

SALUTE PERCEPITA E TRAIETTORIE LAVORATIVE: STUDIO CROSS SECTIONAL ITALIANO

DiTragliaLuca¹, Fabrizi Elena², Moretti Margherita¹, Spagnoli Alessandra¹, Vestri Annarita¹

1. *Sapienza University of Rome*

2. *University of Teramo*

Gli autori ringraziano il Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) per l'utilizzo dei dati AdSilc.

Introduzione

Gli eventi macroeconomici di portata sistemica, come la crisi finanziaria (2007-2013), hanno condotto il legislatore ad apportare riforme volte a modificare il diritto del lavoro. L'osmosi tra lavoro e salute ha suscitato un interesse crescente nella comunità scientifica, generando un'ampia bibliografia su due ambiti principali di indagine: l'incidenza della disoccupazione sulla salute pubblica e l'impatto della precarietà lavorativa sul benessere individuale (1,2).

La letteratura scientifica ha ormai inequivocabilmente attestato le ripercussioni negative della disoccupazione sulla salute: decremento della prevenzione sanitaria, riduzione dell'attività fisica, impoverimento della vita sociale ed un aumento del consumo di cibi non salutari sono tutti fenomeni causalmente connessi alla disoccupazione (3,4).

Nell'ottica di espandere l'ambito di indagine e basandoci su evidenze consolidate in precedenti studi (5), questo lavoro intende considerare l'intera traiettoria lavorativa dell'individuo misurandone poi l'impatto sull'indicatore SRH (self-related health). Quest'ultimo, pur essendo un indicatore soggettivo, ha mostrato una buona affidabilità come misura di benessere, essendo correlata con vari esiti di salute, quali morbidità, mortalità e disabilità (6,7). Ci proponiamo quindi di indagare, nel contesto italiano, l'impatto della precarietà lavorativa sulla SRH ponendo il nostro focus sull'interazione tra questi due fenomeni.

Obiettivi

L'obiettivo del presente studio è analizzare l'impatto della traiettoria lavorativa sulla salute dei lavoratori italiani, all'interno del panorama italiano, basandosi sul quadro concettuale e teorico sviluppato da precedenti ricerche in questo campo. Nello specifico, si analizzano gli effetti derivanti da contratti di lavoro a tempo indeterminato, a termine e dai periodi di disoccupazione sulla salute dei lavoratori. Inoltre, l'analisi si estende allo studio della variabilità di tali effetti in relazione ai diversi caratteri demografici con l'obiettivo di delineare l'incidenza delle disuguaglianze strutturali del mercato del lavoro sulla salute.

Metodi

I dati utilizzati provengono da dataset amministrativi (INPS), sono dati che forniscono una ampia copertura ma con il limite di non contenere ulteriori informazioni sulle unità registrate, come invece fanno le indagini panel (EU-SILC), le quali registrano centinaia di caratteristiche individuali. È stato quindi creato un unico dataset unendo, mediante il codice fiscale individuale, i microdati raccolti nell'indagine Statistiche sul Reddito e sulle Condizioni di Vita per l'Italia (IT-SILC) e i registri nazionali di previdenza sociale (INPS). Sono stati selezionati i lavoratori dipendenti in ambito privato e sono state distinte le carriere stabili, caratterizzate da uno o più contratti a tempo indeterminato, da quelle precarie, ovvero contratti lavoro a tempo determinato, collaborazione a progetto, collaborazione coordinata e continuativa e collaborazione occasionale. Per tutti gli individui presenti in uno di questi due gruppi nell'anno 2009 siamo andati ad osservare l'SRH nel 2010.

Per gestire il potenziale confondimento dovuto alla selezione degli individui nelle diverse traiettorie lavorative, è stato utilizzato un approccio basato sull'Inverse probability weight che permette di ridurre i confondimenti dovuti alle differenze di partenza tra i soggetti trattati e non trattati (classificati a seconda della tipologia di contratto, a tempo indeterminato o determinato). Tali pesi sono stati inclusi in un modello di regressione logistica, in modo da stimare la relazione tra le diverse traiettorie lavorative la salute auto dichiarata, al netto dell'effetto delle variabili socioeconomiche familiari, demografiche e individuali come l'età,

il genere, il livello di istruzione, la zona di residenza e il reddito familiare.

Risultati

I risultati ottenuti mostrano che i lavoratori con contratto a tempo determinato hanno un Odds Ratio di 1.651 rispetto ai lavoratori con contratto a tempo indeterminato, con un intervallo di confidenza del 95% che va da 1.153 a 2.362. Questo significa che i lavoratori temporanei hanno una probabilità 65.1% maggiore di presentare un SRH negativo rispetto ai lavoratori con forme di contratto permanenti.

I lavoratori uomini hanno una probabilità 24.5 punti percentuali inferiore di essere in cattiva salute rispetto alle loro colleghe donne. La mansione (ISCO) gioca un ruolo sulla salute percepita: i lavoratori con mansioni più prestigiose (meno faticose) hanno una salute mediamente più alta rispetto a coloro che hanno una mansione più bassa (probabilmente più usurante). La zona di residenza non sembra avere impatto sulla probabilità di essere in cattiva salute, mentre ad aumentare dell'età aumenta la probabilità di avere un SRH peggiore.

Ha invece un impatto significativo l'indicatore relativo alla situazione socioeconomica della famiglia: coloro che hanno difficoltà economiche (*ability to make ends meet* basse o medie) hanno un rischio maggiore di essere in cattiva salute rispetto a coloro che non dichiarano problemi economici.

Conclusioni

In conclusione, le evidenze suggeriscono una chiara interconnessione tra il tipo di traiettoria lavorativa e la salute degli individui. La precarietà lavorativa, come i contratti a termine, è stata associata a un peggioramento della salute, resta da quantificare quanto peggioramento riguardi l'ambito fisico e quanto riguardi il deterioramento della salute mentale. Al contrario, i contratti a tempo indeterminato sono stati correlati a una migliore SRH. Questi risultati sottolineano l'importanza di politiche e interventi volti a garantire una maggiore stabilità lavorativa al fine di tutelare la salute dei lavoratori.

Bibliografia

1. Strully KW. Job loss and health in the US labor market. *Demography*. 2009;46(2):221–46.
2. Marmot M. The Influence of Income on Health: Views of An Epidemiologist.
3. Drydakis N. The effect of unemployment on self-reported health and mental health in Greece from 2008 to 2013: a longitudinal study before and during the financial crisis. *Soc Sci Med*. 2015; 128:43–51.
4. Schunck R, Rogge BG. Unemployment, and its association with health-relevant actions: investigating the role of time perspective with German census data. *Int J Public Health*. 2010; 55:271–8.
5. László KD et al. Job insecurity and health: A study of 16 European countries. *Soc Sci Med*. 2010;70(6):867–74.
6. DeSalvo KB et al. Mortality prediction with a single general self-rated health question: a meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2006; 21:267–75.
7. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med*. 2009;69(3):307–16.

	Odds ratio	p-value	95% conf.interval	
temporary vs permanent	1.651	0.006	1.153	2.362
male vs female	0.755	0.042	0.577	0.990
geo (ref: Center)				
North	0.829	0.250	0.602	1.141
South	0.695	0.052	0.481	1.004
age (ref: 25-34)				
<25	0.434	0.279	0.096	1.966
35-44	1.600	0.037	1.028	2.491
45 and over	3.870	0.000	2.571	5.826
ISCO (ref: high)				
medium	1.340	0.152	0.898	2.000
low	1.602	0.035	1.033	2.483
education (ref:Middle)				
High school	0.802	0.124	0.606	1.062
Tertiary degree	0.596	0.160	0.289	1.227
Ability to make ends meet				
low	3.174	0.002	1.523	6.618
medium	2.190	0.031	1.074	4.466
Number of obs = 2,072				