

Altri contributi

Condizione occupazionale e salute percepita

Employment and perceived health

Paola Beatini, Filippo Bauleo, Luca Meletti, Riccardo Casadei, Liliana Minelli

Paola Beatini, Filippo Bauleo, Luca Meletti, Riccardo Casadei, Liliana Minelli
Centro Sperimentale per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria, Università degli Studi di Perugia

Parole chiave: stato di salute auto-riferito, condizione occupazionale, crisi economica

RIASSUNTO

Obiettivi: in considerazione del notevole incremento della disoccupazione e dei contratti di lavoro non standard, il contributo si pone l'obiettivo di analizzare la relazione tra precarietà, disoccupazione e salute dei lavoratori, in particolare di indagare come disoccupazione e aumento dei contratti di lavoro non-standard abbiano esiti sulla salute percepita, in riferimento all'età, al genere e alla distribuzione nel nord, centro/sud Italia

Metodi: sono stati utilizzati i dati dell'*Indagine sul reddito delle famiglie italiane* (Survey on Households Income and Wealth - SHIW), costruito e utilizzato un modello logit ordinale a effetti fissi per l'analisi.

Risultati: i lavoratori a tempo determinato in cerca di prima occupazione e disoccupati riferiscono una condizione di salute peggiore rispetto ai lavoratori a tempo indeterminato, soprattutto maschi, giovani e residenti nel centro e nel sud Italia.

Keywords: Self-reported health status, Employment status, Economic crisis, Fixed-effects ordered logit model

SUMMARY

Objectives: in consideration of the significant increase in non-standard employment contracts and unemployment the paper analyze the relationship between job insecurity and unemployment and the workers health and investigate how the employment opportunities and the rising of non-standard employment contracts on perceived health outcomes, in reference to age, gender and distribution in the north, central / southern Italy

Methods: we used data from the Survey on Households Income and Wealth (SHIW) and built an ordinal

logit model fixed effects for the analysis

Results: the temporary workers looking for their first job and unemployed refer worse health condition than permanent workers, especially males, young, residents in central and southern Italy

Introduzione

Assenza di opportunità di lavoro e precarietà hanno caratterizzato il mercato del lavoro italiano dell'ultimo decennio. Forte è stato l'incremento dei contratti di lavoro non standard rispetto alle assunzioni a tempo indeterminato e accanto a ciò un deciso aumento del tasso di disoccupazione, soprattutto tra i giovani.

In Italia, per i lavoratori tra i 15 e i 24 anni di età, la percentuale di lavoro a tempo determinato sul totale dell'occupazione è aumentata dal 26,2% del 2000 al 52,9% nel 2012, il tasso di disoccupazione dal 31,2% al 35,2% (1).

In questo quadro di riferimento si pone il problema di indagare come la disoccupazione e la precarietà del lavoro possano influenzare il benessere del lavoratore rispetto a una condizione di occupazione con contratto a tempo indeterminato.

L'effetto negativo della disoccupazione sulle condizioni di vita del lavoratore è stato ampiamente analizzato sia quale sperimentazione di un evento stressante che per il rischio di povertà e di privazione economica che comporta. Tale condizione produce l'assunzione di comportamenti sfavorevoli alla salute, una maggiore incidenza di malattie cardiovascolari soprattutto tra gli uomini, un più alto rischio di depressione e suicidio. Vivere l'evento della perdita del proprio posto di

lavoro è correlato inoltre a maggiori rischi di infarto o di ictus, a rischio di malattia mentale (2), a scarsa salute percepita (3, 4) e, infine, a un più elevato rischio di mortalità (5).

Una dimensione rilevante è il protrarsi nel tempo della disoccupazione, il che significa che i disoccupati di lungo periodo sperimentano una condizione di salute fisica e psicologica peggiore rispetto a coloro che subiscono un breve periodo di disoccupazione (6). Più in particolare, la disoccupazione di lunga durata è correlata a elevata mortalità per tutte le cause (7). La disoccupazione di lunga durata è inoltre associata a una maggiore incidenza di suicidi: in particolare, il rischio è maggiore nei primi cinque anni, e persiste, a un livello più basso, fino a 16 anni dopo l'evento di disoccupazione (8).

Mentre la disoccupazione è dunque da tempo al centro delle ricerche sui determinanti sociali di morbosità e mortalità, solo recentemente si è sviluppato un vivace dibattito in letteratura sul lavoro precario come determinante socio-economico di salute (9,10). L'evidenza empirica ha identificato come un contratto a tempo sia associato a instabilità del reddito, condizioni di lavoro peggiori, contesto di lavoro psicologicamente stressante; questi i fattori principali che descrivono la complessa relazione tra occupazioni precarie ed esiti di salute¹.

¹ Un'ampia letteratura sull'argomento è riportata nelle Review più recenti prodotte dal Gruppo di Ricerca GREDS/EMCONET (The Health Inequalities Research Group (GREDS) - (Employment Conditions Network) in particolare: Benach J, Vives A, Amable M, Vanroelen C, Tarafa G, Muntaner C. Precarious Employment: Understanding an Emerging Social Determinant of Health *Annu. Rev. Public Health* 2015;

In sintesi si può affermare che l'evidenza empirica disponibile suggerisce che vi sia relazione negativa anche tra lavoro con contratto a tempo determinato e stato di salute individuale.

Gli studi, dopo aver preso avvio negli Stati Uniti d'America, sono stati oggetto di approfondimento recentemente in Europa. L'associazione tra insicurezza del lavoro e salute percepita è stata analizzata utilizzando un'indagine trasversale che ha coinvolto 16 paesi europei: in 14 di questi si è rilevato che il lavoro precario è associata a cattive condizioni di salute; fanno eccezione Belgio e Svezia (10).

Essere assunti con un contratto a tempo determinato comporta spesso dover far fronte a condizioni di lavoro peggiori; tra queste, il numero di ore lavorate e non pagate, il che si traduce in una peggiore percezione dello stato di salute e in disturbi psicologici (11). Inoltre, i lavoratori a tempo sperimentano spesso proprio all'interno dell'organizzazione del lavoro esperienza di impotenza, soprattutto nelle contrattazioni relative a salari e orario di lavoro, elementi che comportano per il soggetto una condizione psicologica difficile. Un'analisi completa di tutti questi fattori psico-sociali è stata effettuata attraverso un'indagine condotta nel 2004-2005 in Spagna e impiegando le variabili della *Scala di precarietà occupazionale* (EPRES) (12). Lo strumento prende in considerazione molte dimensioni di lavoro a tempo determinato (durata, salario, diritti limitati, vulnerabilità e difese nel posto di lavoro). I risultati confermano un'associazione negati-

va tra precarietà e cattiva salute mentale, soprattutto per le donne.

Anche se ad oggi numerosi lavori hanno analizzato la forza di questo rapporto per molti paesi OCSE, l'evidenza, per quanto riguarda l'Italia, è scarsa. Un importante contributo fornisce alcuni dati significativi per la situazione italiana (13): lo studio impiega l'indagine "Multiscopo" ISTAT associato, mediante una procedura di simulazione, con alcune informazioni sul reddito presenti nell'indagine SHIW della Banca d'Italia. Emerge una relazione negativa tra benessere psicologico, felicità e occupazione a tempo determinato soprattutto per i giovani lavoratori di sesso maschile.

Nel presente articolo vengono presentati alcuni dati sui risultati di un più ampio studio² che ha indagato la relazione tra lo stato di salute percepita e la condizione occupazionale in Italia, problematica particolarmente interessante nel nostro paese in quanto il mercato del lavoro è caratterizzato da una forte dicotomia: da un lato i lavoratori a tempo indeterminato beneficiano di un notevole elevato grado di protezione, mentre gli altri lavoratori a tempo sono esposti a elevata instabilità all'interno dell'organizzazione del lavoro e a un bassissimo grado di tutela del lavoro.

L'analisi ha indagato come la mancanza di opportunità di lavoro e l'aumento dei contratti di lavoro non-standard abbia esiti sulla salute percepita dei lavoratori, in riferimento all'età e al genere. Si è inoltre voluto indagare se il rapporto tra i profili di lavoro e la salute fosse uniforme in tutto il paese.

35:229-53; Kim IH, Mountaner C, Shahidi FV; Vives A, Vanroelen C, Benach J. Welfare States, flexible employment and health: A critical review *Health Policy* 2012; 104: 99-127; Siegrist J, Benach J, A. McKnight A, Goldblatt P. Employment arrangements, work conditions and health inequalities" 2010 Report on new evidence on health inequality reduction, produced by Task group 2 for the UK Strategic review of health inequalities post 2010: <http://www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview/Documents/tgs>.

² Ricerca finanziata dalla Regione Umbria: per i risultati complessivi e lo studio statistico si veda 14

Metodologia

Fonte dei dati

Lo studio ha utilizzato la domanda sullo stato di salute percepita (SRHS) dell'Indagine sui bilanci delle famiglie italiane» della Banca d'Italia - nota come SHIW, dall'inglese *Survey on Households Income and Wealth* - che contiene informazioni sul reddito e sulla ricchezza delle famiglie.

Nell'indagine sono intervistate ogni due anni 2.000 famiglie. Il disegno dello studio si basa su due fasi: nella prima sono campionati 400 comuni con più di 20.000 abitanti, nella seconda sono campionate e intervistate con tecnica di rilevazione CAPI (*Computer-Assisted Personal Interview*) i nuclei familiari (il gruppo di persone che vivono nella stessa casa o temporaneamente non nella stessa casa, ma correlato). La tecnica di rilevazione CAPI prevede interviste faccia-a-faccia durante le quali l'intervistatore somministra il questionario avvalendosi di un computer e digita immediatamente le risposte. Ciò consente di ridurre gli errori e di ottimizzare i tempi di elaborazione dei dati. La percentuale di partecipazione è stata del 41% circa nel 2006, del 55% nel 2008, e del 53% nel 2010.

L'indagine include la domanda sullo stato di salute percepita a livello individuale per il 2006, il 2008 e il 2010. È stato preso in considerazione il campione di individui tra 15 e 64 anni di età per un totale di 37.782 soggetti.

Lo SRHS è una variabile ordinata che assume - con il migliorare dello stato di salute percepita - valori compresi tra 1 e 5: valore 1 se l'intervistato ha risposto che la sua salute è *molto scarsa*, 2 per *scarsa*, 3 per *discreta*, 4 per *buona*, e 5 per *eccellente*.

Sebbene l'autovalutazione dello stato di salute può produrre dei bias data la sua natura soggettiva, lo SRHS è ampiamente utilizza-

to ed è riconosciuto come un valido predittore di morbosità e mortalità (15,16).

Lo stato occupazionale è una variabile categorica che identifica cinque condizioni possibili sul mercato del lavoro.

Sono definiti *stabili* i lavoratori dipendenti con contratto a tempo indeterminato e i lavoratori autonomi con un reddito stabile. La categoria *a tempo* comprende contratti di lavoro a tempo determinato, lavori su progetto, contratti di lavoro stagionali, di apprendistato; *in cerca di primo lavoro* sono quei lavoratori che hanno dichiarato di essere stati attivamente alla ricerca di una prima occupazione nei sei mesi precedenti l'intervista. La categoria *disoccupati* si riferisce alle persone che hanno dichiarato di essere attivamente alla ricerca di una occupazione nei sei mesi precedenti l'intervista e che sarebbero disponibili a lavorare immediatamente. Infine la categoria *fuori dalla forza lavoro* comprende casalinghe, pensionati e studenti.

Quest'ultimo profilo è utile esclusivamente come categoria residuale nell'analisi, poiché la sua esclusione potrebbe causare un problema di bias di selezione.; tuttavia, l'effetto causale sulla salute dell'essere *fuori dalla forza lavoro* non può essere identificato, poiché possono rientrare in questa categoria i lavoratori che non lavorano a causa di problemi di salute (17).

La prima riga della tabella 1 contiene la distribuzione dei rispondenti per ciascuna categoria di SRHS e mostra che la maggior parte degli intervistati dichiara di essere in *buona* o *ottima salute*.

La distribuzione delle risposte per condizione occupazionale non presenta grandi differenze. Tuttavia, la quota di *persone in cerca di prima occupazione* che opta per la risposta *eccellente* è superiore a quella delle altre classi

Tab. 1 - Statistica descrittiva dello stato di salute percepita (%) per alcune variabili

	molto scarsa	scarsa	discreta	buona	eccellente	totale
Totale	0.25	1.63	7.86	54.26	36.00	100.00
Condizione occupazionale						
indeterminato	0.13	0.91	5.84	55.27	37.85	48.25
a tempo	0.07	1.20	7.51	54.23	36.99	7.72
in cerca di primo lavoro	0.05	0.76	3.08	50.22	45.89	4.90
disoccupato	0.47	3.96	13.08	55.60	26.89	3.95
fuori dalla forza lavoro	0.46	2.57	10.79	53.29	32.89	35.18
Periodo						
2006	0.19	1.66	8.04	54.43	35.68	33.23
2008	0.36	1.72	7.79	54.11	36.03	33.35
2010	0.21	1.50	7.75	54.25	36.30	32.43
Genere						
maschile	0.23	1.68	8.36	55.53	34.18	50.76
femminile	0.27	1.57	7.34	52.95	37.88	49.24
Età						
15-40	0.10	0.54	2.81	46.29	50.26	46.11
41-60	0.38	2.56	12.18	61.09	23.80	53.89
Area di residenza						
Nord	0.21	1.30	6.79	48.33	43.36	43.13
Centro	0.28	1.59	8.78	59.63	29.71	19.64
Sud	0.28	2.03	8.60	58.30	30.80	37.23
Reddito familiare						
≤ 22.090	0.40	3.12	11.16	56.57	28.74	24.99
(22.090; 33.490]	0.37	1.59	8.22	54.76	35.06	25.01
(33.490; 47.850]	0.16	1.15	6.96	53.50	38.23	24.99
> 47.850	0.07	0.65	5.09	52.22	41.97	25.01
Ricchezza						
≤ 40.500	0.30	2.35	9.03	54.88	33.44	24.99
(40.500; 186.900]	0.35	2.06	8.42	55.53	33.63	25.01
(186.900; 335.000]	0.26	1.14	7.21	53.12	38.27	25.00
> 335.000	0.10	0.95	6.77	53.52	38.67	25.00
Tasso di disoccupazione regionale						
≤ 4.3	0.23	1.43	7.51	48.16	42.67	25.12
(4.3; 5.7]	0.24	1.50	6.87	54.39	37.00	25.30
(5.7; 12.6]	0.23	1.50	9.03	55.95	33.30	24.53
> 12.6	0.31	2.08	8.05	58.60	30.96	25.05

e i *disoccupati* sono i soggetti che optano meno frequentemente per la risposta *eccellente*. Inoltre, la quota di risposte *discreta*, *povera* e *poverissima* cresce leggermente nel passaggio dai *soggetti con occupazione stabile* a quelli *fuori dalla forza lavoro*, con l'eccezione delle *persone in cerca di prima occupazione*.

La tabella mostra anche la distribuzione degli intervistati per anno, genere, età e zona di residenza. La distribuzione di risposte non cambia significativamente nel tempo con la crisi economica. Inoltre, vi è una maggiore concentrazione di risposte *buona* per le donne rispetto alla quota più elevata di risposte *eccellente* per individui di sesso maschile.

Infine, vi è una chiara differenza nella distribuzione tra il Nord e il resto d'Italia: mentre nel Nord la maggior parte delle risposte sono equamente ripartite tra *buona* e *eccellente*, per il resto del paese c'è una tendenza a concentrare le risposte sulla categoria *buona*.

La tabella riporta inoltre statistiche descrittive per reddito familiare netto, ricchezza delle famiglie e tasso di disoccupazione regionale. Anche se non di primario interesse nella nostra analisi, sono inclusi nel modello il reddito e la ricchezza (in migliaia di euro) come proxy di deprivazione economica, mentre il tasso di disoccupazione offre una misura di povertà relativa. Per facilitare la lettura, reddito, ricchezza e tasso di disoccupazione regionale sono stati classificati in quartili: come prevedibile, la distribuzione delle risposte si sposta verso categorie di SRHS più alte con l'aumento del reddito e della ricchezza, mentre si concentra progressivamente sulla categoria *buona* con l'aumentare dei valori del tasso di disoccupazione.

Metodologia statistica

E' stato utilizzato un modello logit ordinale a effetti fissi. Questo modello è la scelta pre-

feribile per studi sullo stato di salute in quanto risolve problemi di eventuali fonti di distorsione a causa di eterogeneità non osservate (4). Tra queste la più importante è il problema dell'auto-selezione in categorie di lavoro (11,13). Per esempio, alcuni comportamenti possono risultare sfavorevoli sia per "l'impiegabilità" che per la salute, in maniera separata o congiunta (18). Ipotizzando che la propensione ad adottare questi comportamenti non muti nell'arco di tempo considerato, l'utilizzo di questo modello elimina il bias potenzialmente generato da questa correlazione spuria.

Il modello è stato applicato con due modalità: M1 utilizza una specificazione che include gli effetti della condizione occupazionale e del tempo separatamente, M2 utilizza una specificazione in cui viene considerata l'interazione tra gli stessi. Per testare la significatività dei termini è stato eseguito un test di Wald.

Al fine di analizzare l'effetto della deprivazione economica i dati relativi al reddito annuo delle famiglie e alla ricchezza, sono stati utilizzati anche al quadrato, per identificare la possibile relazione concava con queste covariate.

Risultati

I risultati dimostrano che essere occupato con un contratto a tempo determinato, essere in cerca di primo lavoro o disoccupato ha un effetto negativo significativo sulla condizione di salute percepita, rispetto a essere un lavoratore a tempo indeterminato.

Con l'utilizzo del modello M2 si è indagato come gli esiti sullo stato di salute percepita della condizione occupazionale sono cambiati nel tempo e come le disuguaglianze si sono rafforzate con la crisi economica.

I risultati del test di Wald utilizzati per veri-

ficare se l'effetto di essere in una certa condizione del mercato del lavoro nel 2006 è lo stesso nel 2008 o 2010, indicano che le disuguaglianze nello stato di salute tra lavoratori

a tempo indeterminato e quelli che cercano un lavoro sono aumentate durante la crisi economica, in particolare nel 2008.

Tab. 2 - Modello logit ordinale a effetti fissi per stato di salute autopercepita

	M1	M2
	FE Coeff(s.e)	FE Coeff(s.e)
Rif a tempo indeterminato		
a tempo	-0.147(0.100)	- 0.159 (0.159)
in cerca di primo lavoro	-0.435 (0.139)	- 0.459 (0.195)
disoccupato	- 0.317 (0.150)	- 0.366 (0.237)
fuori dalla forza lavoro	- 0.300 (0.09)	- 0.305 (0.091)
2008	-0.034 (0.043)	- 0.057 (0.047)
2010	-0.031 (0.085)	- 0.012 (0.090)
Reddito familiare	0.038 (0.031)	0.039 (0.031)
Reddito familiare sq	- 0.384 (0.129)	- 0.390 (0.131)
Ricchezza	- 0.050 (0.013)	- 0.050 (0.013)
Ricchezza sq	- 0.016 (0.005)	- 0.016 (0.005)
Tasso di disoccupazione regionale	-0.095 (0.039)	- 0.094 (0.040)
a tempo 2008		0.075 (0.138)
a tempo 2010		-0.046 (0.198)
in cerca di primo lavoro 2008		0.164 (0.205)
in cerca di primo lavoro 2010		-0.104 (0.232)
disoccupati 2008		0.314 (0.235)
disoccupati 2010		-0.111 (0.269)

I coefficienti statisticamente significativi al 10% sono in neretto

Per quanto riguarda le problematiche di genere, le disuguaglianze di genere in materia di salute sono generalmente legate al fatto che le donne hanno un'aspettativa di vita superiore rispetto ai maschi.

C'è ampia evidenza sulle differenze nel rapporto tra condizione occupazionale e salute percepita tra i lavoratori di sesso femminile e maschile. I dati di questo studio suggeriscono che la distribuzione delle risposte in relazione alla condizione lavorativa è in qual-

che modo più uniforme per le donne che per gli uomini. Pertanto, sono state svolte analisi distinte per uomini e donne.

La Tabella 3 riporta i risultati ottenuti per i due sotto-campioni.

I lavoratori di sesso maschile con un contratto a tempo determinato, in cerca di prima occupazione o disoccupati riferiscono un decadimento significativo nella condizione di salute rispetto ai lavoratori a tempo indeterminato; le disuguaglianze continuano a cre-

Tab. 3 - Modello logit ordinale a effetti fissi per lo stato di salute autopercepita per genere

	MASCHI		FEMMINE	
	M1 FE Coeff(s.e)	M2 FE Coeff(s.e)	M1 FE Coeff(s.e)	M2 FE Coeff(s.e)
Rif a tempo indeterminato				
a tempo	-0.288 (0.145)	-0.331 (0.234)	0.080 (0.163)	0.159 (0.247)
in cerca di primo lavoro	-0.801 (0.208)	- 0.974 (0.278)	- 0.052 (0.220)	0.066 (0.314)
disoccupato	-0.423 (0.212)	-0.371 (0.326)	- 0.160 (0.254)	-0.456 (0.385)
2008		- 0.041 (0.092)	- 0.013 (0.065)	-0.018 (0.071)
2010		0.171 (0.183)	0.040 (0.128)	- 0.026 (0.134)
a tempo 2008		0.186 (0.265)		- 0.119 (0.278)
a tempo 2010		-0.114 (0.229)		-0.120 (0.291)
in cerca di primo lavoro 2008		- 0.586 (0.289)		-0.316 (0.311)
in cerca di primo lavoro 2010		-0.071 (0.330)		0.011 (0.371)
disoccupati 2008		-0.041 (0.342)		0.911 (0.425)
disoccupati 2010		0.115 (0.352)		-0.159 (0.457)

I coefficienti statisticamente significativi al 10% sono in neretto

scere fino al 2010 solo per coloro che sono in cerca di prima occupazione.

Al contrario, lo stato di salute delle lavoratrici non sembra dipendere dalla condizione occupazionale, si evidenzia una differenza nello stato di salute nel 2008 per le donne disoccupate, rispetto alle lavoratrici a tempo indeterminato.

Il campione, che comprende individui tra i 15 e i 64 anni, è stato quindi suddiviso in due gruppi di età – 15-40 e 40-64 anni – al fine di verificare se il rapporto tra occupazione e salute differisca per età.

La Tabella 4 mostra che solo i giovani presentano differenze di salute in base alla loro condizione di lavoro, dato prevedibile in quanto sono soprattutto i giovani lavoratori esposti a un basso livello di tutela del lavoro. Tra gli anziani, solo i disoccupati presentano un livello di salute percepita più basso rispetto

ai lavoratori a tempo indeterminato. Inoltre, le disuguaglianze in salute, tra i più giovani se crescono nel tempo, non trovano un posto di lavoro (vedi tabella 4).

Infine, si è indagato se vi fossero differenze territoriali circa gli esiti della condizione di lavoro sullo stato di salute percepita. Infatti, è noto che in Italia forti disuguaglianze socio-economiche sono relate alla localizzazione geografica, in particolare per quanto riguarda tutela del lavoro e opportunità offerte dal mercato e, inoltre, sono presenti forti differenze tra servizi sanitari regionali.

Le statistiche descrittive indicano che vi è una forte dicotomia nello stato di salute percepito tra nord e il resto d'Italia (vedi tabella 1).

La Tabella 5 riporta i risultati per area di residenza: il nord Italia e il resto del territorio. Il centro e sud Italia sono stati considerati

Tab. 4 - Modello logit ordinale a effetti fissi per lo stato di salute percepita per età

	15-40		41-64	
	M1 FE Coeff(s.e)	M2 FE Coeff(s.e)	M1 FE Coeff(s.e)	M2 FE Coeff(s.e)
Rif a tempo indeterminato				
a tempo	-0.211 (0.129)	-0.313 (0.203)	-0.117(0.171)	-0.041 (0,268)
in cerca di primo lavoro	-0.522 (0.162)	-0.578 (0.218)	-0.694(0.582)	-0.845 (0.833)
disoccupato	-0.287 (0.210)	-0.741 (0.356)	-0.369(0.216)	-0.169 (0.323)
2008	-0.030 (0.066)	-0.107 (0.079)	-0.067(0.057)	-0.063 (0.059)
2010	-0.018 (0.130)	- 0.026 (0.145)	-0.104(0.111)	-0.066 (0.114)
a tempo 2008		0.173 (0.233)		-0.002 (0.311)
a tempo 2010		0.111 (0.252)		-0.252 (0.339)
in cerca di primo lavoro 2008		0.214 (0.224)		-0.880 (0.846)
in cerca di primo lavoro 2010		-0.053 (0.253)		-1.538 (1.10)
disoccupati 2008		0.878 (0.382)		-0.150 (0.340)
disoccupati 2010		0.302 (0.401)		-0.383 (0.365)

I coefficienti statisticamente significativi al 10% sono in neretto

insieme perchè le ampiezze campionarie dei due gruppi sono separatamente troppo piccole e i risultati dei logit non sarebbero affidabili.

Mentre nel nord Italia solo coloro in cerca di prima occupazione riferiscono uno stato di salute peggiore rispetto ai lavoratori a tempo indeterminato, questo, nel resto d'Italia, è significativamente più basso per tutti i profili occupazionali.

Per i lavoratori a tempo determinato del nord d'Italia, le disuguaglianze di salute non aumentano nel tempo, mentre aumentano per i disoccupati. Nel resto d'Italia, le differenze nella condizione di salute percepita aumentano nel tempo per chi cerca un posto di lavoro per la prima volta.

Conclusioni

L'incidenza dei contratti di lavoro non standard e della disoccupazione sono in costante

aumento, così come sono diminuite le opportunità di lavoro per le persone in cerca di prima occupazione. In questo quadro, le nuove forme di lavoro e la disoccupazione sono diventate il centro di molti studi volti a valutare se un crescente grado di insicurezza di lavoro e la mancanza di opportunità siano correlabili a un peggioramento della condizione di salute fisica e mentale.

I risultati della nostra analisi confermano che i lavoratori a tempo determinato, in cerca di prima occupazione e i disoccupati sperimentano tutti peggiori condizioni di salute rispetto ai lavoratori a tempo indeterminato. Anche se le donne italiane sono molto probabilmente maggiormente esposte ad assenza di tutela nel lavoro (il 49,9% delle donne che lavorano è impiegato con un contratto a tempo determinato nel 2010) e sono quelle con un tasso di disoccupazione più elevato (1), troviamo che le disuguaglianze economiche

Tab. 5 - Modello logit ordinale a effetti fissi per lo stato di salute autopercepita per area di residenza

	NORD		CENTRO-SUD	
	M1 FE Coeff(s.e)	M2 FE Coeff(s.e)	M1 FE Coeff(s.e)	M2 FE Coeff(s.e)
Rif a tempo indeterminato				
a tempo	-0.090 (0.168)	0.046 (0.253)	-0.172(0.128)	-0.334 (0.204)
in cerca di primo lavoro	-0.561 (0.306)	-0.589 (0.501)	-0.448(0.163)	-0.586(0.218)
disoccupato	-0.220 (0.287)	-1.041 (0.566)	-0.347(0.180)	0.323 (0.276)
2008	0.200 (0.067)	0.213(0.072)	-0.223(0.057)	-0.295(0.065)
2010	0.144(0.193)	0.154 (0.197)	0.065(0.097)	0.056 (0.104)
a tempo 2008		-0.329(0.299)		0.380 (0.232)
a tempo 2010		-0.069 (0.317)		0.057 (0.251)
in cerca di primo lavoro 2008		-0.042 (0.588)		0.396(0.222)
in cerca di primo lavoro 2010		0.094(0.617)		0.000 (0.252)
disoccupati 2008		0.893(0.648)		0.322 (0.289)
disoccupati 2010		1.035 (0.624)		-0.275 (0.308)

I coefficienti statisticamente significativi al 10% sono in neretto

tra i lavoratori di sesso femminile e quelli in cerca di primo lavoro non si riflettono sulla condizione di salute percepita.

Al contrario, emergono forti disuguaglianze sullo stato di salute tra gli uomini che aumentano nel tempo per i soggetti in cerca di una prima occasione di lavoro.

I giovani italiani lavoratori a tempo determinato e disoccupati riferiscono un forte peggioramento in salute rispetto ai loro coetanei lavoratori a tempo indeterminato; per coloro che sono in cerca di un posto di lavoro il peggioramento cresce nel tempo dopo il 2006.

Infine, vi è una notevole differenza tra il nord e il resto del paese. Al sud e al centro lo stato di salute percepita peggiora per tutti i profili di lavoro rispetto ai lavoratori a tempo indeterminato.

La problematica affrontata è particolarmente rilevante nel contesto di un mercato del lavoro duale: in Italia è emersa una forte di-

cotomia: da un lato i dipendenti con contratto a tempo indeterminato godono dei benefici di un alto grado di protezione, dall'altro i lavoratori a tempo determinato sono esposti ad alta precarietà di lavoro e a un basso o alcun grado di protezione.

La situazione finanziaria del paese, in particolare la continuità della crisi economica, ha portato a tagli sostanziali alla spesa pubblica anche in sanità dove solo nel periodo 2009-2011 è stata registrata una diminuzione media annua del -0,4% del PIL, rispetto alla media di +0,2% dei paesi OCSE (19).

Questo contesto favorisce le disuguaglianze in salute tra le categorie economicamente stabili e quelle economicamente svantaggiate e richiede pertanto un'attenzione e una presenza forte del sistema sociale e sanitario del paese.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Per la costruzione del modello statistico e l'elaborazione dati si ringrazia la dott.ssa Claudia Pigni del Dipartimento di Economia dell'Università degli Studi di Perugia

BIBLIOGRAFIA

1. OECD: Stat Extracts. OECD Stat Extracts 2013. Available at (<http://www.oecd.org/statistics/>).
2. Schmitz H. Why are the unemployed in worse health? The causal effect of unemployment on health. *Labour Econ* 2011, 18:71-78.
3. Giatti L, Barreto SM, César CC. Unemployment and self-rated health: neighborhood influence. *Soc Sci Med* 2010, 71(4):815-823.
4. Böckerman P, Ilmakunnas P. Unemployment and self-assessed health: Evidence from panel data. *Health Econ* 2009; 18(2):161-179.
5. Roelfs DJ, Shor E, Davidson KW, Schwartz JE. Losing life and livelihood: a systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality. *Soc Sci Med* 2011, 72(6):840-854.
6. McKee-Ryan F, Song Z, Wanberg CR, Kinicki AJ. Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. *J Appl Psychol* 2005; 90:53.
7. Garcy AM, Vågerö D. The length of unemployment predicts mortality, differently in men and women, and by cause of death: A six year mortality follow-up of the Swedish 1992-1996 recession. *Soc Sci Med* 2012, 74(12):1911-1920.
8. Milner A, Page A, LaMontagne AD. Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis. *PloS one* 2013; 8:e51333.
9. Virtanen M, Kivimäki M, Joensuu M, Virtanen P, Elovainio M, Vahtera J. Temporary employment and health: a review. *Int J Epidemiol* 2005 (34):610-22.
10. Benach J, Vives A, Amable M, Vanroelen C, Tarafa G, Muntaner C. Precarious Employment: Understanding an Emerging Social Determinant of Health. *Ann Rev Public Health* 2014, 35:229-253.
11. Robone S, Jones A, Rice N. Contractual conditions, working conditions and their impact on health and well-being. *Eur J Health Econ* 2011, 12(5):429-444
12. Vives A, Amable M, Montserrat F, Salvador M, Clara L, Muntaner C, Benavides FG, Benach J: Employment precariousness and poor mental health: evidence from Spain on a new social determinant of health. *J Environ Public Health* 2013, 2013:1-10.
13. Carrieri V, Novi CD, Jacobs R, Robone S. Well-being and psychological consequences of temporary contracts: the case of younger Italian employees: working paper number 079cherp. Centre for Health Economics, University of York; 2012.
14. Minelli L, Pigni C, Chiavarini M, Bartolucci F. Employment status and perceived health condition: longitudinal data from Italy. *BMC Public Health* 2014, 14:946 <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/946>
15. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997, 38(1):21-37.
16. Schnittker J, Bacak V. The increasing predictive validity of self-rated health. *PloS one* 2014, 9:e84933
17. Jusot F, Khlal M, Rochereau T, Serme C. Job loss from poor health, smoking and obesity: a national prospective survey in France. *J Epidemiol Commun Health* 2008; 62(4):332-337.
18. West P: Rethinking the health selection explanation for health inequalities. *Soc Sci Med* 1991, 32(4):373-384
19. OECD: Health at a Glance. OECD Indicators, OECD: Bank of Italy; 2013.