

# STUDIO SULLA SALUTE MENTALE E FISICA DEI LAVORATORI PRECARI E DEI DISOCCUPATI PRIMA E DOPO LA CRISI

Fulvio Ricceri (a, b), Elisa Ferracin (a), Giuseppe Costa (a, c), Laura Iannucci (d), Angelo d'Errico (a)

(a) Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL TO3, Grugliasco (TO)

(b) Centro Prevenzione Oncologica, Azienda Ospedaliero-Universitaria Città della Salute e della Scienza, Torino

(c) Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche, Università degli Studi di Torino

(d) Istituto Nazionale di Statistica, Roma

## Introduzione

La Legge 196 del 24 giugno 1997, nota come “pacchetto Treu”, viene emanata con lo scopo di promuovere l’occupazione, aumentando le possibilità della sua precarizzazione. Tale legge ha tra le sue principali discipline quella di consentire il lavoro interinale (fino ad allora vietato espressamente da una legge del 1960) e di promuovere la flessibilità lavorativa con la modifica dei contratti a tempo determinato e il ridisegno dell’apprendistato (1). A questa legge fa seguito la legge 30 del 14 febbraio 2003 (la “legge Biagi”, dal nome dell’ispiratore vittima di un attentato nel 2002 per ragioni legate alla legge stessa), che introduce ulteriori forme di lavoro precario, quali il lavoro a progetto e riforma il lavoro coordinato e continuativo e il lavoro occasionale (2). In seguito a queste leggi si è dunque assistito in Italia ad una progressiva precarizzazione del lavoro, come è stato rilevato nel censimento del 2011, nel quale il 14,25% degli occupati ha dichiarato di avere un contratto di lavoro non a tempo indeterminato e non autonomo.

Secondo alcune teorie (3, 4), la precarizzazione del lavoro ha degli effetti positivi per i lavoratori, in particolare la possibilità di ambire a stipendi più alti, ad incarichi più prestigiosi e ad incrementare la possibilità di esperienze, anche internazionali, ma sono tutti concordi nell’asserire che questo sia vero in una situazione, non più attuale, in cui la precarietà sia solo una scelta volontaria piuttosto che un obbligo, in particolar modo legata ai lavori altamente specializzati.

La maggior parte degli studi, e soprattutto tutti gli studi recenti svolti in un contesto in cui la precarietà è una necessità e non una scelta, sono infatti concordi nell’attribuirle effetti negativi, specialmente sullo stress e sulla salute dei lavoratori (5-7).

Ad aggravare la situazione, tra il 2007 e il 2009 c’è stata la contingenza della crisi del sistema bancario alla quale è seguita una situazione di crisi economica che ha avuto i suoi effetti in Italia aggravando, tra le altre cose, la situazione di disoccupazione, in particolar modo nelle fasce giovanili della popolazione (8, 9). Sono stati ampiamente evidenziati in letteratura gli effetti negativi della crisi economica sullo stress e sulla salute fisica e mentale dei lavoratori, in particolare in Grecia laddove la crisi è stata particolarmente forte (10-13), così come sono stati ampiamente studiati i rischi di salute fisica e mentale dovuti alla disoccupazione (14-17).

Recentemente è stato pubblicato un articolo in cui è stato evidenziato come vi sia un peggioramento della salute mentale nei lavoratori precari, misurato come decremento assoluto del punteggio ottenuto nel questionario SF-12 (*Short Form health survey 12 items*) (18).

L'obiettivo principale di questo studio è di proseguire quello condotto da Fiori *et al.* (18), studiando sia la salute mentale sia la salute fisica, misurate con il questionario SF-12 (e categorizzate utilizzando dei *cut-off* di "buona" salute), delle persone in età lavorativa, confrontando i soggetti occupati con contratti alle dipendenze con i soggetti occupati con contratto precario e con i soggetti disoccupati.

Obiettivo secondario è valutare come il rapporto tra salute mentale e fisica e condizione occupazionale vari prima e dopo la crisi economica del 2008.

## Materiali e metodi

Lo studio è stato condotto utilizzando i dati provenienti dall'indagine ISTAT "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" degli anni 2005 e 2013 (una terza indagine era stata condotta nell'anno 2000, ma non è stata considerata nelle analisi in quanto non presentava domande sulla precarietà del lavoro). I metodi di reclutamento e gli scopi dell'indagine sono stati pubblicati altrove (19,20). Brevemente, l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) ha selezionato utilizzando un campionamento a cluster a due stadi, un campione di famiglie italiane. Il territorio è stato suddiviso in 68 aree sub-regionali all'interno dei quali sono stati selezionati i comuni (primo stadio) e successivamente le famiglie (secondo stadio). A ciascun soggetto è stato poi attribuito un peso sulla base della sua rappresentatività rispetto al territorio nazionale. In ogni famiglia, un questionario sulla tipologia e sulle risorse del nucleo familiare è stato sottoposto al capofamiglia da un intervistatore e successivamente è stato consegnato a tutti i membri della famiglia un questionario dettagliato da auto-compilare sugli stili di vita, sulla salute percepita e sulla situazione lavorativa ed economica del singolo soggetto.

Per questo studio sono stati considerati i soggetti di età compresa tra i 18 e i 50 anni, che non fossero lavoratori autonomi e che non percepissero una pensione di anzianità o di disabilità. Lo stato occupazionale di questi soggetti è stato suddiviso in quattro categorie: "lavoratore dipendente a tempo indeterminato", "lavoratore dipendente a tempo determinato", "lavoratore precario" (a progetto, a chiamata o a prestazione occasionale) e "disoccupato" (categoria che comprende sia i soggetti in cerca di prima occupazione, sia i soggetti disoccupati, ma esclude i soggetti non in cerca di lavoro).

Per valutare lo stato di salute mentale e fisica dei soggetti considerati nello studio sono stati utilizzati l'indice *Mental Component Summary* (MCS) e l'indice *Physical Component Summary* (PCS) che provengono dal questionario SF-12 (21). Tra i diversi *cut-off* suggeriti in letteratura per individuare un cattivo stato di salute, si è scelto di utilizzare due *cut-off*: 1) il valore del primo decile di MCS e PCS, che indica una probabile compromissione dello stato di salute; 2) il valore del primo quartile dei due indici, che indica una possibile compromissione dello stato di salute.

Le analisi statistiche descrittive sono state condotte a livello campionario utilizzando le medie e le deviazioni standard o le frequenze assolute e percentuali, per le variabili quantitative e qualitative, rispettivamente. Le differenze tra le medie di MCS e PCS per le differenti tipologie di stato occupazionale sono state valutate con l'analisi della varianza ad una via, mentre le differenze di prevalenza di possibile e probabile compromissione dello stato di salute sono state valutate con il test d'indipendenza del chi quadrato.

Le analisi multivariate sono state condotte utilizzando un modello di Poisson robusto, aggiustato per livello di istruzione (in tre categorie: fino alla terza media, istruzione superiore, istruzione universitaria), classi di età decennali e ripartizione geografica (Nord-Ovest, Nord-Est, Centro, Sud, Isole), pesati per la rappresentatività dei soggetti della survey rispetto alla popolazione in Italia.

Tutti i test sono stati considerati bidirezionali e il livello di significatività è stato posto pari a  $\alpha=0,05$ . Le analisi sono state condotte con il software statistico STATA v.13.

## Risultati e discussione

Dopo l'esclusione dei soggetti con lavoro autonomo, dei soggetti con pensione di invalidità e dei soggetti con l'informazione mancante, sono stati considerati per le analisi 33.551 soggetti (18.430 maschi e 15.121 femmine) nel 2005 e 29.292 soggetti (15.525 maschi e 13.767 femmine) nel 2013. L'età media nella *survey* del 2005 è 36,02 anni (DS 8,37) ed è 37,58 (DS 8,27) in quella del 2013.

La percentuale di soggetti occupati con lavoro a tempo indeterminato si riduce drasticamente tra il 2005 e il 2013, passando dal 77,44% al 64,26%. Questa riduzione è dovuta principalmente al raddoppio del numero di soggetti disoccupati nel secondo periodo (19,93%) rispetto al primo periodo (8,66%). La crisi sembra quindi non tanto trasformare il lavoro da "fisso" a "precario", quanto piuttosto ridurlo di percentuali considerevoli.

Nelle Tabella 1 e 2 sono presentati i valori dell'indice MCS e PCS per stato occupazionale.

Per l'indice di salute mentale si evidenzia una progressiva riduzione del livello con l'aumento dell'instabilità lavorativa, che in media è di oltre 2,5 punti tra lavoratori a tempo indeterminato e disoccupati. Questa riduzione del punteggio MCS si riflette in un aumento della percentuale di soggetti con probabile e possibile compromissione della salute mentale. I risultati sono pressoché analoghi nei due anni considerati, anche se in media i punteggi di salute mentale misurati nel 2005 sono lievemente più elevati (circa un punto) rispetto al 2013 in tutti i gruppi.

**Tabella 1. Salute mentale misurata con l'indice MCS per stato occupazionale**

Variabili	Lavoratori a tempo indeterminato	Lavoratori a tempo determinato	Lavoratori precari	Disoccupati	p-value*
<b>Indagine 2005</b>					
N. (%)	24.639 (73,44%)	4.303 (12,83%)	1.703 (5,08%)	2.906 (8,66%)	
Punteggio MCS, media (DS)	51,43 (8,35)	51,00 (8,46)	50,52 (8,64)	48,88 (10,22)	<0,0001
Probabile compromissione salute mentale, n. (%)	2.420 (9,82%)	449 (10,43%)	184 (10,80%)	512 (17,62%)	<0,0001
Possibile compromissione salute mentale, n. (%)	6.710 (27,23%)	1.276 (29,65%)	527 (30,95%)	1.134 (30,02%)	<0,0001
<b>Indagine 2013</b>					
N. (%)	18.822 (64,26%)	3.946 (13,47%)	686 (2,34%)	5.838 (19,93%)	
Punteggio MCS, media (DS)	50,74 (8,49)	50,56 (8,57)	49,53 (8,77)	47,83 (10,51)	<0,0001
Probabile compromissione salute mentale, n. (%)	2.003 (10,64%)	441 (11,18%)	89 (12,97%)	1175 (20,13%)	<0,0001
Possibile compromissione salute mentale, n. (%)	4.947 (26,28%)	1.089 (27,60%)	220 (32,07%)	2.299 (39,38%)	<0,0001

\*I p-value sono il risultato del test anova a una via o del test chi-quadrato

Tabella 2. Salute fisica misurata con l'indice PCS per stato occupazionale

Variabili	Lavoratori a tempo indeterminato	Lavoratori a tempo determinato	Lavoratori precari	Disoccupati	p-value*
<b>Indagine 2005</b>					
N. (%)	24.639 (73,44%)	4.303 (12,83%)	1.703 (5,08%)	2.906 (8,66%)	
Punteggio MCS, media (DS)	53,58 (5,96)	53,73 (5,89)	53,96 (6,05)	53,00 (7,29)	<0,0001
Probabile compromissione salute mentale, n. (%)	2.533 (10,28%)	434 (10,09%)	164 (9,63%)	407 (14,01%)	<0,0001
Possibile compromissione salute mentale, n. (%)	6.583 (26,72%)	1.130 (26,26%)	436 (25,60%)	862 (29,66%)	<0,0001
<b>Indagine 2013</b>					
N. (%)	18.822 (64,26%)	3.946 (13,47%)	686 (2,34%)	5.838 (19,93%)	
Punteggio MCS, media (DS)	54,04 (5,80)	54,54 (5,46)	54,47 (5,50)	54,09 (6,69)	0,001
Probabile compromissione salute mentale, n. (%)	2.102 (11,17%)	364 (9,22%)	64 (9,33%)	757 (12,97%)	<0,0001
Possibile compromissione salute mentale, n. (%)	5.578 (29,64%)	1.057 (26,79%)	199 (29,01%)	1.723 (29,51%)	0,004

\*I p-value sono il risultato del test anova a una via o del test chi-quadrato

Per l'indice di salute fisica, invece, la situazione nei due anni è leggermente differente. Intanto il punteggio medio è aumentato tra il 2005 e il 2013 in tutti i sottogruppi. Questo potrebbe essere dovuto anche ad un effetto di coorte, poiché nel 2013 sono presenti soggetti che hanno avuto in media condizioni alla nascita più favorevoli rispetto ai soggetti inclusi nel 2005. Inoltre nel 2005, infatti, la salute fisica è migliore nei lavoratori precari e a tempo determinato rispetto ai lavoratori a tempo indeterminato, ma costoro hanno una salute fisica migliore rispetto ai disoccupati. Questo risultato, ampiamente rilevato in letteratura, può essere spiegato dal fatto che il lavoratore precario, avendo meno tutele dal punto di vista sanitario o non avendone del tutto, o ha un buono stato di salute fisica oppure è più probabile che si ritrovi disoccupato. Nel 2013, invece, si osserva ancora una migliore salute fisica in lavoratori precari e a tempo determinato, ma non si evidenzia più la differenza tra disoccupati e lavoratori a tempo indeterminato. Questo andamento potrebbe essere spiegato sia da fenomeni di mobilità selettiva di lavoratori più sani verso il pensionamento tra i due anni, sia da un effetto sfavorevole della crisi economica che ha aumentato in maniera drastica il numero dei disoccupati e di conseguenza, tra questi, anche molti soggetti in migliore forma fisica.

I risultati dei modelli multivariati aggiustati per età, area di provenienza e titolo di studio sono presentati in Tabella 3 e 4 per l'indice MCS e PCS rispettivamente.

I risultati confermano quanto osservato nelle analisi univariate, ma evidenziano come gli effetti del precariato e della disoccupazione siano più evidenti negli uomini rispetto alle donne. In particolare, negli uomini, un contratto a tempo determinato, un contratto precario e la disoccupazione sono importanti fattori di rischio per una possibile compromissione della salute mentale rispetto alla stabilità lavorativa (rispettivamente, RR 1,26, IC95% 1,13-1,38; RR 1,21, IC95% 1,04-1,40; RR 1,97, IC95% 1,81-2,14 nel 2005; e RR 1,15, IC95%: 1,04-1,27; RR 1,26, IC95% 1,00-1,60; RR 1,96, IC95% 1,83-2,11 nel 2013), mentre nelle donne questi rischi sono più attenuati e non significativi, tranne che per la disoccupazione (RR 1,22, IC95% 1,13-1,33 nel 2005 e RR 1,31, IC95% 1,23-1,40 nel 2013). La disoccupazione, inoltre, aumenta il rischio di probabile compromissione della salute mentale rispetto ai lavoratori a tempo indeterminato di circa tre volte negli uomini e di circa una volta e mezza nelle donne.

**Tabella 3. Modello multivariato di Poisson robusto per la valutazione dell'effetto dello stato occupazionale sulla salute mentale misurata con l'indice MCS per genere**

Variabili	Maschi				Femmine			
	Probabile compromissione salute mentale		Possibile compromissione salute mentale		Probabile compromissione salute mentale		Possibile compromissione salute mentale	
	RR	IC95%	RR	IC95%	RR	IC95%	RR	IC95%
<b>Indagine 2005</b>								
Lavoratori a tempo indeterminato	Ref		Ref		Ref		Ref	
Lavoratori a tempo determinato	1,38	1,13-1,68	1,26	1,14-1,38	1,01	0,88-1,16	1,10	1,02-1,19
Lavoratori precari	1,24	0,90-1,70	1,21	1,04-1,40	1,05	0,87-1,26	1,13	1,02-1,25
Disoccupati	2,96	2,53-3,45	1,97	1,81-2,14	1,38	1,20-1,59	1,22	1,13-1,33
<b>Indagine 2013</b>								
Lavoratori a tempo indeterminato	Ref		Ref		Ref		Ref	
Lavoratori a tempo determinato	1,11	0,93-1,33	1,15	1,04-1,27	1,07	0,93-1,23	1,08	1,00-1,17
Lavoratori precari	1,22	0,81-1,84	1,26	1,00-1,60	1,05	0,80-1,39	1,08	0,92-1,27
Disoccupati	2,71	2,40-3,06	1,96	1,83-2,11	1,49	1,34-1,66	1,31	1,23-1,40

**Tabella 4. Modello multivariato di Poisson robusto per la valutazione dell'effetto dello stato occupazionale sulla salute fisica misurata con l'indice PCS per genere**

Variabili	Maschi				Femmine			
	Probabile compromissione salute mentale		Possibile compromissione salute mentale		Probabile compromissione salute mentale		Possibile compromissione salute mentale	
	RR	IC95%	RR	IC95%	RR	IC95%	RR	IC95%
<b>Indagine 2005</b>								
Lavoratori a tempo indeterminato	Ref		Ref		Ref		Ref	
Lavoratori a tempo determinato	1,02	0,86-1,21	1,02	0,92-1,13	1,13	0,97-1,31	1,04	0,96-1,14
Lavoratori precari	0,96	0,72-1,27	1,07	0,91-1,25	0,98	0,79-1,22	0,96	0,85-1,09
Disoccupati	1,76	1,49-2,08	1,18	1,06-1,31	1,15	0,97-1,36	1,11	1,01-1,21
<b>Indagine 2013</b>								
Lavoratori a tempo indeterminato	Ref		Ref		Ref		Ref	
Lavoratori a tempo determinato	0,98	0,82-1,18	1,00	0,91-1,11	0,95	0,80-1,11	1,01	0,93-1,10
Lavoratori precari	0,97	0,60-1,57	1,09	0,87-1,37	0,92	0,66-1,28	1,03	0,87-1,22
Disoccupati	1,25	1,08-1,44	1,00	0,91-1,08	1,29	1,14-1,45	1,11	1,04-1,19

Questa differenza di genere è stata ampiamente studiata in letteratura e viene attribuita sia ad un fattore di ruolo sociale, ancora radicato in parte della società, per il quale il non avere lavoro è uno “stigma sociale” più per gli uomini che per le donne, sia ad un fattore puramente

economico, poiché è più probabile che, nelle famiglie monoreddito, questo derivi dallo stipendio del marito.

Per quanto riguarda la salute fisica, si osserva invece un peggioramento solo per la categoria dei disoccupati, con un aumento di rischio di avere una probabile compromissione della salute fisica del 76% negli uomini (RR 1,76, IC95% 1,49-2,08) e dell'11% nelle donne (RR 1,11, IC95% 1,04-1,19) nel 2005 e leggermente ridotto negli uomini nel 2013 (RR 1,25, IC95% 1,08-1,44).

## Conclusioni

Lo studio condotto, seppure con i limiti di uno studio trasversale (in particolare, l'impossibilità di identificare chiaramente il rapporto causa-effetto e i possibili effetti di coorte nei vari anni) evidenzia chiaramente come vi sia un'associazione tra precariato nel lavoro, disoccupazione e una peggiore salute mentale. Questa associazione è costante sia prima sia dopo la crisi economica, ma coinvolge un numero sempre maggiore di persone.

Per quanto riguarda la salute fisica, invece, lo studio mostra come la salute fisica dei lavoratori precari sia migliore di quella degli altri lavoratori, sia prima sia dopo la crisi economica. Tale crisi ha però come effetto quello di aumentare il numero dei disoccupati e, tra questi, sempre più soggetti in buona forma fisica che negli anni precedenti avrebbero trovato lavoro.

## Bibliografia

1. Treu T. Politiche del lavoro e strumenti di promozione dell'occupazione: il caso italiano in una prospettiva europea. In: Biagi M (Ed.).  *Mercati e rapporti di lavoro*. Milano: Giuffrè editore; 1997. p. 3-20
2. Biagi M. Collocamento e somministrazione di manodopera: appunti per una riforma. In: Tiraboschi M (Ed.). *La riforma del collocamento e i nuovi servizi per l'impiego. Commentario al D. Lgs. 19 dicembre 2002, n. 297 e prospettive di attuazione dell'articolo 1, legge 14 febbraio 2003, n. 30*. Milano: Giuffrè editore; 2003.
3. Belous RS. *The contingent economy: the growth of the temporary, part-time, and subcontracted workforce*. Washington DC: National Planning Association; 1989. p. 121.
4. Nätti J. Temporary employment in the Nordic countries: A 'trap' or a 'bridge'? *Work Employ Soc* 1993;7:451-64.
5. Virtanen M, Kivimäki M, Joensuu M, Virtanen P, Elovainio M, Vahtera J. Temporary employment and health: a review. *Int J Epidemiol* 2005;34(3):610-22.
6. Lee WW, Park JB, Min KB, Lee KJ, Kim MS. Association between work-related health problems and job insecurity in permanent and temporary employees. *Ann Occup Environ Med* 2013;25:15.
7. Pirani E, Salvini S. Is temporary employment damaging to health? A longitudinal study on Italian workers. *Soc Sci Med* 2015;124:121-31.
8. D'Ippoliti C, Roncaglia A. L'Italia: una crisi nella crisi. *Moneta e Credito* 2011;64:189-227.
9. Villa P. I giovani e il mercato del lavoro in Italia. *Enaip Formazione e Lavoro* 2010;1.
10. Economou M, Angelopoulos E, Peppou LE, Souliotis K, Stefanis C. Major depression amid financial crisis in Greece: will unemployment narrow existing gender differences in the prevalence of the disorder in Greece? *Psychiatry Res* 2016;242:260-1.

11. Economou M, Angelopoulos E, Peppou LE, Souliotis K, Tzavara C, Kontoangelos K, Madianos M, Stefanis C. Enduring financial crisis in Greece: prevalence and correlates of major depression and suicidality. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2016;51(7):1015-24.
12. Mucci N, Giorgi G, Roncaioli M, Fiz Perez J, Arcangeli G. The correlation between stress and economic crisis: a systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2016;12:983-93.
13. Haw C, Hawton K, Gunnell D, Platt S. Economic recession and suicidal behaviour: Possible mechanisms and ameliorating factors. *Int J Soc Psychiatry* 2015;61(1):73-81.
14. Buffat J. [Unemployment and health]. *Rev Med Suisse Romande* 2000;120(4):379-83.
15. Chu WM, Liao WC, Li CR, Lee SH, Tang YJ, Ho HE, Lee MC. Late-career unemployment and all-cause mortality, functional disability and depression among the older adults in Taiwan: A 12-year population-based cohort study. *Arch Gerontol Geriatr* 2016; 65:192-8.
16. Lappalainen K, Manninen P, Räsänen K. Association among sociodemographic factors, work ability, health behavior, and mental health status for young people after prolonged unemployment. *Workplace Health Saf* 2016. pii: 2165079916653767.
17. Yoo KB, Park EC, Jang SY, Kwon JA, Kim SJ, Cho KH, Choi JW, Kim JH, Park S. Association between employment status change and depression in Korean adults. *BMJ Open* 2016;6(3):e008570.
18. Fiori F, Rinesi F, Spizzichino D, Di Giorgio G. Employment in security and mental health during the economic recession: An analysis of young adult labour force in Italy. *Soc Sci Med* 2016;153:90-8.
19. Marinacci C, Grippo F, Pappagallo M, Sebastiani G, Demaria M, Vittori P, Caranci N, Costa G. Social inequalities in total and cause-specific mortality of a sample of the Italian population, from 1999 to 2007. *Eur J Public Health* 2013;23(4):582-7.
20. Istituto Nazionale di Statistica. *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari: informazioni sulla rilevazione*. Roma: ISTAT; 2016. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ISTAT.it/it/archivio/7740>, ultima consultazione 4/8/2016.
21. Ware J Jr, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care* 1996;34(3):220-33.