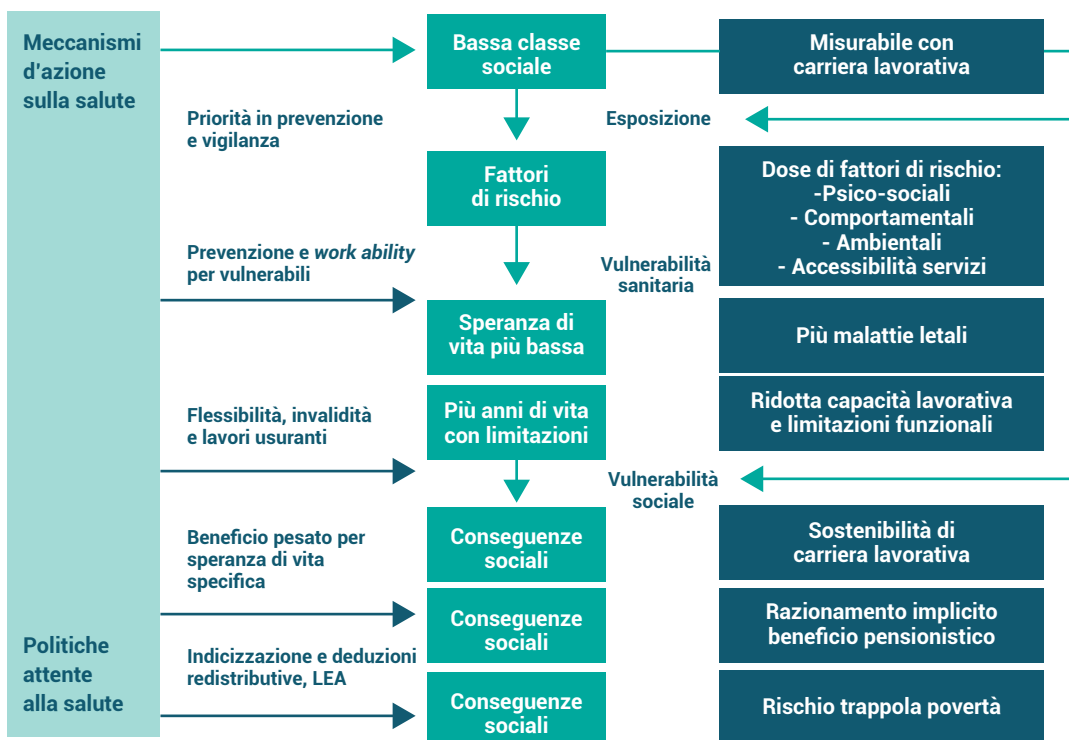


**3.
la persona
– risorse
e capacità
per la salute:
lavoro**

Lavoro e salute *

Negli ultimi decenni l'Italia è stata attraversata da trasformazioni radicali della struttura produttiva, del mercato del lavoro, dell'innovazione tecnologica e dell'accompagnamento alla pensione. Tali trasformazioni possono aver influenzato le storie di salute delle persone ed esserne state a loro volta condizionate, generando significative disuguaglianze tra le professioni nell'aspettativa di vita e nei diversi indicatori di salute.

Dallo schema di Diderichsen - proposto dalla Commissione sui Determinanti sociali della Salute promossa dall'Organizzazione mondiale della sanità, per descrivere i meccanismi che determinano le disuguaglianze di salute - emergono le relazioni fra la storia professionale e la salute (a destra) e le implicazioni per le politiche (a sinistra).



* *Factsheet* a cura di Viviana Monastero, Angelo d'Errico, Nicolás Zengarini e Anna La Rosa tratto da: Costa G., Stroschia M., Zengarini N., Demaria M. (2017), 40 anni di salute a Torino. 40 anni di salute a Torino. Spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche, Inferenze, Milano.

Si parte dalla posizione sociale della persona, misurabile attraverso la carriera lavorativa, da cui dipende l'esposizione ai principali fattori di rischio e di promozione per la salute: fattori psico-sociali, biologici, fisico chimici e meccanici legati alle condizioni di lavoro e dell'ambiente, barriere all'accesso alle cure e stili di vita più o meno insalubri. Tali esposizioni sono responsabili degli effetti sulla salute che si possono misurare in termini di malattie e di limitazioni funzionali, che possono essere riassunti nella speranza di vita e nella speranza di salute. Effetti che possono sortire delle conseguenze sulla carriera sociale e professionale, sia come barriere alla mobilità sociale ascendente, sia come fattori di impoverimento per le spese sanitarie da sostenere e di riduzione del tempo di pensionamento mediamente disponibile per godere del beneficio pensionistico legittimamente maturato.

I principali meccanismi di discriminazione evitabili attraverso le politiche sono:

- ▼ quello che determina la stratificazione sociale;
- ▼ quello che mette in relazione posizione sociale e fattori di rischio;
- ▼ quello secondo cui, a seconda della posizione sociale, cambia la vulnerabilità sanitaria;
- ▼ quello secondo cui la malattia può influenzare la carriera sociale in modo diverso, a seconda della posizione sociale di partenza.

Tali meccanismi hanno effetti più gravi nelle categorie professionali più svantaggiate, ponendo quindi un problema di giustizia sociale.

Nella colonna di sinistra, lo schema esamina le implicazioni di equità per le politiche di contrasto per ognuno di questi quattro meccanismi: il primo riguarda il modo attraverso cui la società e le istituzioni garantiscono un'adeguata offerta di lavoro di qualità; il secondo trova risposta nelle azioni di prevenzione e vigilanza regolate dalle norme sull'igiene e la sicurezza del lavoro e dai piani di prevenzione nei luoghi di lavoro; il terzo dovrebbe essere contrastato grazie alle azioni di prevenzione e di promozione della salute, soprattutto quelle che promuovono la *work ability* dei lavoratori (la capacità di un lavoratore di stare sulla scena produttiva in modo adeguato per le esigenze di produttività e della sua salute) in modo da ridurre la loro vulnerabilità sanitaria; il quarto è quello che interpella da un lato l'equità dei dispositivi di correzione dell'età pensionabile e dall'altro l'equità dei dispositivi di aggiustamento del beneficio pensionistico.

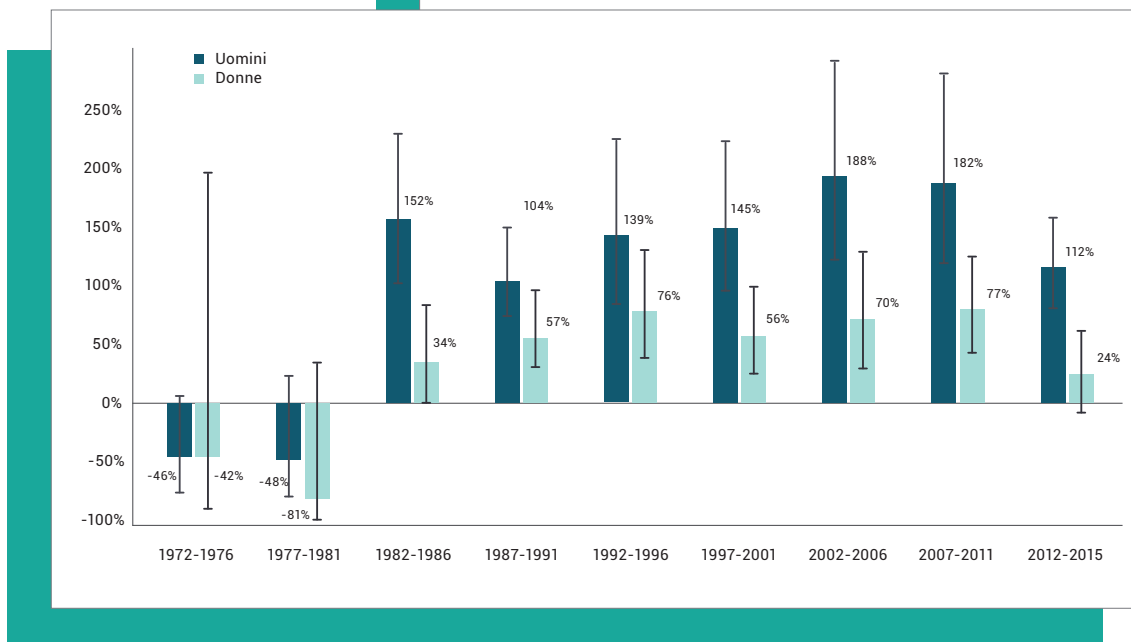
Lavorare fa bene alla salute

Perdere un lavoro, non trovarlo o andare in pensione troppo presto fa male alla salute e, a sua volta, la salute compromessa può causare la perdita di lavoro o motivare il pensionamento precoce.

A Torino, infatti, si osservano disuguaglianze di mortalità a svantaggio dei disoccupati, dei pensionati prematuri, delle casalinghe e dei lavoratori manuali, anche se con intensità nettamente minore rispetto ad altri paesi europei come la Gran Bretagna e la Finlandia.

La condizione professionale di disoccupato è associata ai peggiori indici di mortalità: nella forza lavoro tra i 30 e i 64 anni un uomo disoccupato ha un rischio di morire che, a parità di età, aumenta da due a tre volte rispetto ad un occupato in tutti i decenni considerati; tra le donne disoccupate in forza di lavoro, l'eccesso varia dal 30 all'80%. Sempre nella forza lavoro, i torinesi pensionati mostrano eccessi di rischio di pari grandezza a quelli dei disoccupati, come pure le casalinghe, che a partire dalla metà degli anni Ottanta incominciano a manifestare eccessi significativi di rischio dal 30 al 50% rispetto alle occupate.

Eccesso nella probabilità di morire (in percentuale) di soggetti tra i 30 e i 64 anni rispetto agli occupati per chi ha dichiarato di essere disoccupato in occasione di ciascun censimento (in corrispondenza del primo anno di ogni decennio osservato) nella città di Torino, 1972-2015.



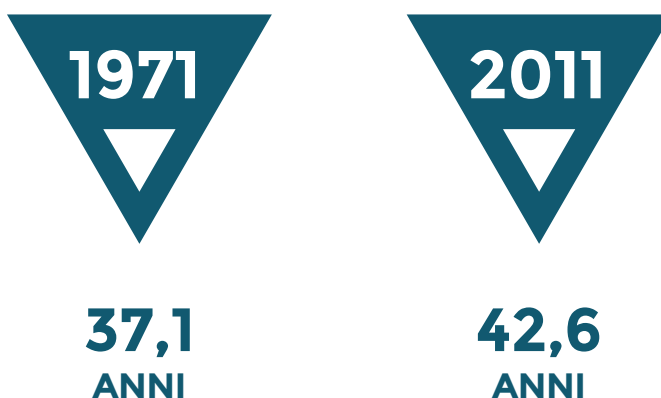
Condizioni di lavoro sempre migliori e nuove emergenze

Negli ultimi quarant'anni, a Torino, sono migliorate le condizioni di igiene e sicurezza sul lavoro, soprattutto grazie ai miglioramenti ambientali e organizzativi voluti dai sindacati e dalle imprese. Si è assistito, infatti, a un significativo miglioramento della mortalità causata da infortuni sul lavoro e sulla strada e alla scomparsa di conseguenze sulla mortalità di rischi tradizionali da lavoro come le polveri di silice. Infatti, fra i maschi occupati, la mortalità per incidenti sul lavoro è scesa progressivamente da 10 casi all'anno negli anni Settanta a 5 casi all'anno negli anni Duemila. Una diminuzione ancora più ripida segue la mortalità per incidenti da traffico tra i lavoratori di entrambi i sessi tra gli anni Settanta e gli anni Duemila.

Nel caso dell'amianto, si continuano a misurare gli effetti dell'esposizione, a causa della lunga latenza necessaria perché si manifestino, anche se le esposizioni sono state bonificate. Primo indizio, è la significativa riduzione dei casi di mortalità prematura per mesotelioma tra gli uomini adulti con meno di 65 anni, che sono passati da circa quattro casi all'anno tra gli anni Settanta e Novanta a due casi all'anno alla fine degli anni Duemila.

La nuova vera emergenza è oggi l'invecchiamento della forza lavoro, soprattutto per chi svolge un lavoro manuale, che presenta eccessi di mortalità e morbosità per molte cause di malattie: a Torino l'età media della popolazione occupata è passata da 37,1 a 42,6 anni tra il 1971 e il 2011 e con l'aumentare dell'età decresce infatti la *work ability*, soprattutto a causa della progressiva compromissione delle capacità funzionali e fisiche e dell'aumento delle malattie croniche.

ETÀ MEDIA DELLA POPOLAZIONE OCCUPATA A TORINO



Una pensione sempre più lontana

Gli ultimi due decenni sono stati attraversati da numerosi provvedimenti previdenziali, che però hanno lasciato molti dubbi sul piano dell'equità. I dati torinesi permettono di valutare, in base alla professione, le disuguaglianze nell'aspettativa di vita che rimane a chi arriva all'età pensionabile.

Ci sono fino a tre anni di vantaggio nell'aspettativa di vita a 65 anni tra i lavoratori torinesi con qualifica di dirigente e quelli manuali con mansioni non qualificate.

Gli interventi che rendono maggiormente flessibile l'età pensionabile e il trattamento economico di pensione dovrebbero essere disegnati, da governo e parti sociali, in modo da eliminare tali ingiustizie. Per esempio, nel definire l'età pensionabile, le politiche potrebbero tenere in considerazione lo svantaggio come motivo per anticipare l'età pensionabile; oppure, le differenze professionali nell'aspettativa di vita potrebbero essere compensate con un aumento del beneficio pensionistico proporzionale alla diminuzione della durata della speranza di vita.

Lo Studio Longitudinale Torinese è in grado di analizzare le differenze nella speranza di vita per classe sociale negli anni Duemila. Tra gli uomini, la differenza massima nella speranza di vita a 65 anni si misura tra i dirigenti da un lato e la piccola borghesia senza dipendenti, costituita da artigiani e commercianti autonomi (-3,11 anni di differenza), e gli operai non qualificati (-2,95 anni di differenza) dall'altro.



La classe operaia qualificata ha un profilo leggermente migliore della piccola borghesia senza dipendenti; imprenditori e liberi professionisti presentano un leggero svantaggio rispetto ai dirigenti; il ceto medio impiegatizio si trova in una posizione intermedia. Nel caso delle donne la situazione è in parte simile, ma le differenze nella speranza di vita sono nettamente inferiori: le operaie non qualificate sono solo distanti di 1,07 anni di speranza di vita dalle dirigenti; il lavoro autonomo ha un profilo simile a quello delle operaie non qualificate; il lavoro operaio qualificato ha un risultato migliore di quello delle impiegate.

Implicazioni per le politiche


In sintesi, per promuovere la salute le politiche dovrebbero, quindi, puntare su:

creare lavoro di qualità;

assicurare, per gli inoccupati, servizi adeguati di sostegno;

affrontare i nuovi rischi legati al lavoro, soprattutto quelli ergonomici e psico-sociali, promuovendo, fra le altre cose, stili di vita sani nei luoghi di lavoro, tenendo anche conto dell'invecchiamento della forza di lavoro che minaccia salute e produttività;

revisionare i regimi previdenziali, evitando che lo svantaggio sociale nella salute a cui si approda a fine carriera si rifletta in un ulteriore svantaggio sociale. Bisogna in ogni caso studiare più a fondo l'impatto sulla salute dell'innalzamento dell'età pensionabile.



3.
la persona
- risorse
e capacità
per la salute:
lavoro