A questa classificazione, bisognerebbe aggiungere quella elaborata da Schizzerotto (lo schema di Schizzerotto rappresenta la posizione sociale degli individui in termini di classe sociale) e Sylos Labini (classificazione costruita a partire dall'informazione censuaria relativa alla posizione nella professione ed al settore di attività):

- classe media impiegatizia
- imprenditori,
- dirigente,
- libero professionista,
- piccola borghesia con dipendenti,
- piccola borghesia senza dipendenti,
- operai comuni (classe operaia).

Dallo studio sull'anomalia del lavoro autonomo a Torino e in Piemonte¹¹, emerge una seconda classificazione, che sarebbe la modificazione della versione Schizzerotto e Colleghi. Si tratta di uno schema di classificazione che definisce cinque categorie di lavoratori autonomi diverse tra loro per il contenuto del lavoro svolto e per la natura delle relazioni sociali che lo svolgimento del lavoro stesso comporta.

Tale schema di classificazione rappresenta la posizione sociale delle persone in termini di classe sociale. E' un modello con riferimento alla classificazione di matrice neo weberiana, che individua nel mercato il luogo dove prendono forma le classi sociali, il potere diretto e condizionante, il criterio che fonda l'appartenenza ad esse.

Classe è considerata qui come un insieme degli individui e delle loro famiglie, che, in virtù del controllo esercitato su una o più risorse di potere, occupano simili posizioni sul mercato e nella divisione sociale del lavoro e che, perciò, godono di simili chance di vita (Cobalti e Schizzerotto, 1994).

Schizzerotto, alla stregua di Goldthorpe, identifica quattro distinte risorse di dominio: il possesso dei mezzi di produzione, il controllo organizzativo, le credenziali educative e la forza lavoro. Perciò la collocazione di ciascuno individuo dipende principalmente dal tipo di risorse di dominio di cui dispone: ciò ha condotto all'individuazione di otto classi sociali. Sempre secondo Schizzerotto, il capitalismo è caratterizzato dalla diseguale distribuzione dei mezzi di produzione, e dunque dalla contrapposizione, in termini di dominio economico e di sfruttamento, tra chi possiede e chi non possiede tale risorsa. Però, nelle concrete società capitalistiche, né gli uni né gli altri risultano perfettamente omogenei al loro interno.

Facendo riferimento a Goldthorpe¹², quest'ultimo aveva sostenuto già nel 1970, che la coscienza di classe presupponeva la presenza contestuale di tre caratteristiche:

¹¹ M. Cardano, M. Demaria, Fr. Vannoni in "L'anomalia del lavoro autonomo, lo stato di salute dei lavoratori autonomi a Torino e in Piemonte", Libreria Stampatori, Torino, 2001

¹² M. Palombo, in Classi, disuguaglianze e povertà. Problemi di analisi, Ed. Franco Angeli, Milano, 1993, p.101

1. una diffusa consapevolezza di trovarsi in condizioni simili ad altri lavoratori e di avere interessi in comune;
2. la condizione di una definizione di tali interessi come fundamentalmente in conflitto con quelli di un'altra classe;
3. la percezione dei conflitti di classe come pervasivi dell'intera struttura sociale e portatori dei germi di un futuro ordine sociale.

Tenendo conto delle relazioni esistenti tra le classi dal punto di vista economico, si può già rilevare quanto segue. E' risultato, dal confronto tra gli ultimi studi sullo SLTo, un aumento della borghesia costituita da imprenditori, liberi professionisti e dirigenti, un dato che sembra essere generalizzato e quindi nazionale, a fronte di un altrettanto sensibile contrazione della classe operaia. Relativamente stabili, risultano essere invece la piccola borghesia con e senza dipendenti, mentre in lieve crescita è la classe media impiegatizia e ciò si verifica di più tra le donne, che in quest'ultimi anni hanno ingrossato le file nel settore impiegatizio.

3.2) Nuova versione del modello Schizzerotto & Coll.¹³

1. *Imprenditori:*

Classe costituita dagli amministratori delegati, dai titolari (proprietari) e dai coadiuvanti dei titolari di aziende con almeno 15 dipendenti. Il loro dominio come risorse di potere è fondato su il possesso dei mezzi di produzione.

2. *Liberi professionisti:*

Classe di persone che, in posizione autonoma, svolgono un'attività intellettuale specializzata. Una *classe* che fonda la sua posizione sul possesso di credenziali educative e sul possesso di mezzi di produzione come la classe degli imprenditori. Posseggono il monopolio giuridico e fattuale dell'esercizio di un'attività intellettuale altamente specializzata, attività che viene esercitata con l'ausilio di alcuni dipendenti.

3. *Classe di Servizio:*

E' una classe costituita dall'alta e media dirigenza delle imprese e della pubblica amministrazione e dalle professioni intellettuali altamente specializzate svolte in posizione di dipendente. Tale classe viene chiamata anche "Classe dei Dirigenti"¹⁴ Dispone come risorse di dominio le credenziali educative e il controllo organizzativo. Usualmente i dirigenti si contraddistinguono per l'elevato grado di discrezionalità nell'esercizio del loro ruolo e per il fatto di coordinare, direttamente o indirettamente, il lavoro di numerose altre persone. I notevoli margini di autonomia goduti consentono di collocare nella classe dei dirigenti anche le professioni intellettuali altamente specialistiche svolte alle dipendenze.

4. *Classe media impiegatizia:*

Sono lavoratori intellettuali con livello medio e medio-alto di qualificazione e che lavorano alle dipendenze. L'unica risorse di dominio è il loro possesso di credenziali educative e quindi la loro formazione (il titolo di studio). Si distinguono dai dirigenti in quanto non coordinano il lavoro altrui e in quanto godono di minori margini di autonomia nello svolgimento dei loro compiti lavorativi.

5. *Piccola borghesia urbana:*

Sono proprietari e coadiuvanti di piccole e piccolissime imprese industriali, commerciali, e di servizi, con al più 14 dipendenti. I dipendenti, in questa categoria, svolgono nella propria azienda anche dei compiti esecutivi (impiego di forza lavoro propria). Le loro risorse di dominio sono costituite dal possesso dei mezzi di produzione in misura minore rispetto agli imprenditori e dalla forza lavoro. La piccola borghesia urbana fonda la sua posizione sul controllo anche se limitato, dei mezzi di produzione e sull'uso diretto della forza lavoro dei propri membri.

¹³ Idem

¹⁴ A.Cobalti in "La mobilità sociale in Italia", il Mulino, Bologna, 1994, p.43

6. *Piccola borghesia agricola:*

Sono proprietari e coadiuvanti di piccole e piccolissime imprese agricole, della caccia e della pesca con meno di 15 dipendenti, e dotati delle medesime risorse di cui dispone la piccola borghesia. *Si distingue da quella urbana per i livelli inferiori di reddito e di consumo e dalla situazione del mercato.*

7. *Classe operaia urbana:*

Sono lavoratori manuali e non a basso livello di qualificazione, che lavorano come dipendenti in tutti i settori diversi dell'agricoltura. La loro risorsa di dominio è la forza lavoro.

8. *Classe operaia agricola:*

Lavoratori manuali e non a bassa qualificazione utilizzati nel settore dell'agricoltura e della caccia o della pesca come dipendenti. La loro forza lavoro costituisce la risorse di dominio. Si distingue dalla classe operaia urbana per l'assai più sfavorevole situazione di mercato.

Nella nuova versione di classificazione sociale di Schizzerotto, i lavoratori autonomi vengono collocati nelle due classi di piccola borghesia: la piccola borghesia urbana e la piccola borghesia agricola. La classe "borghesia" viene quindi divisa in tre classi rispetto alla prima classificazione. *Un elemento importante da sottolineare in questa nuova classificazione è la presenza degli elementi di dominio in relazione alle diversi classi prese in considerazione da Schizzerotto.*

Per Schizzerotto, secondo le relazioni di dominio, "gli imprenditori sono sopraordinati a tutte le altre classi. Tra i liberi professionisti e la classe di servizio esiste una situazione di equilibrio. Entrambe dominano la classe media impiegatizia, la piccola borghesia urbana e agricola e le due classi operaie. La classe media impiegatizia, la piccola borghesia urbana e la piccola borghesia agricola sono sopraordinate alla classe operaia urbana e alla classe operaia agricola, che si trovano tra loro, in un rapporto di potere equilibrato".¹⁵ Questa nuova versione di classificazione proposta da Schizzerotto si discosta dalla sua proposta originaria per alcune operazioni di aggregazione e disaggregazione delle classi occupazionali dettate. E' da notare come in questa classificazione vi manchi la classe degli "apprendista", tuttora non collocata da nessuna parte. All'interno della classe operaia si possono individuare gli operai specializzati e *semi-specializzati* dagli operai comuni.

A sua volta la piccola borghesia è stata suddivisa in due categorie che definiscono situazioni di lavoro e contesto sociale diversi: piccola borghesia con dipendenti e la piccola borghesia senza dipendenti (qui si fa riferimento alla prima classificazione di Schizzerotto e Sylos Labini).

E' da notare come la classificazione delle classi sia fatta sulla base dei due elementi importanti: possesso delle credenziali educative (potere intellettuale) e controllo dei mezzi di produzione e organizzativi (potere economico giuridico). Il rischio lavorativo e la fatica derivante non risultano essere elementi vincolanti per gli autori di questa classificazione.

N. Poulantzas sottolinea come l'importanza delle relazioni politiche ed ideologiche concorrono nella determinazione delle classi sociali e il fatto che queste ultime esistono solo in rapporto alla lotta di classe per non cadere nell'errore "volontaristico" di ridurre la determinazione delle classi alla loro posizione¹⁶. Tuttavia il criterio economico resta determinante.

3.3) **Classificazione professionale di M. Cardano, M. Demaria e F. Vannoni**

Nel testo di M. Cardano, M. Demaria e F. Vannoni, richiamato sopra sull'anomalia del lavoro autonomo, gli autori hanno considerato *cinque diverse categorie dei lavoratori autonomi, e hanno analizzato il contenuto del lavoro svolto e la natura delle relazioni sociali esistenti.* Utilizzando congiuntamente le informazioni a loro disposizione relative alla condizione professionale, alla professione, al titolo di studio e al settore di attività economica delle persone, essi hanno definite cinque situazioni occupazionali e sociali.

¹⁵ Idem p.24

¹⁶ A.Schizzerotto, "Classi sociali e società contemporanea", Ed. Franco Angeli, Milano, 1989

Si tratta appunto di:

- **Lo studio:**
fanno capo a questa categoria i lavoratori autonomi che svolgono attività ad elevato contenuto tecnico artistico o che svolgono attività di tipo professionale o semi-professionale.
- **Il negozio:**
in questa categoria vi entrano tutti gli addetti alla vendita al minuto, compresi i commercianti ambulanti.
- **Il laboratorio che offre servizi alle famiglie:**
sono tutti quei lavoratori autonomi del settore alberghiero, gli addetti ai servizi di ristorazione, i titolari delle lavanderie e tintorie, le parrucchiere, le estetiste, i macellai, i panettieri, i pasticceri, i sarti, i calzolai, i tassisti e i titolari di imprese di pulizie .

Sono categorie che meritano uno studio più approfondito dal punto di vista dei rischi relativi del mestiere.

- **Il laboratorio che offre servizi alle imprese:**
caratterizzato dalla presenza di lavoratori dipendenti;
- **Il laboratorio che offre servizi alle imprese, senza dipendenti:**
a queste due ultime categorie fanno capo gli artigiani che svolgono un lavoro per lo più manuale nei settori manifatturiero; anche qui, il rischio e fatica controllo derivante dalla professione esercitata non risultano essere elementi vincolanti e importanti nel disegnare la mappa della classificazione. Al contrario, si è ritenuto opportuno di tenere conto del contenuto del lavoro svolto e delle relazioni sociali ivi derivanti.

3.4) La nuova classificazione ridotta di A. Schizzerotto

La classificazione di A. Schizzerotto, che corrisponde anche a quella di A. Cobalti nel suo libro “*La mobilità Sociale in Italia*”, ha ridotto questo schema di 8 classi a 6. La riduzione è avvenuta accorpando gli imprenditori, i liberi professionisti e i dirigenti in un nuovo raggruppamento, indicato con l’espressione “Borghesia”. La nuova classificazione ridotta è così rappresentata:

- Borghesia;
- Classe media impiegatizia;
- Piccola borghesia urbana;
- Piccola borghesia agricola;
- Classe operaia urbana;
- Classe operaia agricola.

Si può notare come l’aggregazione delle tre prime classi (imprenditori, liberi professionisti e dirigenti) sia avvenuta esclusivamente per **il motivo tecnico** (dimensioni contenute) e non per altro. Gli autori di questo raggruppamento si spiegano dicendo quanto segue “Effettuando analisi multivariate secondo l’originario schema a otto posizioni, sarebbe dunque risultato impossibile stabilire se l’assenza di particolari combinazioni di caratteri del campione rappresentasse il riflesso di un lineamento strutturale dell’universo o costituire, invece, una conseguenza dei limiti posti dalle dimensioni del campione stesso”. Schizzerotto dimostra nella sua indagine del 1993, “che ciascuna di queste classi frappone barriere relativamente basse all’ingresso in essa da parte dei soggetti originari dalle altre due. Per converso, assai difficilmente gli individui provenienti da tutte le rimanenti posizioni riescono a penetrare in una di quelle che formano la borghesia.”¹⁷

Un altro elemento che si può desumere da queste classificazioni, in linea con quanto esposto sopra, è rappresentato dall’ **occupazione**, che viene assunta come **indicatore** dell’appartenenza di classe. *Qui l’occupazione non si identifica solamente come ruolo tecnico ma come ruolo sociale.*

¹⁷ A. Cobalti, A. Schizzerotto in “ *La mobilità Sociale in Italia*”, p.44-45

Un'occupazione si caratterizza non solo per i compiti svolti ma anche per i vantaggi materiali (come vedremo nei prossimi paragrafi) e immateriali procurati per il suo adempimento e per la posizione ricoperta nella gerarchia organizzativa da chi la esercita, nonché per una conseguente configurazione di rete di relazioni di dominio e di subordinazione inserita sul luogo di lavoro e fuori di esso.

3.5) Classificazione di Dahrendorf

Tenendo conto sempre della posizione professionale, riferendosi al parametro “dare e ricevere ordini”, Dahrendorf, usando i dati del censimento ISTAT del 1991, riesce a classificare le seguenti posizioni sociali:

1. Dirigente;
2. Carriera direttiva;
3. Impiegato;
4. Intermedio;
5. Capo operaio e operaio;
6. Altro lavoro dipendente;
7. Apprendista;
8. Lavoratore a domicilio;
9. Militare;
10. Imprenditore con dipendenti;
11. Libero professionista con dipendenti;
12. Autonomo con dipendenti;
13. Socio delle cooperative;
14. Coadiuvante;
15. Imprenditore senza dipendenti;
16. Libero professionista senza dipendenti;
17. Autonomo senza dipendenti;

E' da notare che in questa classificazione per posizione professionale, la collocazione dei coadiuvanti è di necessità approssimativa poiché non ci è dato di sapere, se i coadiuvanti hanno dipendenti o non. Si può rilevare anche un fatto nuovo nella classificazione: la presenza della figura “Apprendista”, che non figurava finora da nessuna parte. A questa classificazione, si aggiungano altre due figure, “Operaio specializzato e operaio comune” risultanti dallo studio sui dati del 1981.

Vi è da rilevare come nella classificazione sociale e nella classificazione professionale proposta da Dahrendorf e da Schizzerotto, Cobalti e altri, non vi sia posto per gli individui che, nel corso della loro vita, non hanno mai avuto contatti col mondo del lavoro e quindi rimangono completamente esclusi dalla possibilità di avere una propria diretta collocazione nella stratificazione sociale. Ciò vale anche per i lavoratori al nero (una sorte di economia informale e del lavoro occasionale), non rilevabili da nessuna parte. Questo può anche essere uno dei limiti di questa classificazione e della stratificazione proposta da A. Schizzerotto e da A. Cobalti.

Alcuni problemi provenienti dalla considerazione dell'occupazione come indicatore della posizione di classe e riconosciuti dai due autori, possono essere riassunti così:

- il limite rappresentato dalle condizioni nelle quali si può ragionevolmente dire che un'attività lavorativa rappresenti una forma di partecipazione effettiva alla produzione e allo scambio extradomestico di beni e servizi;
- la definizione della classe di appartenenza dei singoli sulla base dell'attività lavorativa da essi svolta come forma di restrizione del numero di soggetti ai quali, in linea di principio, è possibile attribuire una posizione nella stratificazione sociale.

Perciò le persone senza un'occupazione vengono private di una qualsivoglia posizione sociale. Ciò vale anche per i pensionati o persone ritirate da lavoro, che, in base a questa classificazione, non hanno nessuna classe che li rappresenti o corrispondente. Nonostante che quest'ultima categoria

delle persone (pensionati o ritirati da lavoro) incida molto sul budget dello Stato, e che perciò dovrebbe trovare la sua collocazione nella stratificazione essendo una componente importante della società.

Un altro elemento che sembra avere una scarsa rilevanza e soprattutto viene meno considerato dagli studiosi richiamati, è la fatica e controllo sul lavoro, che riportiamo qui di seguito.

3.6) La fatica ed il controllo sul lavoro

La fatica sul lavoro è un elemento molto importante e determinante nella scelta di un lavoro o di un altro (indice di preferibilità) e soprattutto può avere riflessi importanti sulla salute. Dalle indagini fatte sui dati del censimento ISTAT del 1991 (con riferimento a Firenze) sugli indicatori di lavoro faticoso per classe professionale e per sesso, si può osservare quanto segue:

Tabella 1: Firenze -Livelli di Fatica per Sesso (dati censimento ISTAT 1991)

FATICA SESSO	ELEVATA	NULLA O MODESTA	TOTALE
F	16049 22.93%	53933 77.07%	69982 40.88%
M	35667 35.24%	65534 64.76%	101201 59.12%
Total	51716 30.21%	119467 69.79%	171183 100.00%

Analizzando i dati di questa tabella, la frequenza di fatica elevata nei maschi risulta significativamente maggiore rispetto al sesso femminile in termini percentuali: la differenza è di oltre il 12%.

Tabella 2: Firenze -Livelli di Controllo (dati censimento ISTAT 1991)

CONTROLLO PER TIPO DI LAVORO SESSO	Dipendente	Autonomo	Totale
F	54097 77.30%	15885 22.70%	69982 40.88%
M	66630 65.84%	34571 34.16%	101201 59.12%
Totale	120.727 70.53%	50.456 29.47%	171.183 100.00%

La lettura di questa tabella dimostra come anche per i livelli di controllo ci sia una forte differenza tra i due sessi in termini percentuali, relativamente in linea con quanto visto sui livelli di fatica sul lavoro.

Tabella 3: Firenze -Tipologia di lavoro per livelli di fatica–controllo per sesso (dati censimento ISTAT 1991)

FAT.-CONTROLLO SESSO	Fatica Dipendente	Non fatica Dipendente	Fatica Auton.	Non Fatica Autonomo	Totale
F	12200 17.43%	41897 59.87%	3849 5.50%	12036 17.20%	69982 40.88%
M	23633 23.35%	42997 42.49%	12034 11.89%	22537 22.27%	101201 59.12%
Total	35833 20.93%	84894 49.59%	15883 9.28%	34573 20.20%	171183 100.00

Dalla lettura di questa tabella emergono le notevoli differenze fra i due sessi con riferimento a fatica-controllo.

Tabella 4a: Firenze - Confronto fatica per tipologia lavoro nei maschi (dati censimento ISTAT 1991)

CONTROLLO FATICA	Dipendente	Autonomo	Totale
SI	23633	12034	35667
	35.5%	34.8%	35.2%
NO	42997	22537	65534
	64.5%	65.2%	64.8%
TOTALE	66630	34571	101201

Si osserva come l'incidenza del **fattore fatica** nei lavoratori dipendenti maschili sia leggermente maggiore rispetto ai lavoratori autonomi: ciò significa che in questo caso, il fattore fatica non costituisce un elemento particolarmente significativo per la scelta di una categoria o di un'altra.

Tabella 4b: Firenze - Confronto fatica per tipologia lavoro nelle femmine (dati censimento ISTAT 1991)

CONTROLLO FATICA	Dipendente	Autonomo	Totale
SI	12200	3849	16049
	22.6%	24.2%	22.9%
NO	41897	12036	53933
	77.4%	75.8%	77.1%
TOTALE	54097	15885	69982

Invece per quanto riguarda il sesso femminile, si nota come la percentuale di **fatica** nelle lavoratrici autonome sia leggermente maggiore rispetto alle lavoratrici dipendenti: si tratta di una differenza pari all' 1,6%.

Fig.1: Firenze - Confronto fatica per tipologia di lavoro nei maschi (dati ISTAT censimento 1991)

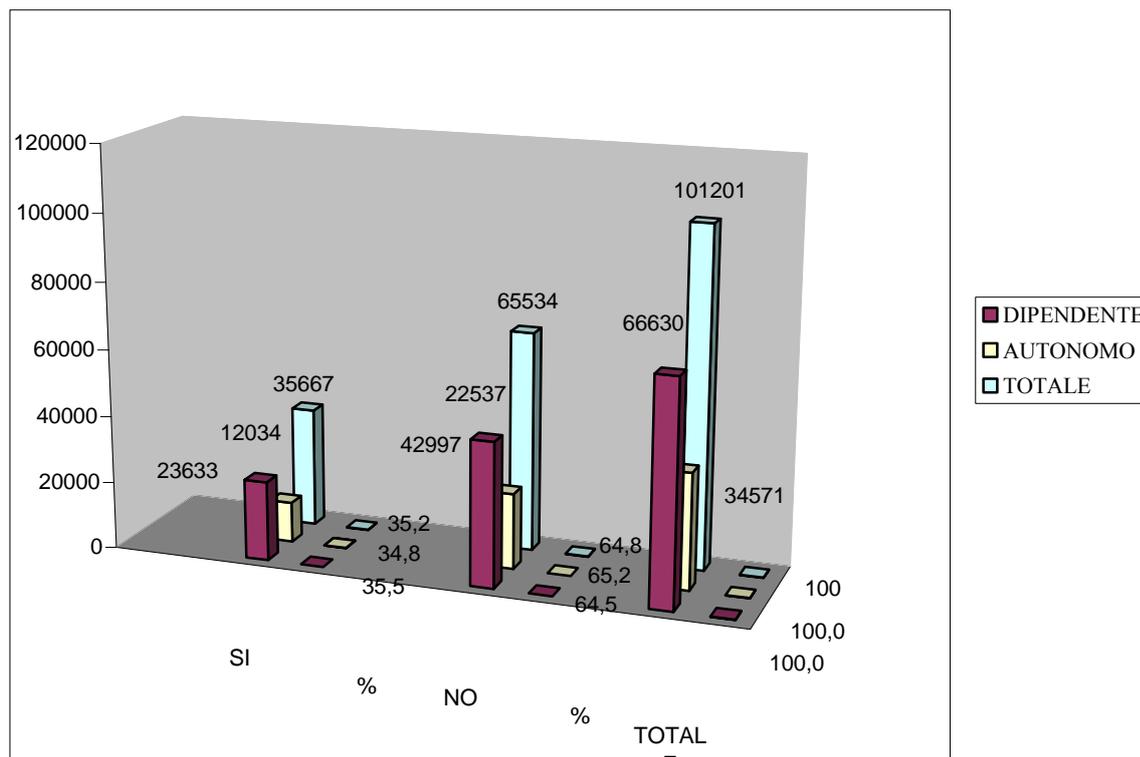


Fig.2: Firenze - Confronto fatica per tipologia di lavoro nelle femmine (dati ISTAT, censimento 1991)

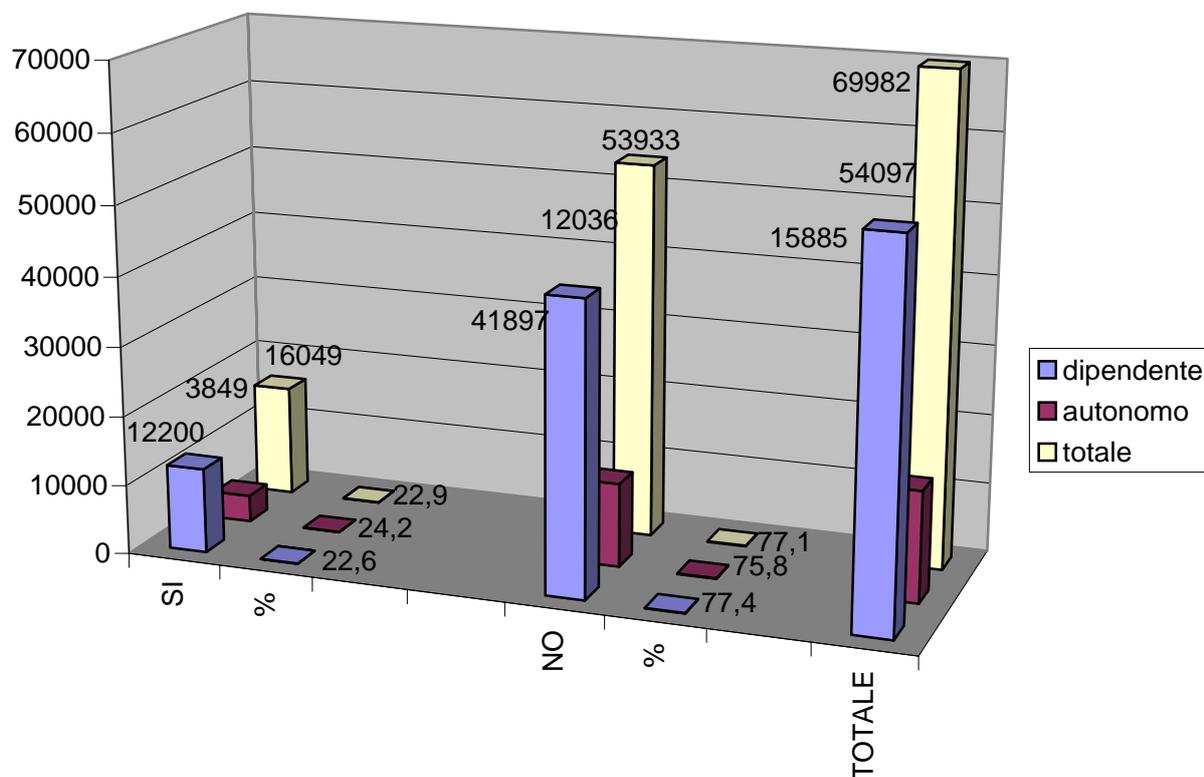


Tabella 5: Firenze - Tipo di lavoro e di fatica nei maschi a confronto (dati censimento ISTAT 1991)

Tipo di lavoro \ Fatica	Dipendente	Autonomo	Totale	Osservazioni ¹⁸
SI	23633	12034	35667	
	35,5%	34,8%	35,2%	
NO	42997	22537	65534	
	64,5%	65,2%	64,8%	
Totale	66630	34571	101201	valore del chi-quadro 4.34

Come si può vedere in questa tabella la disomogeneità tra le due categorie di lavoro nei maschi (dipendente e autonomo), per quanto riguarda il fattore fatica, è minima seppure statisticamente significativa.

¹⁸ Il valore soglia di Chi-quadro (χ): 3.84, $\alpha = 0.05$

Tabella 5a: Firenze- Tipo di lavoro e di fatica nelle femmine a confronto (dati censimento ISTAT 1991)

Tipo di lavoro				
Fatica	Dipendente	Autonomo	Totale	Osservazioni¹⁹
SI	12200	3849	16049	
	22,6%	24,2%	22,9%	
NO	41897	12036	53933	
	77,4%	75,8%	77,1%	
Totale	54097	15885	69982	valore del chi-quadro 19.57

In questa tabella si può notare, come ci sia una discreta disomogeneità nelle femmine per le due categorie di lavoro considerate, inoltre, a differenza dei maschi, la percentuale di fatica è maggiore nelle lavoratrici autonome.

Tabella 6: Firenze - Confronto Fatica per tipo lavoro (dati censimenti ISTAT 1991)

	Maschi/femmine	Maschi/femmine
	DIPENDENTE	AUTONOMO
FATICA		
SI	35833 29.7%	15883 31.5%
NO	84894 70.3%	34573 68.5%
TOTALE	120727	50456

Nel confronto diretto tra i lavoratori/trici dipendenti e lavoratori/trici autonomi, l'incidenza del **fattore fatica** risulta essere leggermente maggiore, dell'1,8%, nei lavoratori dipendenti.

Parlando della stratificazione conviene sottolineare come essa può avere varie forme in cui da un lato le disuguaglianze sociali sono normative, fondate e connesse a caratteristiche ascritte e non acquisite. In questo caso, che si voglia o no, i destini sociali delle persone possono essere stabiliti fin dalla nascita. Esempio: società nelle quali la struttura delle disuguaglianze ha dato luogo a caste, a ordini, stati, etc... Mentre dall'altro lato si riscontrano delle disuguaglianze sociali fondate unicamente su disparità di ordine fattuale e collegate a caratteristiche acquisite. In questo secondo caso è il possesso o la mancanza di particolari attributi, e non la norma giuridica o la consuetudine a determinare la collocazione sociale dei singoli e dei gruppi. Dunque la posizione di un individuo e della famiglia di cui fa parte, può liberamente variare in parallelo con l'assunzione o con la dismissione, delle caratteristiche pertinenti. (A. Cobalti, 1994).

Dopo avere visto alcune classificazioni delle classi sociali a livello nazionale, è forse doveroso tentare di capire e di vedere come il fenomeno viene trattato anche a livello internazionale, in questo caso si tratta di alcuni paesi dell'Unione Europea (UE).

¹⁹ Il valore soglia di Chi-quadro (χ): 3.84, $\alpha = 0.05$

CAPITOLO IV: LE CLASSIFICAZIONI SOCIO-ECONOMICHE A LIVELLO INTERNAZIONALE

4.1) Classificazione occupazionale per classe sociale a livello internazionale

Anche a livello internazionale il fattore economico è stato preso come indicatore per la ridefinizione dei gruppi di occupazione. Qui di seguito, riportiamo la classificazione occupazionale per classe sociale a livello internazionale, in alcuni paesi dell'Unione Europea (Francia, Danimarca, Finlandia, Olanda, Norvegia, Svezia, ecc...) secondo Kunst e Mackenbach²⁰.

Tale classificazione occupazionale è redatta gerarchicamente secondo l'ordine crescente dai più alti livelli dei lavoratori non manuali ai più bassi livelli dei lavoratori manuali e lavoratori manuali non specializzati.

1) Classificazioni Occupazionali per Classi Sociali in Inghilterra e Galles

1. Professionisti (classe I)
2. Datori di lavoro e impiegati; (classe II)
3. Impiegati di basso livello (classe IIIN)
4. Esperti, libero professionista (classe IIIM)
5. Operai specializzati, assistenti domiciliari, collaboratori domestici, lavoratori agricoli (piccola borghesia agricola), (classe IV)
6. Operai non specializzati (classe V)
7. Inattivi, forze armate.

2) Classificazioni Occupazionali per Classi Sociali in Olanda

1. Professionisti e impiegati di livello superiore;
2. Impiegati di livello intermedio;
3. Impiegato di basso livello;
4. Operai semi specializzati non specializzati;
5. Braccianti/lavoratori, e braccianti specializzati;
6. Imprenditori;
7. Inattivi, disoccupati;

3) Classificazioni Occupazionali per Classi Sociali in Danimarca

1. Impiegati e Imprenditori del primo livello e secondo livello;
2. Impiegati del terzo e quarto livello;
3. Operai, specializzati
4. Braccianti/lavoratori, semi specializzati e non specializzati;
5. Agricoltori e Pescatori;
6. Imprenditori del terzo livello;
7. Inattivi, assistenti domestici o collaboratori domestici

4) Classificazioni Occupazionali per Classi Sociali in Norvegia

1. Professionisti, intermediari ed impiegati di livello superiore;
2. Impiegati di basso livello;;
3. Operai, specializzati;
4. Operai semi specializzati non specializzati;

²⁰ A. Kunst e J.P. Mackenbach, "International Variation in the size of Mortality Differences Associated with Occupational Status" in International Journal of Epidemiology, vol.23:4

5. Agricoltori e Pescatori;
6. Imprenditori;
7. Inattivi,

5) Classificazioni Occupazionali per Classi Sociali in Svezia

1. Professionisti ed impiegati di livello superiore;
2. Altri impiegati, tecnici;
3. Operai/lavoratori;
4. Agricoltori;
5. Imprenditori;
6. Inattivi, disoccupati

6) Classificazioni Occupazionali per Classi Sociali in Francia;

1. Dirigenti e liberi professionisti;
2. Insegnanti, tecnici, dirigenti intermedi;
3. Impiegati;
4. Operai qualificati, capo operai;
5. Operai specializzati, impiegati agricoli;
6. Operai,
7. Agricoltori;
8. Artigiani e piccoli commercianti;
9. Altri attivi (piccoli commercianti e commessi, impiegati nei servizi, forze armate, artisti, religiosi);
10. Inattivi;

7) Classificazioni Occupazionali per Classi Sociali in Finlandia

1. Impiegati di livello superiore;
2. Impiegati di basso livello;
3. Operai, specializzati;
4. Operai, non specializzati;
5. Agricoltori;
6. Imprenditori; Professionisti
7. Inattivi (piccola parte);

NB In queste classificazioni (Finlandia, Francia), nella classe “Inattivi”, sono compresi gli studenti, i disabili (invalidi), i ritirati da lavoro cioè pensionati, che però sono state escluse dalle analisi fatte da Kunst & coll. in quanto inadeguate ai gruppi di lavoro descritti salvo in Finlandia dove una parte di essi è stata considerata).

4.2) Gli indici di disuguaglianza a livello internazionale

Anche a livello internazionale il problema della disuguaglianza sociale nella mortalità è preso in considerazione e viene analizzato, come abbiamo visto sopra, sulla base delle classi sociali tenendo sempre presente il fattore economico.

Le distinzioni fatte finora, prendono in considerazione le credenziali formative (educative), il potere o la funzione di supervisione dei lavori e il prestigio dell'occupazione. Una valida classificazione si differenzia rispetto alle caratteristiche dell'estensione e al peso assegnato a ciascuna delle caratteristiche di questa estensione.

In Francia²¹, le componenti della classe “**altri attivi**” (piccoli commercianti e commessi, impiegati nei servizi, forze armate, artisti, religiosi) sono state escluse dall’analisi poiché i dati dettagliati sulla mortalità erano ritenuti non validi.

L’esclusione delle “*classi inattive*” in tutti i paesi studiati, salvo la Finlandia, porta ovviamente ad una sotto stima del fenomeno delle disuguaglianze nella mortalità. L’esempio dell’Inghilterra - Galles riportato nella tabella n°7 sulla valutazione dei potenziali effetti dopo avere incluse le *categorie economicamente inattive* della popolazione maschile (età 35-64 anni), nella comparazione con la Finlandia, dimostra delle differenze importanti negli indici di disuguaglianza. La questione dell’esclusione spiega meglio, mettendo due paesi a confronto, come nel caso dell’Inghilterra -Galles e Finlandia, perché le differenze nelle disuguaglianze sono più osservate in Finlandia, dove una parte della classe “inattivi” è compresa già nelle osservazioni analizzate. Per l’Inghilterra - Galles, includendo i dati degli inattivi e dei ritirati dal lavoro, l’indice di disuguaglianza passa da 0.40 all’0.48, rimanendo sostanzialmente molto minore rispetto alla Finlandia.

Un altro elemento osservato in Inghilterra - Galles come altrove è l’esclusione della classe dei malati permanenti detti anche “*permanently sick*”, che da soli costituiscono 2,7% della popolazione totale.²²

Tabella 7: Valutazione degli effetti dell’inclusione delle categorie economicamente inattive nella comparazione tra Inghilterra –Galles e Finlandia, maschi 35-64 anni, 1970-1980²³

Indice di disuguaglianze (con limiti di confidenza al 95%)						
Paesi	Tutti i 10 anni del follow-up		I primi 5 anni del follow-up		Gli ultimi 5 anni del follow-up	
	Indice di disuguaglianza	Limiti conf.	Indice di disuguaglianza	Limiti conf.	Indice di disuguaglianza	Limiti conf.
Inghilterra e Galles						
Incluse le categorie economicamente inattive (ritirati, disoccupati) meno i malati permanenti	0.48	0.39-0.58	0.35	0.21-0.50	0.59	0.46-0.72
Senza le categorie inattive	0.40	0.31-0.51	0.24	0.11-0.39	0.58	0.44-0.72
Finlandia	0.96	0.90-1.01	0.95	0.87-1.03	0.98	0.91-1.06

Considerando questa tabella, si può rilevare come l’indice di disuguaglianza in Inghilterra - Galles abbia avuto un incremento durante il periodo di 10 anni di osservazione, passando da 0.35 a 0.59 includendo la classe degli inattivi meno i malati permanenti, mentre è passato da 0.24 a 0.58 escludendo la classe degli inattivi. L’indice di disuguaglianza stimato dell’0.59 per il follow-up degli ultimi 5 anni è molto vicino alla stima dell’0.58, basata sui dati con esclusione della classe degli inattivi: questo suggerisce che la disuguaglianza stimata per gli ultimi 5 anni del follow-up, è quasi insensibile alla esclusione della classe maschile inattiva. Mentre per la Finlandia, l’indice di disuguaglianze rimane sostanzialmente lo stesso con la crescita del follow-up.

A livello internazionale si tiene anche conto di tre fattori, che sono:

- distinzione tra occupazioni ad alto livello di qualifica non manuale;
- distinzione tra occupazioni a basso livello di qualifica manuale;
- distinzione tra occupazioni manuali specializzate e non:

²¹ Idem, p.746

²² Idem, p.747, Fox A J, Goldblatt P O. Longitudinal Study. Socio-demographic Mortality Differentials. Series LS n.1. London: HMSO, 1982

²³ Idem, p.748

In pratica, per eliminare ogni differenza nella composizione delle classi a livello internazionale, l'indice di disuguaglianza è stato calcolato:

- a) tenendo conto della classificazione occupazionale (in ordine crescente dando un peso specifico ad ogni classe professionale) applicata nei rispettivi paesi e città presi in considerazione;
- b) contrapponendo *i lavoratori manuali contro non manuali* e senza tenere conto delle differenze interne a questi due gruppi;
- c) aggiungendo alle classificazioni occupazionali dei rispettivi paesi, i dirigenti e gli imprenditori;

Secondo Kunst²⁴, i casi di classificazioni occupazionali illustrati sopra insieme ai loro indici di disuguaglianza, devono essere usati con cautela, poiché la loro applicabilità dipende fortemente dalla validità della gerarchia della classificazione occupazionale. E' per questo che il nostro utilizzo di questi indici, è basato in primo luogo sul fatto che l'occupazione manuale abbia indubitabilmente un basso status rispetto all'occupazione non manuale.

Le considerazioni sopra, effettuate sulla base dello status socioeconomico, sono anche risultate dell'applicazione del modello di regressione di "Poisson".

4.3) Le disuguaglianze nella mortalità in alcuni paesi dell'Unione Europea (UE) a confronto

I risultati dimostrano che le disuguaglianze socioeconomiche nella mortalità non costituiscono un fenomeno invariabile, ma sono fortemente dipendenti del contesto nazionale. Questo solleva la seguente domanda "Quali sono i fattori responsabili delle differenze osservate a livello internazionale?"

La risposta non è così semplice, le implicazioni delle differenze a livello internazionale con riguardo alle disuguaglianze nella mortalità per specifiche malattie, le disuguaglianze prevalenti nei fattori di rischio per queste malattie, e le circostanze socio economiche e culturali, determinano la distribuzione del fattore di rischio.

L'equazione della regressione Poisson è la seguente:

$$\log(D_{ij}) = \log(P_{ij}) + \alpha + \beta * SES_j$$

dove: D = numero morti osservati;

P = numero anni persona a rischio;

SES = status socioeconomico;

i e j = età e gruppo di occupazione;

α e β = coefficienti.

Si ottiene l'indice di disuguaglianza attraverso la formula $(e^\beta - 1)$, che rappresenta l'incremento proporzionale nella mortalità per ogni aumento unitario nello status socioeconomico (SES) misurato.

I risultati di queste distinzioni e quindi dell'equazione sopra descritta, si possono osservare nella seguente tabella 8.

²⁴ Idem, p. 749

Tabella 8: Le disuguaglianze nella mortalità dei maschi in 6 paesi dell'UE, classe di età 35-64 anni, 1970-1980

Indice di disuguaglianze (con limiti di confidenza al 95%)							
Paesi	Stime di base (a)		Lavori manuali contro non manuali (b)		Inclusi dirigenti e Imprenditori (c)		
	Indice di disuguaglianza	Limiti di confidenza	Indice di disuguaglianza	Limiti di confidenza	Indice di disuguaglianza	Limiti di confidenza	
Norvegia	0.18	0.14-0.22	0.21	0.16-0.25	0.20	0.16-0.23	
Danimarca	0.23	0.19-0.26	0.25	0.22-0.29	0.25	0.22-0.28	
Svezia	0.29	0.26-0.32	0.30	0.27-0.34	0.27	0.24-0.30	
Inghilterra e Galles	0.40	0.31-0.51	0.36	0.25-0.48			
Finlandia	0.95	0.90-1.01	0.96	0.90-1.03	0.80	0.76-0.84	
Francia	1976-980	1.66	1.45-1.88	1.14	0.96-1.34	1.29	1.13-1.46
	1980-1989	1.64	1.52-1.77	1.21	1.11-1.33	1.28	1.19-1.38

Da questa tabella, si può vedere come l'indice di disuguaglianza in Francia sia ampiamente superiore rispetto ad altri paesi. La tabella dimostra anche che l'effetto dello status economico sociale (SES) sulla mortalità in Francia è specialmente forte entro i gruppi dei lavoratori manuali e non. L'ignoranza delle differenze tra questi gruppi, produrrebbe o darebbe una stima inferiore dell'effetto medio dello SES sulla mortalità. Tuttavia, tale stima rimane sei volte più grande della corrispondente stima per la Norvegia. In Francia come in Finlandia, il basso stato socioeconomico è relativamente associato al largo eccesso di mortalità.

CAPITOLO V: LE DISUGUAGLIANZE NELLA MORTALITÀ IN ALCUNE CITTÀ EUROPEE A CONFRONTO CON FIRENZE E LIVORNO

5.1) Le disuguaglianze in cinque città e paesi dell'UE

Andando ad analizzare lo stesso indice di disuguaglianza a livello delle grandi città di alcuni dei paesi summenzionati, si riscontra che in Francia come nei paesi scandinavi, la disuguaglianza nella mortalità nelle classi sociali in alcune città, resta sostanzialmente più grande che a livello nazionale. Nel contesto del presente studio, è importante notare come l'ordine della classificazione dalle più piccole alle più grandi disuguaglianze è la stessa che a livello nazionale: Copenhagen, le città svedesi, Helsinki, le città francesi. La differenza tra Danimarca e Svezia è molto piccola e la mortalità a Rotterdam è analoga a Copenhagen e alle città Svedesi.

Tutto sommato da questo confronto, come vedremo nella tabella 11, si può notare un andamento piuttosto simile dell'indice di disuguaglianza nei gruppi o nelle classi sociali tra queste città sia che abbiamo la distinzione tra i lavoratori manuali e non, sia che vengano inclusi nell'elaborazione dell'indice gli imprenditori e i dirigenti.

Le differenze negli indici riferiti a Danimarca, Norvegia, Svezia e Olanda, sono così minime che potrebbero essere attribuite alle differenze del tipo di classificazione occupazionale. Tuttavia, l'indice di disuguaglianze nelle città francesi (ed in parte nella capitale finlandese), comparato a quello delle altre città prese in considerazione, risulta nettamente più grande rispetto, anche se potrebbe risultare sovrastimato. Per esempio in Finlandia, i funzionari di alto livello (dirigenti e altri) sono stati classificati insieme ad imprenditori, i lavoratori qualificati o specializzati sono insieme ai lavoratori agricoli²⁵.

L'idea generale che emerge da questo studio, è che le disuguaglianze nella mortalità sono maggiori in Francia, minori in Danimarca, in Norvegia e in Svezia, mentre la Finlandia e l'Inghilterra - Galles sono nella posizione intermedia.

Tabella 9: Le disuguaglianze nella mortalità dei maschi in cinque città dell'UE, classe di età 35-64 anni, 1970-1980²⁶

Indice di disuguaglianze (con limiti di confidenza al 95%)						
Città	Stime di base		Lavori manuali contro non manuali		Inclusi dirigenti e imprenditori	
	Indice di disuguaglianza	Limiti di confidenza	Indice di disuguaglianza	Limiti di confidenza	Indice di disuguaglianza	Limiti di confidenza
Copenhagen	0.55	0.48-0.62	0.68	0.59-0.78	0.69	0.61-0.78
Città svedesi	0.67	0.60-0.76	0.71	0.63-0.80	0.60	0.53-0.67
Helsinki	1.04	0.99-1.10	0.96	0.90-1.03	1.01	0.96-1.06
Città francesi eccetto Parigi	2.68	2.03-3.46	1.66	1.18-2.24	2.21	1.68-2.83
Rotterdam	0.65	0.11-1.47	0.59	0.10-1.48	0.60	0.09-1.34

Alla luce dello studio realizzato in queste 5 città europee, e applicando lo stesso metodo, cercheremo nella prossima tabella, di fare il confronto con le due città della Toscana prese a campione, che sono Firenze e Livorno sulla base dello stesso indice di disuguaglianza.

L'indice di disuguaglianza complessivo per Firenze e Livorno è ottenuto con la formula della regressione di "Poisson" dopo avere applicato il valore dello stato socioeconomico (SES) ad ogni classe sociale di A. Schizzerotto.

²⁵Idem, p.749

²⁶ A. Kunst e J.P. Mackenbach, "International Variation in the size of Mortality Differences Associated with Occupational Status" in International Journal of Epidemiology, vol.23:4,

5.2 Il confronto fra le città dell'UE con Firenze e Livorno

Tabella 10: Confronto dell'indice di disuguaglianze per mortalità nei maschi nelle cinque città dell'UE, classe di età 35-64 anni, 1970-1980 e nelle due città della Toscana, 1991-97

indice di disuguaglianza (con limiti di confidenza al 95%)		
Città	Lavoratori manuali contro non manuali	
	Indice di disuguaglianza	Limiti confidenza
Copenhagen	0.68	0.59-0.78
Città svedesi	0.71	0.63-0.80
Helsinki	0.96	0.90-1.03
Città francesi eccetto Parigi	1.66	1.18-2.24
Rotterdam	0.59	0.10-1.48
Firenze	1.37	1.19-1.56
Livorno	1.61	1.27-1.99

Alla luce della tabella 10, si può rilevare, sebbene si riferiscono a periodi temporali diversi, come l'indice di disuguaglianza nelle due città toscane (Firenze e Livorno), per la categoria dei lavoratori considerati, sia maggiore rispetto a Copenhagen, alle città svedesi, a Helsinki e a Rotterdam e minore soltanto rispetto alle città francesi.

Per Firenze e Livorno, gli indici di disuguaglianza sono stati calcolati tenendo conto della mortalità riportata nelle tabelle 11 e 11a.

Tabella 11: Tassi di mortalità per classi di età: Firenze 1991-1997 (Lavoratori manuali e non manuali - Classificazione di A. Schizzerotto)

Esterno superiore della classe di età (35-64 anni)	Lavoratori manuali			Lavoratori non manuali		
	Anni persona (py)	N° morti	Tasso specifico per strato	Anni persona (py)	N° morti	Tasso specifico per strato
40	26.240	47	1.8	57.365	69	1.2
45	26.504	97	3.7	53.019	93	1.8
50	27.506	140	5.1	44.106	152	3.4
55	35.523	272	7.7	41.451	231	5.6
60	41.873	523	12.5	28.542	217	7.6
64	42.192	808	19.15	13.861	187	13.5

Tabella 11a: Tassi di mortalità per classi di età: Livorno 1991-1997 (Lavoratori manuali e non manuali - Classificazione di A. Schizzerotto)

Esterno superiore della classe di età (35-64 anni)	Lavoratori manuali			Lavoratori non manuali		
	Anni persona (py)	N° morti	Tasso specifico per strato	Anni persona (py)	N° morti	Tasso specifico per strato
40	15.940	34	2.13	19.722	23	1.17
45	16.471	42	2.55	19.108	33	1.73
50	15.834	70	4.42	14.751	47	3.19
55	16.939	128	7.56	13.603	58	4.26
60	18.966	257	13.55	8.359	54	6.46
64	17.663	340	19.25	4.127	46	11.15

Per tutte le classi di età è evidente come i lavoratori manuali abbiano, sistematicamente, dei tassi di mortalità superiori a quelli dei lavoratori non manuali.

Tabella 11b.: Tassi di mortalità per classi di età: Livorno 1981-1987 (Lavoratori manuali e non manuali – Classificazioni di A. Schizzerotto)

Esterno superiore della classe di età (35-64 anni)	Lavoratori manuali			Lavoratori non manuali		
	Anni persona (py)	N° morti	Tasso specifico per strato	Anni persona (py)	N° morti	Tasso specifico per strato
40	17.714	24	1.35	19.718	16	0.81
45	18.173	54	2.97	19.345	39	2.02
50	17.010	76	4.47	17.810	66	3.71
55	18.228	172	9.44	18.105	125	6.90
60	25.501	428	16.78	13.398	148	11.05
64	18.279	386	21.12	3.970	73	18.39

Confrontando la mortalità a Livorno nei due periodi (1981-87, 1991-97), si osserva un generale miglioramento nei tassi specifici salvo per le prime classi di età.

Tabella 11c: Classificazione di A. Schizzerotto – Firenze, valori SES, 1991-1997

Classi sociali	Anni persona (py)	N° morti	Tasso specifico per strato	Totale anni persona (py)	% anni persona	SES
Borghesia	88.710	323	3.64	358.698	24.73	0.12
Classe media Imp.	85.061	303	3.56	358.698	23.71	0.37
Piccola borghesia con dipendenti	22.157	119	5.37	358.698	6.18	0.52
Piccola borghesia senza dipendenti	56.623	322	5.69	358.698	15.79	0.63
Classe operaia	106.147	553	5.21	358.698	29.59	0.85

Distinguendo per classi sociali, si osserva come i tassi specifici siano più bassi per borghesia e classe media impiegatizia sia a Firenze che a Livorno (anni 1991-1997). Nel corso del tempo Livorno (passando dal 1981-87 al 1991-97), ha visto una riduzione dei tassi specifici salvo che per la classe operaia, per la quale c'è stato invece un netto peggioramento.

Tabella 11d: Classificazione di A. Schizzerotto – Livorno, valori SES, 1991-1997

Classi sociali	Anni persona (py)	N° morti	Tasso specifico per strato	Totale anni persona (py)	% anni persona	SES
Borghesia	24.434	88	3.6	164.364	14.87	0.07
Classe media Imp.	36.647	160	4.37	164.364	22.3	0.26
Piccola borghesia con dipendenti	6.471	32	4.95	164.364	3.94	0.39
Piccola borghesia senza dipendenti	21.716	119	5.48	164.364	13.21	0.48
Classe operaia	75.096	403	5.37	164.364	45.68	0.77

Messe a confronto, i valori SES per gli anni 1991-97 sono nettamente superiori a Firenze rispetto a Livorno per tutte le classi sociali.

Tabella 11f: Classificazione di A. Schizzerotto – Livorno, valori SES, 1981-1987

Classi sociali	Anni persona (py)	N° morti	Tasso specifico per strato	Totale anni persona (py)	% anni persona	SES
Borghesia	17.306	81	4.68	168.68	10.25	0.05
Classe media Imp.	39.098	160	4.09	168.68	23.18	0.22
Piccola borghesia con dipendenti	8.055	57	7.08	168.68	4.78	0.36
Piccola borghesia senza dipendenti	20.206	128	6.33	168.68	11.98	0.44
Classe operaia	84.017	414	4.93	168.68	49.81	0.75

Confrontando i valori SES di Livorno per i due periodi considerati (1981-87, 1991-97), risulta un leggero miglioramento nelle tre prime classi e un leggero peggioramento nelle ultime due classi (piccola borghesia senza dipendenti e classe operaia).

Tabella 12: Classificazioni di A. Schizzerotto: Firenze Tasso specifico per classe (rapporto mortalità anni persona), 1991-1997

Classi sociali	Età	N° morti	Anni persona	Tasso specifico
Borghesia	40	20	20.283	0.10
	45	26	20.028	0.13
	50	50	16.309	0.31
	55	84	15.360	0.55
	60	67	10.556	0.63
	64	76	6.174	1.23
Classe media Impiegatizia	40	29	23.278	0.12
	45	37	21.329	0.17
	50	58	16.161	0.36
	55	85	14.088	0.60
	60	59	7.467	0.79
	64	35	2.738	1.28
Piccola borghesia con dipendenti	40	4	3.570	0.11
	45	7	4.097	0.17
	50	11	4.260	0.26
	55	32	4.598	0.70
	60	33	3.650	0.90
	64	32	1.982	1.61
Piccola borghesia senza dipendenti	40	14	10.823	0.13
	45	34	9.413	0.36
	50	44	10.118	0.43
	55	61	11.394	0.54
	60	83	9.469	0.88
	64	86	5.406	1.59
Classe operaia	40	27	21.291	0.13
	45	60	21.094	0.28
	50	90	20.044	0.45
	55	127	22.128	0.57
	60	176	17.057	1.03
	64	73	4.533	1.61

Messi a confronto i tassi specifici per età per classi sociali per il periodo 1991-97, si osserva che sono superiori a Firenze rispetto a Livorno, salvo per la classe media impiegatizia.

Tabella 12a: Classificazioni di A. Schizzerotto: Livorno Tasso specifico per classe (rapporto mortalità anni persona), 1991-1997

Classi sociali	Età	N° morti	Anni persona	Tasso specifico
Borghesia	40	3	5.691	0.05
	45	10	5.425	0.18
	50	10	4.157	0.24
	55	22	4.095	0.53
	60	19	2.876	0.66
	64	24	2.190	1.10
Classe media Impiegatizia				
	40	15	8.603	0.17
	45	12	8.727	0.14
	50	23	6.117	0.38
	55	24	5.732	0.42
	60	37	4.086	0.91
	64	49	3.382	1.45
Piccola borghesia con dipendenti				
	40	3	956	0.31
	45	3	1.391	0.22
	50	3	1.416	0.21
	55	7	1.255	0.56
	60	8	889	0.90
	64	8	564	1.42
Piccola borghesia senza dipendenti				
	40	6	4.502	0.13
	45	9	4.131	0.22
	50	19	3.756	0.51
	55	32	3.791	0.84
	60	26	3.390	0.77
	64	27	2.146	1.26
Classe operaia				
	40	16	13.813	0.12
	45	28	14.391	0.19
	50	19	3.756	0.51
	55	59	13.374	0.44
	60	130	11.872	1.10
	64	118	8005	1.47

Tabella 13: Classificazioni di A. Schizzerotto: Livorno Tasso specifico per classe (rapporto mortalità anni persona), 1981-1987

Classi sociali	Età	N° morto	Anni persona	Tasso specifico
Borghesia	40	4	3.455	0.12
	45	9	3.701	0.24
	50	13	3.134	0.41
	55	16	3.330	0.48
	60	24	2.786	0.86
	64	15	900	1.67
Classe media Impiegatizia				
	40	5	9.204	0.05
	45	17	8.981	0.19
	50	24	7.073	0.34
	55	37	6.997	0.53
	60	60	5.701	1.05
	64	17	1.143	1.49
Piccola borghesia con dipendenti				
	40	1	1.788	0.06
	45	4	1.660	0.24
	50	5	1.732	0.29
	55	14	1.416	0.99
	60	19	1.036	1.83
	64	14	423	3.31
Piccola borghesia senza dipendenti				
	40	4	3.525	0.11
	45	10	3.881	0.26
	50	15	3.843	0.39
	55	31	3.810	0.81
	60	40	3.400	1.18
	64	28	1.746	1.60
Classe operaia				
	40	19	18.610	0.10
	45	41	18.149	0.23
	50	69	17.546	0.39
	55	129	16.930	0.76
	60	129	10.944	1.18
	64	27	1.840	1.47

Nel confronto del periodo 1981-87 con il periodo 1991-97 a Livorno si registra una netta riduzione dei tassi specifici per tutte le classi sociali, esclusa la classe media impiegatizia.

Tabella 13a: Indice di disuguaglianza (con limiti di confidenza al 95%), Firenze classificazione di A. Schizzerotto, 1991-1997

Classi sociali di A. Schizzerotto	Indice di disuguaglianza	Limiti di confidenza
Borghesia		
Classe media Impiegatizia	-0,02	-0,16-0,14
Piccola borghesia con dipendenti	0,47	0,19-0,82
Piccola borghesia senza dipendenti	0,56	0,34-0,82
Classe operaia	0,43	0,24-0,64

Prendendo la borghesia come la classe di riferimento, l'indice mostra a Firenze un valore maggiore per tutte le altre classi, mentre risultava negativo per la classe media impiegatizia.

Tabella 13 b: Indice di disuguaglianza (con limiti di confidenza al 95%), Livorno classificazione di A. Schizzerotto, 1991-1997

Classi sociali di A. Schizzerotto	Indice di disuguaglianza	Limiti di confidenza
Borghesia		
Classe media Impiegatizia	0,21	-0,07-0,57
Piccola borghesia con dipendenti	0,37	-0,08-1,06
Piccola borghesia senza dipendenti	0,20	0,16-1,00
Classe operaia	0,49	0,18-0,88

Essendo la borghesia la classe di riferimento, si osserva a Livorno come la classe operaia abbia un indice di disuguaglianza maggiore di tutte le altre, seguita dalla piccola borghesia con dipendenti.

Tabella 13c: Indice di disuguaglianza (con limiti di confidenza al 95%), Livorno classificazione di A. Schizzerotto, 1981-1987

Classi sociali di A. Schizzerotto	Indice di disuguaglianza	Limiti di confidenza
Borghesia		
Classe media Impiegatizia	-0,13	-0,33-0,14
Piccola borghesia con dipendenti	0,51	0,08-1,12
Piccola borghesia senza dipendenti	0,35	0,02-0,79
Classe operaia	0,05	-0,17-0,34

Confrontando i due periodi per Livorno (1981-87, 1991-97) si evidenzia un netto peggioramento per la classe operaia a fronte di un andamento inverso per la piccola borghesia mentre la classe media impiegatizia da un valore negativo passa al positivo.

Tabella 14: Indice di disuguaglianza complessivo (con limiti di confidenza al 95%), Firenze - Livorno Classificazioni di A. Schizzerotto, 1991-1997

Classi sociali di A. Schizzerotto	Periodo	Indice di disuguaglianza	Limiti di confidenza
Firenze	1991-1997	0,12	0,08-0,14
Livorno	1991-1997	0,09	0,04-0,14
Livorno	1981-1987	0,03	0,02-0,08

I due periodi (1981-87, 1991-97) messi a confronto dimostrano per Livorno che l'indice di disuguaglianza complessivo è andato peggiorando nell'ultimo periodo, risultando comunque leggermente migliore rispetto a Firenze per il periodo 1991-97.

Conclusioni

La prova dell'esistenza di disuguaglianze sociali nella salute proviene dall'analisi delle differenze professionali nella speranza di vita. Nonostante che dalla fine del diciannovesimo secolo e per tutto il ventesimo secolo, gli indicatori di mortalità siano migliorati, le differenze sociali sono rimaste in qualche modo inalterate fino a giorni nostri: anzi le divisioni delle classi sociali e le disuguaglianze si sono accentuate in questi ultimi anni.

A. Schizzerotto definisce le classi sociali come raggruppamenti di fatto e non di diritto, parzialmente aperti anziché chiusi, di tipo prevalentemente acquisito piuttosto che ascritto (Schizzerotto 1993).

In questo studio, non era compito nostro di studiare tutte le classi sociali ma di rilevare l'esistenza di vari orientamenti sulla considerazione di classi sociali, per cui sono state passate in rassegna tutte le classificazioni socio-economiche, con particolare riferimento a quelle rivolte a problemi socio-sanitari, proposte da Sylos Labini, da Schizzerotto e da altri studiosi sia a livello nazionale che internazionale.

Tenendo conto delle relazioni esistenti tra le classi dal punto di vista socio economico, si rileva un aumento della borghesia costituita da imprenditori, liberi professionisti e dirigenti, un dato che sembra essere generalizzato e quindi nazionale a fronte di un altrettanto sensibile contrazione della classe operaia. Relativamente stabili, risultano essere invece la piccola borghesia con e senza dipendenti, mentre in lieve crescita è la classe media impiegatizia e ciò si verifica di più tra le donne, che in questi ultimi anni hanno ingrossato le file nel settore impiegatizio.

Si è quindi cercato di fare una comparazione, dopo l'elaborazione dei dati di Firenze e di Livorno, con gli indici di disuguaglianza delle città di alcuni paesi dell'UE (Francia, Inghilterra-Galles, Danimarca, Finlandia, Svezia e Norvegia) ed abbiamo quindi analizzato, sulla base dei dati delle due città Toscane, le relazioni tra salute e condizione socio economica.

Si è cercato anche di analizzare l'indice di disuguaglianza a livello delle grandi città dei paesi summenzionati. Dall'analisi, si è riscontrato che in Francia come nei paesi scandinavi, la disuguaglianza nella mortalità nelle classi sociali in alcune grandi città, resta sostanzialmente più elevata che a livello nazionale.

Nel contesto del presente studio, è importante notare come l'ordine della classificazione dalle più piccole alle più grandi disuguaglianze è la stessa sia per le città che a livello nazionale: Copenhagen, le città svedesi, Helsinki, le città francesi. La differenza tra Danimarca e Svezia è molto piccola e la mortalità a Rotterdam è analoga a Copenhagen e alle città svedesi.

Inoltre da questo confronto emerge un andamento piuttosto simile dell'indice di disuguaglianza nei gruppi o nelle classi sociali in queste città sia che si operi la sola distinzione tra i lavoratori manuali e non, sia che vengano inclusi nell'elaborazione dell'indice gli imprenditori e i dirigenti.

L'idea generale che emerge da questo confronto, è che le disuguaglianze nella mortalità sono maggiori in Francia, minori in Danimarca, in Norvegia e in Svezia, mentre la Finlandia e l'Inghilterra - Galles sono nella posizione intermedia. Si può ugualmente rilevare come lo stesso indice di disuguaglianza²⁷ nelle due città toscane (Firenze e Livorno), per la categoria dei lavoratori considerati, sia maggiore rispetto a Copenhagen, alle città svedesi, a Helsinki e a Rotterdam, e minore soltanto rispetto alle città francesi. Se si confrontano le due città toscane, l'indice di disuguaglianza risulta maggiore a Firenze rispetto a Livorno, che comunque mostra un incremento nei due periodi analizzati.

Le disuguaglianze nello stato di salute esistenti tra le persone e le popolazioni sono l'inevitabile conseguenza di differenze genetiche, di condizioni socioeconomiche diverse o il frutto della scelta individuale del proprio stile di vita. Sono anche frutto delle diverse trasformazioni e dei

²⁷ L'indice di disuguaglianza complessivo è ottenuto con la formula della "regression poisson" dopo avere applicato il valore dello stato socioeconomico (SES) ad ogni classe sociale di A. Schizzerotto.

differenti cambiamenti avvenuti in questi ultimi anni nella vita socio economica e professionale della società moderna, che a loro volta hanno avuto degli effetti non solo positivi ma anche negativi sulla salute. Le iniquità sono, invece, frutto delle differenze nelle opportunità che si manifestano, ad esempio, in un accesso non equo ai servizi sanitari, ad una alimentazione nutriente, a condizioni abitative adeguate, ecc. In questi casi le disuguaglianze nello stato di salute emergono in conseguenza di tali iniquità nelle opportunità di vita e di accesso ai servizi.

Come si sa lo studio delle disuguaglianze nella salute delle classi sociali risulta essere un tema molto difficile per l'intreccio e per la compenetrazione delle varie discipline che vi possono essere coinvolte, e risulta altresì essere di recente interessamento da parte degli studiosi a seguito dei vari mutamenti registratisi nelle società industrializzate e quindi ad economia forte, con diversificazione delle attività economiche.

Lo studio delle disuguaglianze perciò costituisce e costituirà certamente un tema di continui studi in futuro e di continui mutamenti per via dei diversi fattori. Non pensiamo certo di avere esaurito lo studio sull'argomento, ma di avere almeno contribuito a dare alcuni elementi per un eventuale approfondimento e soprattutto per un contributo alle migliori scelte delle politiche socio-sanitarie da parte delle autorità competenti. Nel percorrere questo studio, alcuni elementi salienti che vi sono contenuti, potranno essere approfonditi dai ricercatori del settore.

Bibliografia

- A. Cobalti, A. Schizzerotto in *“La mobilità sociale in Italia. L'influenza di disuguaglianza sul destino educativo, professionale e sociale dei singoli nel nostro paese”*, Il Mulino, Bologna, 1994.
- A. Cobalti in *“La mobilità sociale in Italia”*, il Mulino, Bologna, 1994.
- A. Schizzerotto, *“Classi sociali e società contemporanea”*, ed. FrancoAngeli, Milano, 1989.
- A. De Lillo, A. Schizzerotto, *«La valutazione sociale delle occupazioni. Una scala di stratificazione occupazionale per l'Italia contemporanea»*, Bologna, Il Mulino, 1985.
- A. E. Kunst, J. P Mackenbach, *“International variation in the size of mortality differences associated with occupational status”*, Journal of Epidemiology:”, Vol. 23, n°4, Great Britain.
- A. E. Kunst, F. Groenhof, J. P Mackenbach, *“Mortality by occupational class among men 30-84 years in 11 european countries: comparison of population based studies”*. *BMJ*, 316: 1636-43, 1998.
- A. E. Kunst, J.p. Mackenbach, P. Johan, *Measurin socio economic inequalities in health“*, WHO, Regional Office for Europe (Copenhagen), 1994, VI, p.115: III.
- A. Leclerc, F. Lert, M. Goldberg, *« Les inégalités sociales devant la mort en Grande- bretagne et en France »* : Soc sci Med 1984.
- A. Leclerc, F. Lert, C. Fabien, *« Differential mortality : some comparison between England and Wales, Finiland and France, based on inequality measures”*. *Int. Journal of Epidemiology*; 19:1001-10, 1990.
- A. Biggeri, A. Benvenuti, E. Dreassi, M. L. La Gamba, *“Informazioni statistiche: Analisi socio-sanitaria della popolazione nei quartieri del Comune di Firenze”*, Regione Toscana, Servizio Statistica, Regione Toscana, Servizio Statistica, 2001.
- A. Biggeri, E. Dreassi, M. L. La Gamba, N. Kalala, *“Informazioni statistiche: Analisi socio-sanitaria della popolazione nei quartieri del Comune di Firenze”*, Regione Toscana, Servizio Statistica, Regione Toscana, Servizio Statistica, 2002.
- A. Biggeri, C. Lisi, G. Gorini, E. Dreassi, N. Kalala, *“Informazioni statistiche: Studio Longitudinale Toscano: Condizione socio-economica e mortalità in Toscana”*, Regione Toscana, Servizio Statistica, Regione Toscana, Studi Ricerche, 2001.

- A. Biggeri, A. Benvenuti, M. C. Nardulli, L. Olmastroni, E. Merler, “*Informazioni statistiche: La mortalità per condizione socio-economica e professionale nello studio longitudinale toscano: Comuni di Livorno e Firenze*”, Regione Toscana, Servizio Statistica, Regione Toscana, Studi Ricerche, 1998.
- E. Brunner, M. Marmot, “*Social organization, stress and health*”, in Marmot and R. G. Wilkinson (editors), *Social Determinant of Health*, Oxford University Press, 1999.
- Fox A J, Goldblatt P O. Longitudinal Study. “*Socio-demographic Mortality Differentials*”. Series LS n.1. London: HMSO, 1982.
- D. Leon, G. Davey Smith, M. Shipley, D. Strachan in “*Height and mortality in London: early life influences, socio-economic confounding or shrinkage?* J. Epidemiol Community Health, vol.49, 1995, pg 5-9
- G. Costa, M. Cardano, M. Demaria, “*Storie di salute in una grande Città, Osservatori socio-economico*”, Torino, 1998.
- G. Caselli, J. Vallin in “*Est-il utile de prendre en compte les causes de décès pour extrapoler les tendances de la mortalità?*”, Università degli Studi di Roma « La Sapienza », Dipartimento di Demografia, Roma, marzo 1996, n°10
- G. D. Smith, S. Harding, “*Is control at work the key to socio-economic gradients in mortality?*”, The Lancet, vol.350, November 8, 1997.
- G. D. Smith, “*Epidemiology and environment, Part III: social environment and health*”, 14th TH Residential course, Florence, 25 June-13 July, 2001
- L. Rizzi in “*Approcci statistici nella definizione del finanziamento a quota capitarla ponderata dell’assistenza ospedaliera: il caso della Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia*”, tesi di dottorato di ricerca in Statistica Applicata alle Scienze Economiche e sociali, XI ciclo, Università di Padova 1998.
- J. Fox “*Social class mortality differentials: Artifact, selection or life circumstances*” in *Longitudinal Study, mortality and social organisation*, Peter Goldblatt and David Jones, series LS n°6, 1971-1981, England and Wales. Ed. Peter Goldblatt, p.101
- J. Siegrist, “*A Theory of Occupational Stress*, in J. Dunham (editor), *Stress in Occupations: Past, Present and Future*”, London, Whurr Publishers Limited, 1999.
- K. J. Rothman & S. Greenland, “*Modern Epidemiology*”, Lippincott Williams & Wilkins.
- K. Moser, P. Goldblatt, J. Fox, D. Jones, “*Unemployment and mortality*”, *Longitudinal Study: Mortality and social organisation*, Ed. Peter Goldblatt, Series LS n°6, London: HMSO
- M. Cardano, M. Demaria, F. Vannoni, “*L’anomalia del lavoro autonomo: Lo stato di salute dei lavoratori autonomi a Torino e in Piemonte*”, Libreria Stampatori, Torino, 2001.
- M. Cardano, “*La struttura sociale, in IRES, Relazioni sulla situazione economica sociale e territoriale del Piemonte 1995*”, Torino, Rosenberg & Sellier, 1995.
- M.G. Marmot, M.J. Shipley, G. Rose, “*Inequality in death-specific explanation of general patter.*” *Lancet*; 1:1003-1006, 1984.
- M.G. Marmot, H. Bosna, H. Hemingway, E. bruner, S. Stansfeld, “*Contribution of job and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence*”, The Lancet, vol.350, July 26, 1997, p.235
- M. Marmot “*The social pattern of health and disease*”. In Blane et al.; 1996
- M. Palombo e F. Rositi, “*Classi, disuguaglianze e povertà*”, ed. FrancoAngeli, Milano, 1993,
- Ministero della Sanità, “*Percorso metodologico per l’introduzione della contabilità economico-patrimoniale*”, Dipartimento della Programmazione, Centro Stampa, Sistema Informativo Sanitario, Roma, Nov. 1996.
- OMS, Ginevra, 1996
- P. Goldblatt, “*Longitudinal Study, mortality and social organisation, England and Wales, 1971-1981*” Series LS n°6, London HMSO, 1990, P.3

- P. Goldblatt, H. Pugh, M. Rosato, "*Mortality data from the Longitudinal Study: a description and evaluation of quality*", Longitudinal study, P. Golblatt, 1971-1981, England and Wales, Series LS n°6.
- P. Goldblatt, J. Fox, D. Leon, "*Mortality of employed and women*", Working paper 58, 1988.
- P. Goldblatt, Helena Pugh, Michael Rosato: "*Mortality data from the Longitudinal Study, a description and evaluation of quality*", series LS n°6, 1971-1981, England and Wales, Ed. Peter Golblat,
- P. Goldblatt, (1988c), "*Mortality and social classification*", SCPR Survey Methods, Newsletter, page 8.
- Regione Toscana, Piano Sanitario Regionale 1999!2001, "Le base epidemiologiche della programmazione".

Copyright © 2006

Ngindu Kalala, Marco Marchi