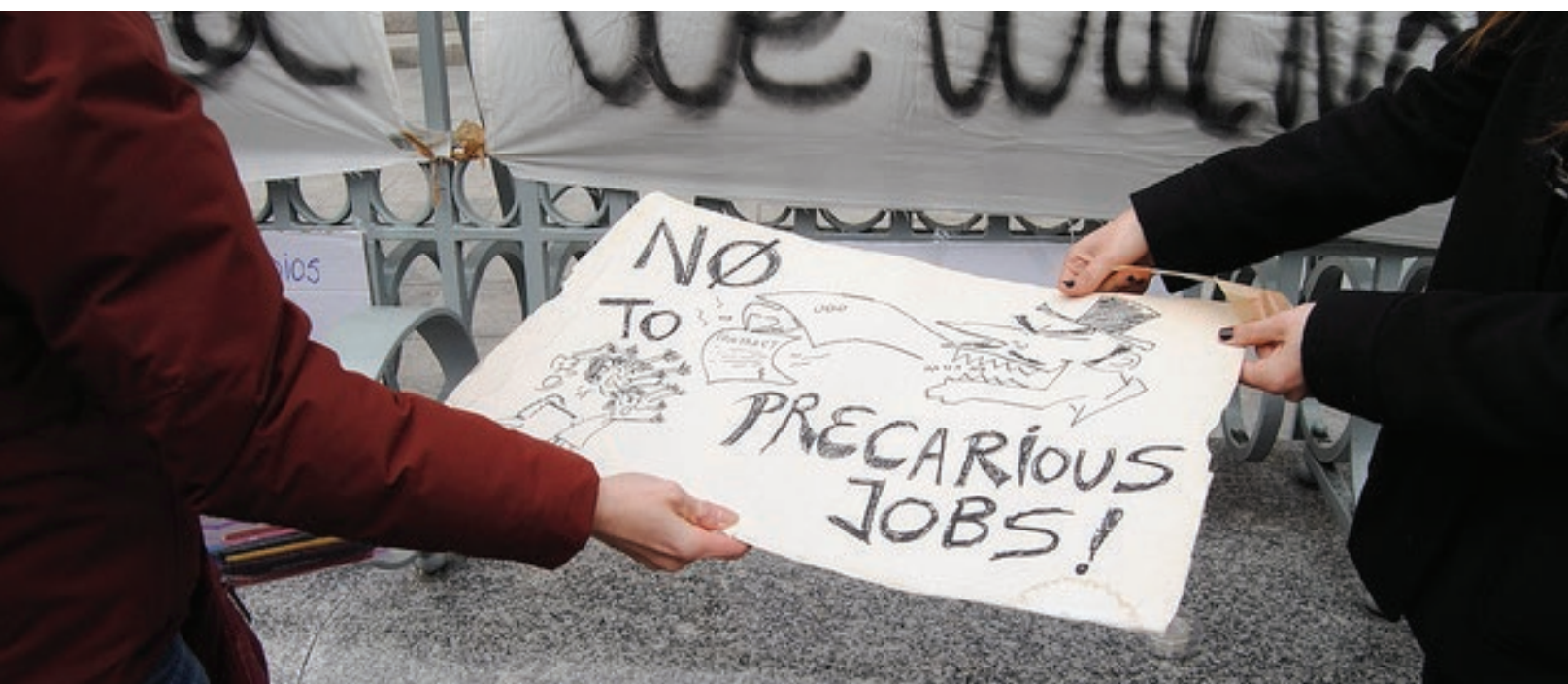


LE DISEGUAGLIANZE DI SALUTE E IL RUOLO DEL LAVORO



Numerose ricerche hanno riconosciuto il contributo cruciale e multidimensionale del lavoro nella generazione delle disuguaglianze di salute. In particolare tra i gruppi più a rischio ci sono: i disoccupati, i precari e coloro che svolgono lavori manuali o con una bassa qualifica. Nella presente sintesi ne sono descritte le caratteristiche, le ragioni che li rendono più vulnerabili, gli effetti sulla salute e le possibili politiche di contrasto.

▼ Disoccupati

Le persone più soggette al rischio di perdere il lavoro e/o di non trovarlo sono generalmente uomini, nelle fasce di età estreme (giovani e anziani), con un basso titolo di studio e meno qualificati.

Perché?

La disoccupazione determina la **perdita della continuità del reddito** e quindi della disponibilità di risorse materiali per garantire al proprio nucleo familiare un tenore di vita dignitoso, affrontare gli imprevisti di malattia e progettare un futuro significativo, oltre alla perdita di **reddito vitale** (nel lungo periodo) legato alla obsolescenza o alla perdita del capitale umano, all'esaurirsi delle risorse di risparmio privato e di sostegno del welfare, al mancato risparmio previdenziale, con una percezione di insicurezza sul proprio futuro e il rischio di ingresso in condizioni di povertà e deprivazione. Chi è senza lavoro ha anche una **minore capacità di uso tempestivo e appropriato delle cure** e più lenti tassi di recupero di salute.

Quali sono gli effetti sulla salute?

Gli svantaggi di coloro che non hanno un lavoro, rispetto agli occupati sono più marcati nelle età intermedie della carriera di lavoro e più frequenti per gli uomini, in particolare per chi ha carichi familiari; tali svantaggi presenti anche per le donne, crescono al crescere del numero di componenti del nucleo familiare esclusi dal mercato del lavoro.

Chi è disoccupato fuma di più, abusa più spesso di alcool ed è più sedentario, tutti fattori di rischio per molte malattie, incluse quelle circolatorie, respiratorie, metaboliche e tumorali e per la mortalità generale. E' anche più soggetto a **stress, ansia e depressione che possono essere responsabili dei più alti tassi di suicidio** (nel breve periodo) dovuti sia ai bisogni materiali non più soddisfabili, sia alla sensazione di perdita di status e di controllo, sia alla percezione di arretramento sociale e di non piena appartenenza e cittadinanza.

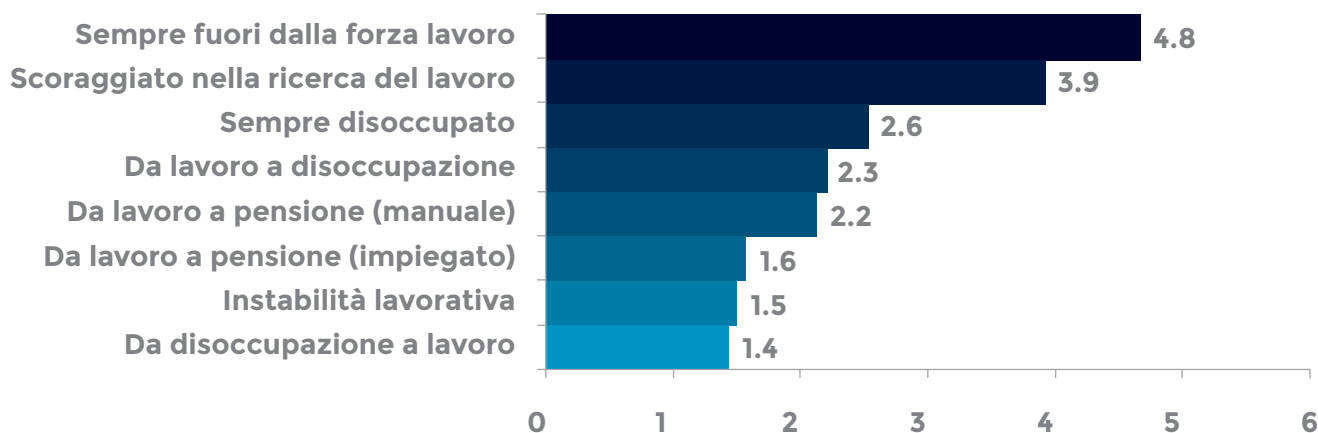
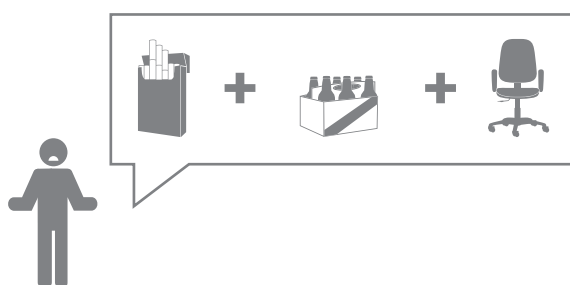


Figura 1. Rischi relativi di mortalità, standardizzati per età, secondo le traiettorie occupazionali tra il 1971 e il 1991 (categoria di riferimento: sempre occupati) tra gli uomini a Torino, 1991-96.

▼ Precari

Sono per lo più giovani, stranieri e svolgono professioni meno qualificate.

Perché?

I salari sono mediamente più bassi e discontinui nel tempo. E' minore o assente la copertura rispetto ai sistemi nazionali di assicurazione, che tutelano i lavoratori in caso di disoccupazione, malattia, maternità e ritiro dal lavoro.

Quali sono gli effetti sulla salute?

Vi è una maggiore esposizione a **fattori di rischio materiali e psicosociali**, oltre alla minore tutela dai rischi da lavoro che caratterizza il lavoro informale e irregolare.

La maggior **flessibilità e mobilità** delle persone tra posti di lavoro diversi ha ridotto il ruolo protettivo, in particolare contro i **rischi di infortuni**, svolto dall'esperienza lavorativa. Da un lato infatti l'**esperienza specifica** accumulata da un lavoratore nello svolgimento di una particolare mansione **viene persa quando si perde il lavoro**, o al passaggio a lavori diversi; dall'altro **se ne accumula meno**, perché le imprese tendono a investire di meno nella formazione dei lavoratori quando questi hanno una prospettiva breve di permanenza sul posto di lavoro.

Gli studi sulla relazione tra disuguaglianze sociali e salute hanno anche evidenziato, rispetto al tema del lavoro irregolare, il maggiore rischio di alcuni gruppi, **soprattutto bambini e immigrati**.

In particolare le minacce per la salute dei lavoratori precari dipendono:



dall'aumento del rischio di morti alcool correlate per entrambi i sessi e di morte per fumo negli uomini; i rischi sono significativamente più elevati se il lavoro temporaneo è involontario e se è associato ad insoddisfazione;



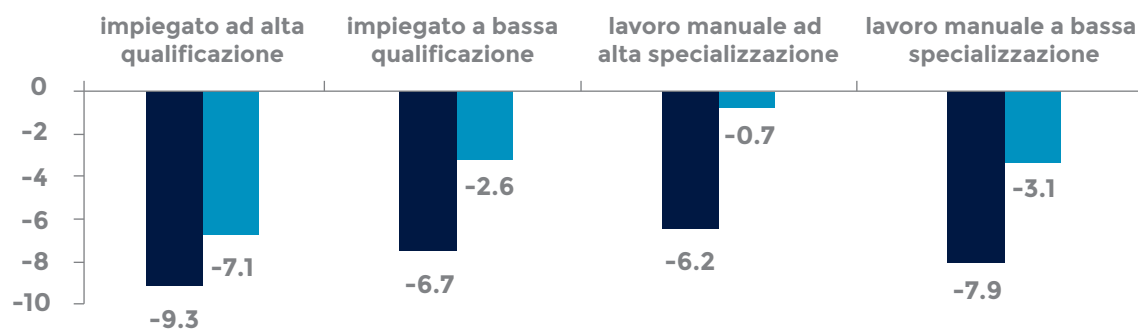
problemi di salute mentale, come aumento dell'ansia e dello stress e del consumo di antidepressivi;



aumento del rischio di infortuni e di patologie all'apparato muscolo scheletrico;



peggioramento della salute percepita.



● Alta occupabilità
● Bassa occupabilità

Figura 2. Perdita di benessere causato dalla percezione di instabilità del proprio lavoro, per occupabilità e status (European Working Conditions Surveys, 2010)

LA PRECARIETÀ DEL POSTO DI LAVORO È ASSOCIATA A UNA PERDITA DI BENESSERE PSICOLOGICO, TANTO MAGGIORE QUANTO PIÙ LA PERSONA PERCEPISCE LA DIFFICOLTÀ DI TROVARE UN'ALTRA OPPORTUNITÀ LAVORATIVA. QUESTA ASSOCIAZIONE È VISIBILE PER TUTTE LE CLASSI SOCIALI OCCUPAZIONALI, ED È AMPLIFICATA PER LE PROFESSIONI INTELLETTUALI PIÙ QUALIFICATE, PER LE QUALI LA PERDITA DI STATUS, DI CAPITALE UMANO E SOCIALE È PIÙ GRAVE.

▼ Lavoratori manuali e con bassa qualifica

Le persone con basso livello di istruzione tendono ad essere impiegate in lavori manuali o in professioni a bassa qualifica.

Perché?

L'automazione e la dematerializzazione di molti processi produttivi ed una maggiore tutela e controllo della sicurezza e dell'ambiente hanno migliorato le condizioni di sicurezza e igiene dei luoghi di lavoro per tutte le professioni come testimoniato dalla diminuzione del rischio infortunistico soprattutto per le professioni manuali. Tuttavia, almeno in Italia, le innovazioni organizzative sono state meno importanti e i rischi psicosociali non sono migliorati con lo stesso ritmo.

Inoltre, anche a causa delle trasformazioni dei sistemi produttivi e del mercato del lavoro (delocalizzazione, aumento della flessibilità e delle forme di lavoro temporaneo, ecc), i livelli di tutela insieme a quelli del reddito sono diminuiti per le professioni irregolari collocate nei ruoli più bassi. **Le conseguenze sono che i lavoratori manuali continuano a presentare i maggiori svantaggi sulla salute.**

Quali sono gli effetti sulla salute?

I lavoratori impiegati in professioni a bassa qualifica sono più esposti a fattori di rischio fisici, chimici biologici e/o ergonomici, nonché al rischio di infortuni. Il rischio è maggiore in alcuni settori - **edilizia, agricoltura, trasporti, industria estrattiva** - e in mansioni contraddistinte dalla più frequente presenza di **posture scorrette e movimenti ripetitivi**, in cui sono più spesso occupati lavoratori in bassa posizione socio-economica.

Vi sono poi gli impatti psicosociali del lavoro, che agiscono sulla salute mentale e sullo stress che dipendono da caratteristiche quali l'autonomia professionale e la soddisfazione del proprio lavoro, i livelli di impegno e di coinvolgimento richiesti dalle proprie mansioni o, ancora, il livello di ricompense previste a parità di sforzo, fisico o mentale richiesto.

Anche in questo caso le posizioni più stressanti sono ricoperte da persone con minori possibilità di trovare alternative sul mercato del lavoro e quindi lavoratori a bassa qualifica e soggetti vulnerabili come per esempio i lavoratori precari.

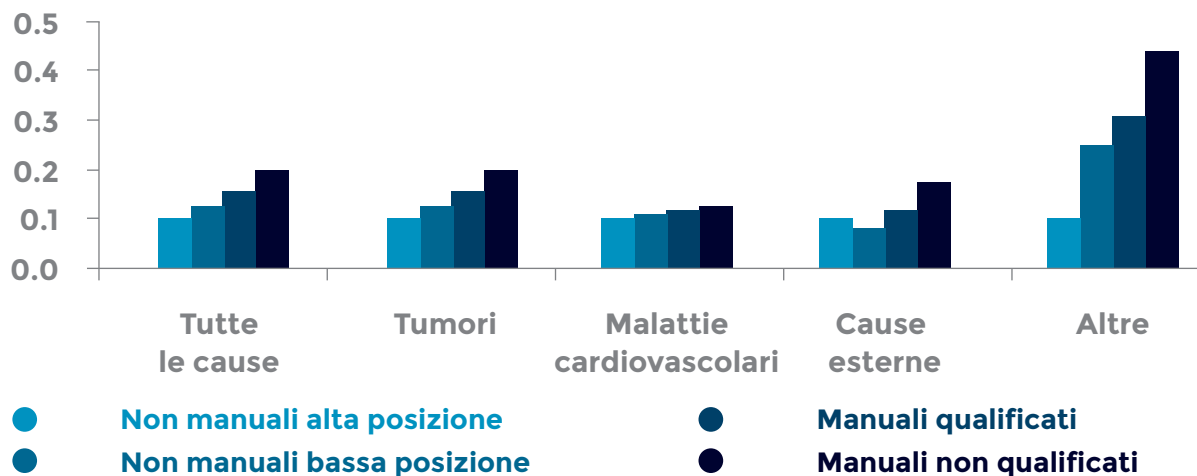


Figura 3. Rischi relativi di morte per tipologia di lavoro e per varie cause nella popolazione maschile torinese.

LA QUALIFICA E LA TIPOLOGIA DEL LAVORO HANNO UN IMPORTANTE IMPATTO SULLA MORTALITÀ PER LE PRINCIPALI MALATTIE.

▼ Esempi di politiche di contrasto alle disuguaglianze di salute attivate in Italia

Gli interventi che hanno esplicitamente riconosciuto l'impatto delle condizioni di lavoro sulle disuguaglianze di salute in Italia non sono molti. Tra questi, due esempi sono rappresentati:

dalla legge n.335 del 8 agosto 1995

più comunemente nota come riforma Dini, che per la prima volta ha introdotto l'aspettativa di vita stratificata per posizione sociale nel conteggio degli algoritmi di stima per il conteggio dei benefici pensionistici;

dal "Testo unico in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro"

(decreto legislativo 9 aprile 2008 n. 81) che oltre a riformare, riunire ed armonizzare tutte le disposizioni dettate da numerose precedenti normative in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro, ha introdotto per la prima volta alcune regolamentazioni volte a ridurre le disuguaglianze di salute dei lavoratori, tra cui:



il riconoscimento per tutte le tipologie lavorative e indipendentemente dalla tipologia contrattuale (incluso quindi tutte le forme del tipo di lavoro subordinato e precario) degli stessi diritti in termini di sicurezza e di assistenza sanitaria;



l'inserimento dello stress lavoro correlato (particolarmente alto tra i lavoratori più svantaggiati) nella valutazione obbligatoria dei rischi nei luoghi di lavoro;



l'obbligatorietà per tutti i datori di lavoro di prendere parte alle campagne di prevenzione e promozione alla salute promosse dall'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (ISPESL), dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) e dagli organismi paritetici;



Fact sheet realizzata e stampata nel dicembre 2014
SI AUTORIZZA LA RIPRODUZIONE PARZIALE O TOTALE
DEL CONTENUTO DEL PRESENTE DOCUMENTO

licensed under a Creative Commons Attribution - Non commerciale
Condividi allo stesso modo 3.0 Italia License.
Based on a work at www.dors.it.



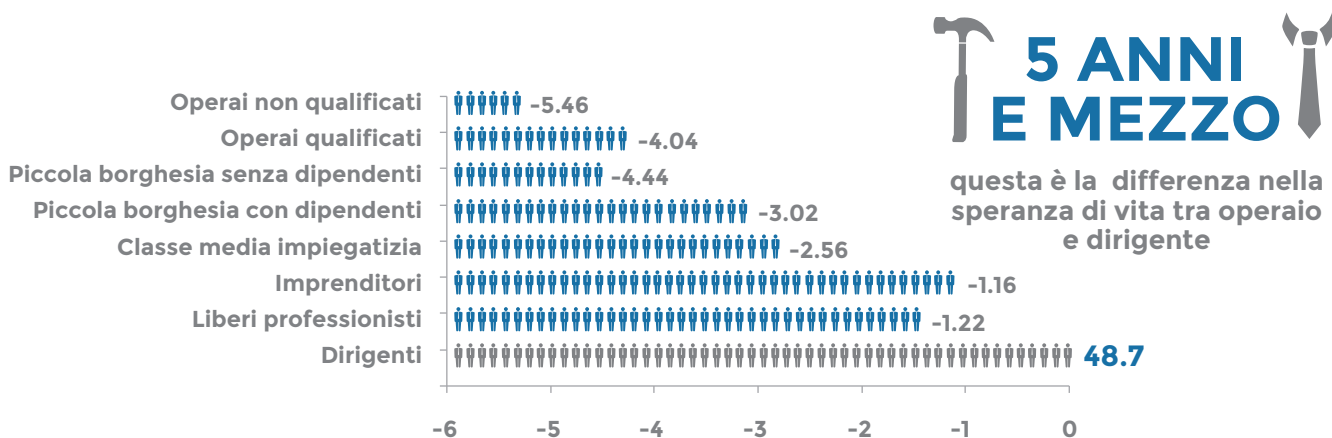
Si può richiedere copia del factsheet rivolgendosi al Centro di Documentazione per la
Promozione della salute (Dors) Regione Piemonte, via Sabaudia 164 – 10095 Grugliasco (TO),
tel. 01140188510, fax 01140188201, e-mail: info@dors.it.

Il presente factsheet deriva dal volume:
Costa G., Bassi M., Marra M. et al (a cura di), L'equità in salute in Italia.
Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità,
edito da Fondazione Smith Kline, presso Franco Angeli Editore, Milano, 2014.



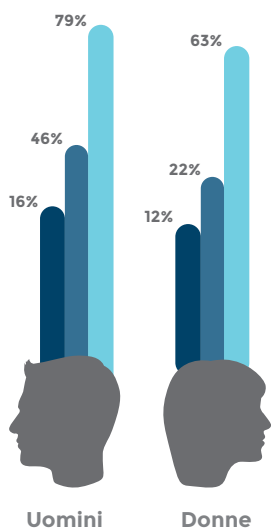
LE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE A COLPO D'OCCHIO

Il livello di salute di una società non dipende unicamente dalle capacità del sistema sanitario di erogare cure universali e appropriate e di tutelare il benessere fisico e mentale dei cittadini ma anche - e in buona parte - dalle condizioni di vita in cui gli individui nascono, crescono, vivono, lavorano ed invecchiano.



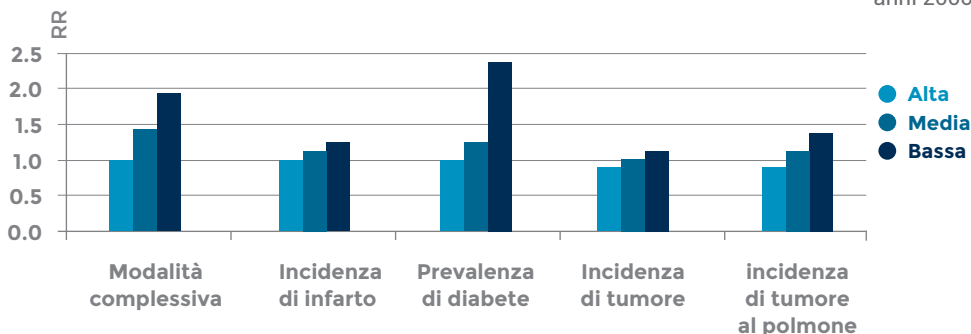
I cittadini che hanno condizioni di svantaggio sociale si ammalano di più, guariscono meno, perdono auto-sufficienza e tendono ad essere meno soddisfatti della propria salute e a morire prima.

In Italia, negli anni Duemila, il rischio di morire cresce con l'abbassarsi del titolo di studio.



- Diploma di maturità
- Media inferiore
- Elementari

Rischi relativi (RR) per titolo d'istruzione a Torino
anni 2000



Tali differenze sono chiamate disuguaglianze sociali nella salute e presentano tre caratteristiche:



Tendono a colpire sistematicamente gli stessi gruppi sociali.



Non riguardano unicamente i più sfortunati: mano a mano che si risale lungo la scala sociale gli indicatori di salute hanno valori più favorevoli, secondo quello che viene gradiente sociale.



Sono socialmente costruite e quindi ingiuste.