

Disoccupazione e salute

Epidemiologia e promozione della salute

Giuseppe Costa
Mario Cardano

Università di Torino

Antonio Caiazzo
Chiara Marinacci
Maurizio Marino

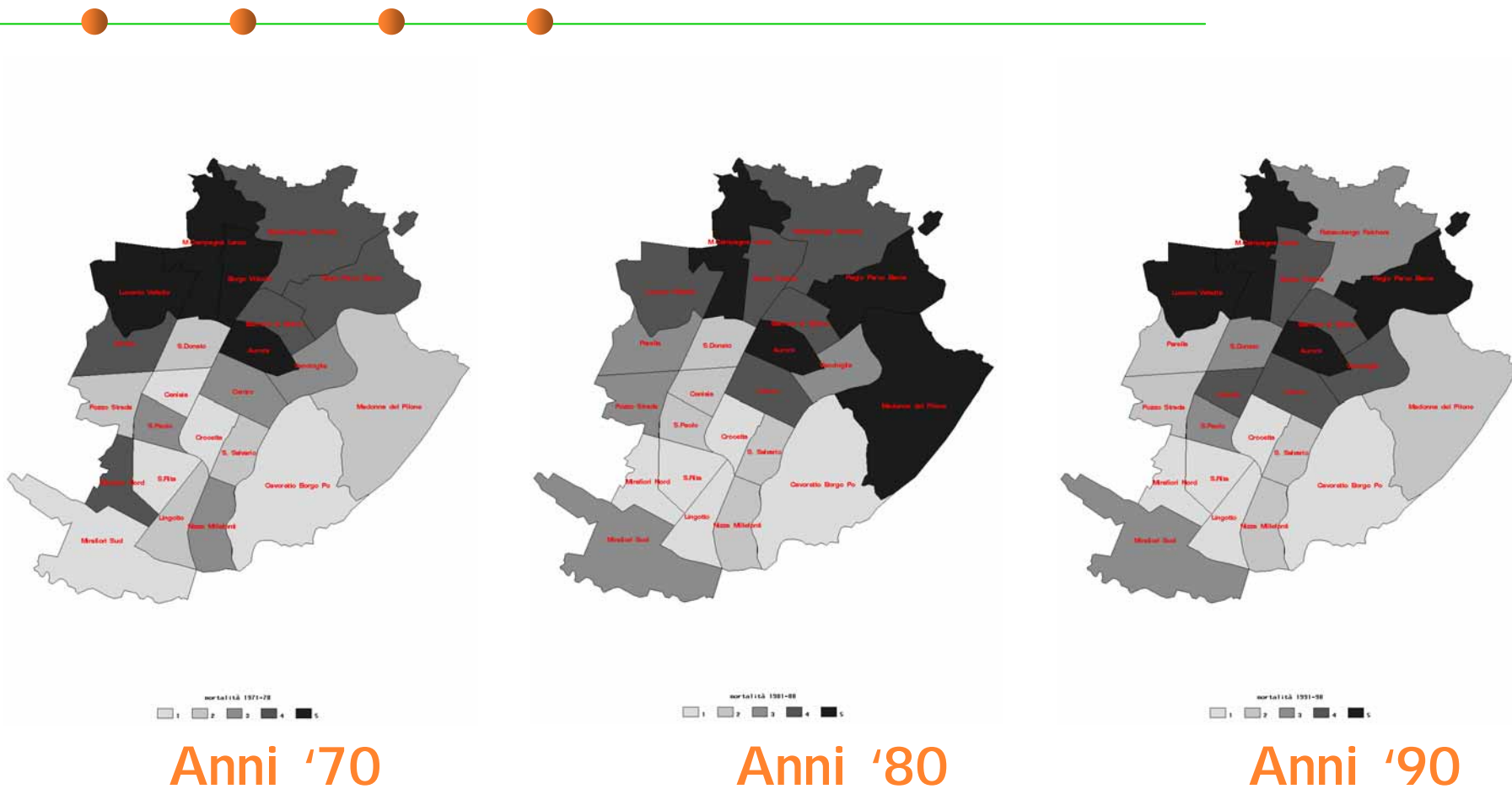
ASL 5 - Servizio Epidemiologia

Marina Penasso

Centro di Documentazione Regionale per
la promozione della Salute (DoRS)

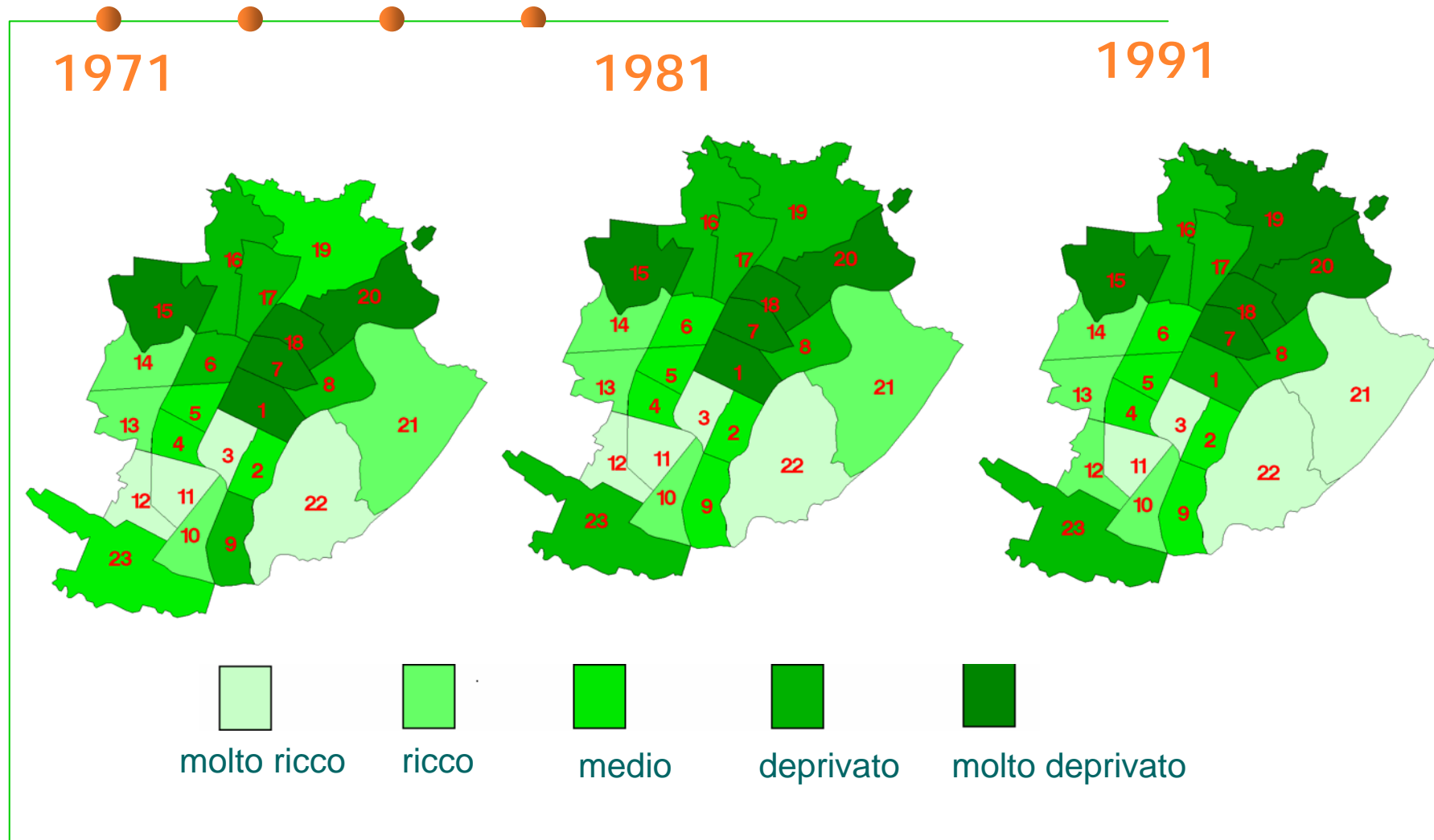
Mortalità nei quartieri di Torino 1971-1991

Morti x 100.000 abitanti a parità di età,
sesso e area di nascita



Quartieri di Torino per livello di deprivazione

Censimenti 1971-81-91



SLT mortalità 1991-2000 per percentuale di disoccupati per zona statistica al 1991

	Events (n)	Rate per 1000 person-years (95% C.I.)	Hazard Ratio (95% C.I.)		
			Model 1*	Model 2	Model 3
1. (least unemployment)	3229 (4.7%)	5.7 (5.5-5.9)	1.00	1.00	1.00
2.	9275 (4.5%)	5.5 (5.4-5.6)	0.97 (0.90-1.04)	1.08 (1.03-1.13)	1.03 (0.98-1.08)
3.	7677 (4.8%)	5.8 (5.7-5.9)	1.02 (0.94-1.10)	1.18 (1.12-1.23)	1.10 (1.04-1.16)
4. (most unemployment)	6439 (4.9%)	5.9 (5.8-6.1)	1.04 (0.97-1.13)	1.23 (1.18-1.29)	1.12 (1.07-1.18)
Continuous**			1.01 (1.00-1.02)	1.03 (1.02-1.04)	1.02 (1.01-1.02)

* model 1: crude model, model 2 additionally adjusted for age and sex and model 3 additionally adjusted for individual ses (educational and occupational level and employment status)

** neighborhood unemployment used as a continuous score

	Hazard Ratio (95% C.I.)	
	Model 4	Model 5
1. (Least Unemployment)	1.00	1.00
2.	1.01 (0.96-1.07)	1.01 (0.96-1.07)
3.	1.06 (1.01-1.13)	1.07 (1.01-1.13)
4. (Most Unemployment)	1.06 (1.00-1.11)	1.07 (1.02-1.13)
Continuous	1.01 (1.00-1.02)	1.01 (1.00-1.02)

*Model 4 adjusted for income; model 5 adjusted for income and race

§ NOTE: census tract (200 inhabitants on average) median per capita available income

Mortalità* tra i disoccupati a Torino

	1981-87	1991-97
uomini	2.3	2.3
donne	1.6	1.9

**RR (occupati = 1); tutti $p < 0,05$*

Mortalità* 1991-96 tra i disoccupati a Torino

	età 18-34	età 35-59
uomini	3.2	2.1
donne	2.3	1.8

**RR (occupati = 1); tutti $p < 0,05$*

Cause di morte in eccesso di mortalità* 1991-96 tra i disoccupati maschi a Torino

	18-34	35-59
Aids	7.5	3.4
Overdose	9.2	13.9
Cirrosi fegato	9.6	5.8
Infarto cuore	6.7	1.4
Suicidio	2.6	3.4
Omicidio	4.7	
Tumore polmone		2.0
Malattie respiratorie		3.9
Incidenti trasporto		2.8
Infortuni		2.3

**RR (occupati = 1); tutti $p < 0,05$*

Mortalità* 1991-97 tra i disoccupati maschi a Torino

titolo di studio	RR
laurea	1.7
maturità	2.1
media	2.9
elementare	2.0
senza titolo	1.3

**RR (occupati = 1); tutti $p < 0,05$*

Mortalità* 1991-97 a Torino

esperienza di ricovero
negli anni '80

RR

occupato non ricoverato

1

occupato ricoverato

1.5

disoccupato non ricoverato

2.1

disoccupato ricoverato

2.5

**RR (occupati = 1); tutti $p < 0,05$*

Mortalità* 1991-96 a Torino tra gli uomini

traiettorie occupazionali

RR

da disoccupazione a lavoro

1.4

instabilità lavorativa

1.5

da lavoro a pensione (impiegato)

1.6

da lavoro a pensione (manuale)

2.2

da lavoro a disoccupazione

2.3

sempre disoccupato

2.6

scoraggiato nella ricerca di lavoro

3.9

sempre fuori dalla forza lavoro

4.8

**RR (occupati = 1); tutti $p < 0,05$*

Relazione tra condizione professionale e: 1. Urgenza de ricovero (ingresso dal DEA vs ricovero programmato);
 2. Severità (medarata - estrema vs minima);
 3. Mortalità ospedaliera, utilizzando diversi modelli di analisi

OUTCOME/modelli	Occupati (rif.)	Disoccupati		Casalinghe		pensionati	
	Or	Or	Ic 95%	Or	Ic 95%	Or	Ic 95%
1. URGENZA							
a	1	2.18	2.02-2.35	0.99	0.93-1.04	1.14	1.08-1.20
b	1	1.57	1.14-1.74	1.10	1.02-1.18	1.03	0.95-1.10
2. SEVERITA'							
a	1	1.38	1.27-1.51	1.40	1.32-1.48	2.08	1.98-2.19
b	1	1.31	1.18-1.45	1.24	1.16-1.33	1.57	1.47-1.69
3. MORTALITA'							
a	1	1.85	1.42-2.40	1.50	1.24-1.82	2.88	2.47-3.35
b	1	1.55	1.10-2.16	1.15	0.86-1.53	1.47	1.19-1.82

A: ORs grezzi

1.b: ORs stimati con regressione logistica condizionale, appaiando per APR-DGR e standardizzati per età, sesso, residenza, stato civile, cittadinanza, anno di dimissione, severità, tipo di ricovero (medicochirurgico)

2.b: come 1.b, ma sostituendo la severità con la modalità di ricovero

3.b: Ors stimati con regressione logistica non condizionale, standardizzati per età, sesso, residenza, stato civile, cittadinanza, anno di dimissione, severità, tipo di ricovero (medicochirurgico), modalità di ricovero e mortalità attesa (specificata per APR-DRG e sottoclasse di rischio)



?

provoca

indifferente

disoccupazione


è causata da
compromissione di

salute

causa
compromissione di



Fattori che interagiscono

- 
- povertà
 - supporto sociale
 - istruzione
 - classe sociale
 - genere
 - età
 - area deprivata
 - diffusione di disoccupazione locale
 - coinvolgimento in lavoro
 - vulnerabilità personale



Effetti misurati su salute mentale

- autostima
- stress
- soddisfazione vita
- depressione
- perdita speranza
- impegno al lavoro
- concordia familiare e sociale
- modificazione stili di vita
- abuso sostanze
- suicidio
- malattie somatiche
- domande



Interventi di promozione di salute (mentale):

55 modelli di buone pratiche centrate sullo sviluppo di capacità:

- senso di sicurezza
- autonomia personale
- adattabilità
- capacità di far fronte agli stress
- capacità di creare e sostenere relazioni intime
- autoconsapevolezza
- autostima
- attenzione agli altri
- capacità di relazione
- responsabilità sociale
- tolleranza
- solidarietà
- spirito di cooperazione
- comunicazione



Effetti dannosi di disoccupazione
ben dimostrati su salute mentale e salute fisica

● ● ● ●

Molto povera la ricerca
sull'efficacia degli interventi di controllo

reimpiego

effetti favorevoli

cantieri di lavoro "workfare"

interventi di promozione
della salute

Mediatori di effetto disoccupazione-salute

Beneficio atteso da "workfare"

Povert�	NO
Struttura tempo	SI
Cotatti extrafamiliari	SI
Senso utilit�	SI
Regolarit� anziani	SI
Senso impegno	SI
Disoccupazione lunga	SI
Senso determinazione	NO?
Stato sociale	NO?
Opportunit� professionali	NO?
Limitazione stigma	NO?

(Richard Smith, Bmj 1993)



Politiche per il miglioramento delle condizioni di vita e di salute dei disoccupati

Politica "Poor smokers" (Inghilterra)

Sostegno psicologico ai disoccupati perché smettano di fumare;
somministrazione gratuita di terapia nicotinic sostitutiva

Efficacia **Successo**


Politica misure di prevenzione delle condotte suicidarie (Inghilterra)

- Follow up dei soggetti che hanno tentato il suicidio
- Formazione dei medici di base per diagnosi precoce

Efficacia **Non valutata**



Conclusioni

- 
- salute come obiettivo esplicito e responsabilità di?
 - valutare
 - cooperazione tra attori
 - coinvolgimento pubblico
 - strumenti supporto / consultazione / counselling
 - attenzione al disegno e all'organizzazione del posto di lavoro (fase 1 e 3)
 - ricerca e supporto per soluzioni innovative
 - informazione per disseminazione buone pratiche