



POLITICHE **PIEMONTE**

SALUTE E SOCIETÀ

20

INDICE

NUMERO CURATO DA ROBERTO *CARDACI*

- EDITORIALE
SALUTE E SOCIETÀ
DI ROBERTO CARDACI..... 3

- LAVORO, NON LAVORO E SALUTE
DI GABRIELLA VIBERTI 5

- DISOCCUPAZIONE E SALUTE IN PIEMONTE
DI ANGELO D'ERRICO E GIUSEPPE COSTA 10

- NON SOLO PILLOLE.
LE POLITICHE DI PROMOZIONE DELLA CITTADINANZA DEI PAZIENTI PSICHIATRICI IN
PIEMONTE
DI MARIO CARDANO 19

- IL DISAGIO PSICHICO DEI LAVORATORI PRECARI IN PIEMONTE. UNA
RICERCA SUL CAMPO
DI ROBERTO CARDACI..... 23

- CALL CENTER E STRESS LAVORO CORRELATO: I PRINCIPALI
RISULTATI DI UNA RICERCA
DI ALBERTO ROSSATI E CECILIA PUCA 29

- L'ESPERIENZA DI UNA BUONA PRATICA: I GRUPPI DI "AUTO AIUTO
LAVORO"
DI CORRADO MANDREOLI E MASSIMO CIRRI..... 33

EDITORIALE

Salute e società.

di Roberto Cardaci – Responsabile settore ricerca Cooperativa Solaris

Il rapporto tra le condizioni in cui operano i lavoratori nelle imprese e la loro salute fisica e mentale ha interessato la storia dell'industria europea fin da quando Engels scrisse il celebre trattato sulla condizione degli operai a Manchester nel XIX Secolo.

In tempi più recenti, negli anni Sessanta e Settanta del secolo scorso, il problema della salute dei lavoratori nelle fabbriche italiane, che vivevano la parabola ascendente del *boom* economico del secondo dopoguerra, emerse con notevole evidenza, per quanto riguardava sia le condizioni fisiche dei lavoratori, sia la loro salute mentale, elemento rilevante che si accompagnava al tema della alienazione vissuta in fabbrica.

Se infortuni, malattie da lavoro, tumori interessavano la Medicina del lavoro, gli esaurimenti nervosi e l'aggressività di chi, dopo una vita di lavoro agricolo e artigianale, non si adattava ai tempi ed ai ritmi delle fabbriche e veniva ricoverato *sine die* negli ospedali Psichiatrici - i Manicomi della vulgata popolare - era oggetto di analisi e studi di quei rari psichiatri "d'avanguardia" che si prendevano cura dei degenti nei reparti, ove il danno istituzionale dell'internamento non consentiva per loro nessuna terapia efficace né tantomeno il ritorno, salvo rarissimi casi, ad un vita sociale.

Dopo la crisi degli anni Ottanta del XX Secolo, la globalizzazione e la crisi finanziaria del 2008 l'orizzonte del lavoro muta radicalmente: disoccupazione, cassa integrazione, mobilità, precariato - e di recente, il diventare "esodati" - dei lavoratori modificano radicalmente il rapporto tra salute mentale ed alienazione da lavoro: compare, infatti, nella vita già socialmente disagiata di milioni di persone che vivono la sofferenza

occupazionale, anche il disagio psichico da "non lavoro".

In Piemonte, una volta cuore pulsante dell'industria italiana, è una condizione che interessò i cassaintegrati - per primi quelli della FIAT - e poi i precari, costringendo gli studiosi del fenomeno a elaborare nuove modalità di analisi di questa forma di sofferenza psichica, che, nei decenni precedenti, era studiata solo in paesi anglosassoni, e circoscritta al disagio psichico dei disoccupati.

Ma essere cassaintegrati e precari e vivere il disagio psichico comportava la necessità di altri modelli di analisi, e soprattutto comporta la risposta alla faticosa domanda: "Che fare?", soprattutto se il legame tra disagio psichico e sofferenza occupazionale è ancora significativo di come il "non lavorare" comporti l'insorgenza di disagio psichico, come si evince dall'intervento puntuale di Giuseppe Costa e Angelo D'Errico, di Gabriella Viberti, (più incentrati sul rapporto salute mentale-disoccupazione) e da quello di Roberto Cardaci (per quanto riguarda il precariato).

Per un intervento efficace di superamento del malessere, oltre alla presa in carico dei Servizi Psichiatrici (ripercorrendo la storia degli ex degenti degli Ospedali Psichiatrici che trovarono nel lavoro la via per uscir dalla loro situazione di disagio anche sociale) il ritornare nel mondo del lavoro è certamente una via percorribile per aiutare chi, in sofferenza occupazionale vive anche situazioni di disagio psichico. E' dimostrato, in questo numero, dalle Ricerche di Cardano e Cardaci, che individuano nell'inserimento lavorativo e negli interventi di Rete territoriale uno strumento efficace per consentire a chi vive il disagio psichico da sofferenza occupazionale di migliorare la propria condizione non solo psicologica, ma anche sociale. E allora cosa si aspetta a utilizzare e mobilitare, in una fase di scarse risorse, i lavoratori in cassa-integrazione? Perché non rispondere alla crisi liberando, attraverso un piano

nazionale dell'occupazione, le risorse umane che la crisi stessa ha liberato?

Partendo da un punto di attacco alla "depressione economica e mentale" una serie di interventi specifici e puntuali vanno considerati. Qui mostriamo una "buona pratica" preventiva: una rete di sostegno psicologico, oltre che umano, , come si evince dall'intervento di Corrado Mandreoli e Massimo Cirri, uscendo dai confini del Piemonte, che rende conto dell'esperienza messa in atto a Milano.

Interventi di prevenzione che devono essere individuati nelle loro forme più efficaci, se anche la nuova forma di lavoro che fornisce opportunità occupazionali, seppur in modo precario e contraddittorio, quello dei Call Center,

destinati a rimanere come servizi essenziali per la comunicazione tra utenti/clienti da un lato e prestatori di servizi dall'altro anche nell'epoca della informatizzazione e della telematica, comporta uno *stress* psicologico notevole, come Alberto Rossati ha dimostrato in una recente ricerca e viene riportato in questo numero. Cambiare si può, occorre volerlo.

LAVORO, NON LAVORO E SALUTE¹

di Gabriella Viberti - Economista Sanitaria

1. Le caratteristiche e le dimensioni del problema

La salute, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, rappresenta "...non soltanto l'assenza di malattia o infermità, ma piuttosto uno stato di benessere fisico, mentale e sociale...". Con questa definizione si ribadisce l'importanza del benessere psicologico in uno stato di buona salute fisica dell'individuo: senza benessere psicologico e salute mentale non può esistere benessere fisico.

In questo contesto è ormai acquisita la consapevolezza dell'enorme estensione del fenomeno della sofferenza mentale, che si ripercuote sulla qualità della vita delle persone e delle loro famiglie e impone elevati costi, diretti e indiretti, alla società.

In particolare, secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, oggi soffrono di disturbi mentali 450 milioni di persone e sono depresse circa 330 milioni di persone al mondo. In Italia, complessivamente l'8% della popolazione in età compresa tra 18 e 69 anni è risultata classificabile come persona con sintomi di depressione e le donne hanno riferito sintomi depressivi in percentuale doppia rispetto agli uomini (11% contro 5%, cfr De Girolamo et al., 2005).

A livello globale, raggruppando la disabilità e la mortalità, la depressione rappresenta la terza causa di carico di malattia per le popolazioni, prima della malattia cardiaca, dell'ischemia e delle malattie cardiovascolari. Secondo le previsioni, nel 2030 la depressione rappresenterà la prima causa di disabilità nel mondo (Mathers&Loncar, 2006).

Purtroppo, nella maggior parte del mondo la salute mentale non viene considerata importante quanto la salute fisica, con i risultati di aumentare il divario tra bisogni e trattamenti. Il budget per la salute mentale è ancora ridotto: studi inglesi evidenziano come depressione e ansietà, benché rappresentino un terzo delle disabilità, attraggano solamente il 2% della spesa del servizio sanitario (London School of Economics, 2006); il Piemonte destina alla salute mentale poco più del 3% della spesa sostenuta per il Servizio sanitario regionale.

Il tema del disagio mentale, peraltro, ha contorni ancora molto sfumati. Ci troviamo di fronte a un campo non ancora compiutamente codificato: i sistemi di codifica si aggiornano periodicamente tra le reazioni e le critiche della comunità scientifica, si veda per tutti il dibattito in corso legato all'introduzione del nuovo sistema di classificazione delle diverse tipologie del disagio mentale – DSM 5 – secondo alcuni troppo spinto ad accogliere l'introduzione di nuovi farmaci, dato il progressivo aumento delle sindromi censite. Tutto questo rende più complicata la possibilità di individuare risposte efficaci e confini specifici.

L'attuale periodo di crisi economica, ancora, con le conseguenti necessità di contenimento dei costi e delle risorse dedicate, amplifica la dimensione e la percezione del problema, trasformando il disagio psicologico e mentale in un fenomeno di massa, specie per la diffusione dei disturbi cosiddetti "minori", come stress, ansia e depressione.

2. Salute mentale come fattore economico

In un più ampio scenario sociale si sottolinea come i disordini psicologici possano avere effetti economici significativi: i costi della salute mentale (Ocse, 2010) incidono nell'ordine del 3 – 4 % sul PIL europeo, anche senza contare problemi correlati, quali quelli di co-morbilità o di devianza. Si tratta in genere di costi duraturi nel tempo, riferiti a patologie nelle quali i pazienti possono incorrere anche per lunghi periodi della loro vita.

In molti paesi europei circa un terzo dei nuovi sussidi per la disabilità è destinato a persone con problemi di salute mentale, con una percentuale in crescita, mentre una considerevole parte dei casi di assenteismo dal lavoro è provocata da stress, ansia e depressione e disordini correlati (cfr. Atti convegno Ocse, 2010): per esempio, è stato stimato che 31,9 milioni di giornate di lavoro perse in Francia nel 2000 siano dovute alla depressione (Bejean e Sultan Taieb 2005), mentre in Gran Bretagna

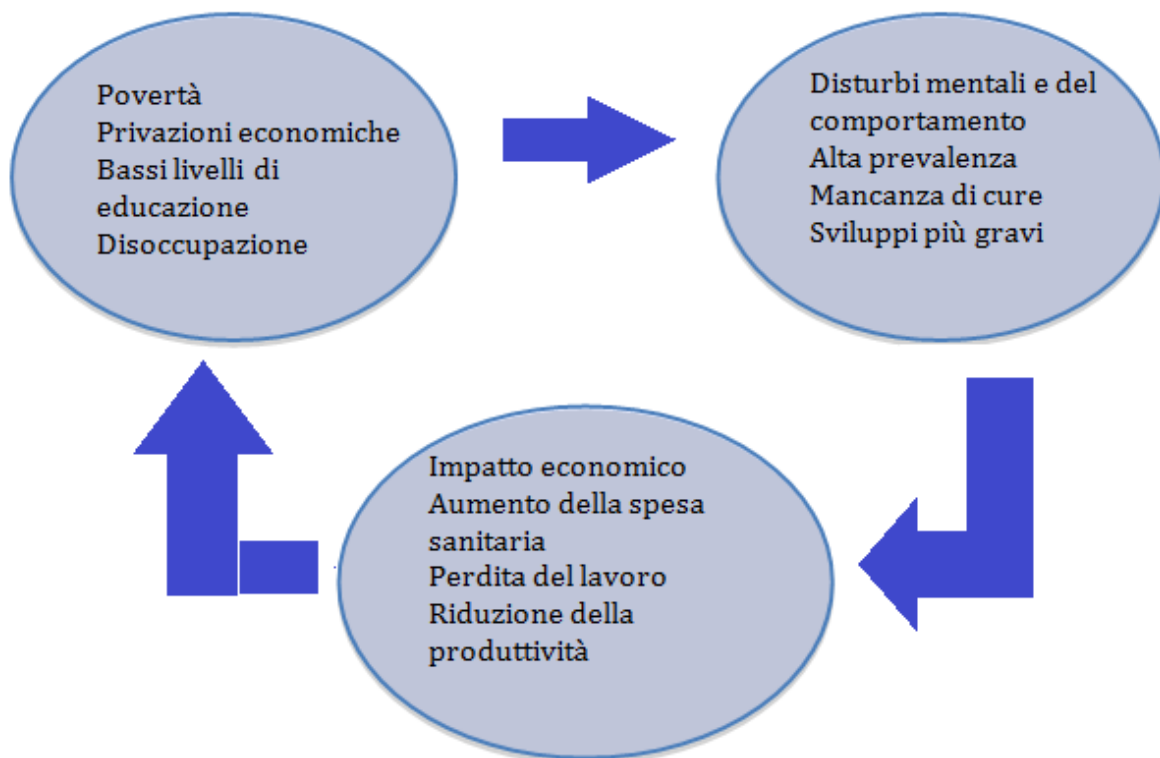
¹ Il lavoro rappresenta una sintesi della ricerca "Disagio psicologico. Diffusione, fattori di rischio, prevenzione e cura", promossa e finanziata dalla Fondazione CRC e coordinata dal Centro Studi nell'ambito della propria attività di ricerca socio-economica sul territorio provinciale e recentemente pubblicata nel Quaderno n. 17 della Fondazione

le giornate di lavoro perse legate a stress, depressione e ansia, sono state stimate, nel 2009, in 11,4 milioni (Health and Safety Executive 2009).

Tutto questo a riprova del fatto che il benessere mentale non riguarda soltanto l'ambito sanitario, ma anche quello sociale ed economico: chi ha problemi di salute mentale spesso ha anche problemi di salute fisica, fuma e/o abusa di sostanze, spesso non lavora o è precario e i suoi introiti sono significativamente minori a quelli della media della popolazione (si veda a questo proposito Liuzzi, 2010).

Il disagio mentale coinvolge trasversalmente tutti gli strati della popolazione, ma lascia esposti al rischio di sofferenza i soggetti e i gruppi più deboli. I periodi di crisi economica, che espongono a problemi economici fasce più ampie di popolazione, amplificano la percezione di malessere mentale, in una relazione che lo schema che segue, predisposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, illustra in modo efficace (OMS, 2001).

Figura 1. La cattura depressiva (personale, sociale ed economica)



La letteratura dei paesi maggiormente colpiti dalla crisi esemplifica tale tipologia di relazioni.

Un recente articolo pubblicato su *Lancet* (Kentikelenis A. et al, 2011), descrive i cambiamenti nella salute e nel sistema di assistenza sanitaria avvenuti in Grecia a seguito della crisi: il 2009 vede, rispetto al 2007 (periodo precedente alla crisi), un peggioramento della salute, soprattutto tra i gruppi più vulnerabili. Si registra, per esempio, un aumento nel numero delle persone che dicono di stare "male" o "molto male"; i suicidi sono aumentati del 17% tra il 2007 e il 2009 (il dato non ufficiale per il 2010 stima un aumento del 25% sul dato del 2009). Secondo il Ministero della Sanità, il tasso di suicidi è cresciuto di un ulteriore 40% nella sola prima metà del 2011, rispetto allo stesso periodo del 2010.

In Italia una recente ricerca (De Voglie et al., 2012) ha analizzato le tendenze temporali dei dati sui suicidi e tentati suicidi per motivi economici tra il 2000 e il 2010, evidenziando come, nonostante sia i suicidi sia i tentati suicidi per motivi economici fossero in aumento già prima dell'inizio della crisi finanziaria, dal 2008 in poi siano cresciuti a un ritmo più rapido. Tali dati, di carattere preliminare,

(necessitanti di ulteriori approfondimenti a livello regionale per valutare in modo più preciso gli effetti della depressione sui problemi di salute mentale in Italia) evidenziano in ogni caso gli elevati costi umani imposti dalla recessione.

3. I fattori che proteggono la salute mentale e i fattori di rischio

La salute mentale è condizionata da fattori socio economici e ambientali, distinguibili in fattori protettivi e di rischio, come evidenzia la tabella che è un adattamento da un lavoro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sul rapporto tra crisi economica e depressione (OMS, 2011).

Tabella 1. Fattori determinanti la salute mentale della popolazione

Fattori protettivi	Fattori di rischio
Tutela materna infantile	Denutrizione infantile, abusi, scarse relazioni tra familiari, trasmissione intergenerazionale dei problemi di salute mentale
Stili di vita salutari	Abuso di alcol e uso di sostanze stupefacenti
Sicurezza nei luoghi di lavoro e di vita	Disoccupazione, insicurezza sul lavoro, stress da lavoro
Capitale sociale e protezione del sistema di welfare	Povertà, scarsa educazione, deprivazione, debito elevato

Fonte: elaborazione propria da Oms 2011

Quindi lavoro, stili di vita salutari, capitale sociale e tutele del welfare influenzano positivamente la salute mentale, mentre povertà, deprivazione, disoccupazione, abuso di alcol e sostanze stupefacenti rappresentano fattori di rischio. Alcuni studi condotti confermano questi assunti (si vedano a questo proposito Fryers T. et al, 2005 Durlak J.A. et al, 1997). Altri studi evidenziano come i problemi di salute mentale contribuiscano in modo significativo alle ineguaglianze in Europa, che crescono nei periodi di crisi. La crisi colpisce maggiormente le persone fragili: esperienze condotte hanno dimostrato che le persone con esperienze di disoccupazione, difficoltà finanziarie, separazioni familiari, hanno un rischio significativamente più elevato di incorrere in problemi di salute mentale, come depressione, alcol e suicidi. Nei paesi dell'Unione europea gli elevati incrementi della disoccupazione degli ultimi anni di crisi hanno dato luogo a un incremento del 28% delle morti correlate all'utilizzo di alcol (Stuckler D. et al, 2011).

4. Le risposte

Come si è visto, le forme del disagio legato ai disturbi mentali minori sono molteplici e complesse, da cogliere e rappresentare. La stessa complessità si rileva nel leggere le risposte che vengono fornite all'emergenza del fenomeno, a vario titolo, dal Servizio sanitario pubblico, ma anche dal settore privato e dai singoli individui sotto forma di autoconsumo di psicofarmaci.

In questo quadro, un fenomeno rilevante è rappresentato dall'utilizzo crescente di farmaci antidepressivi. Benchè un trattamento basato solo sui farmaci venga considerato solo parzialmente efficace (Ivbijaro G. et al., 2008), data la bassa percentuale osservata di remissioni (solo il 30% dei casi trattati risponde con una remissione) e l'elevata percentuale osservata di ricadute (le ricadute osservate rappresentano il 50% dei casi), il loro consumo rappresenta di fatto, oggi, la risposta primaria al problema 'depressione' ed è aumentato vertiginosamente negli ultimi anni, anche in Italia. In Piemonte il consumo di antidepressivi è aumentato ad un ritmo superiore rispetto a quello medio nazionale, con un incremento del 144 % negli ultimi 10 anni a fronte dell'incremento medio nazionale del 120 %.

Le risposte del Servizio Sanitario pubblico, peraltro, si sono rilevate sino ad oggi inadeguate a fronteggiare il problema e i centri di salute mentale presenti nelle ASL del Servizio sanitario nazionale e regionale, organizzati per dare risposte ai pazienti affetti da disturbi psicotici, sono costretti ad occuparsi sempre più di persone affette da disturbi non psicotici, per 2/3 circa della loro utenza.

Nella carenza di dati utili ad illuminare compiutamente il fenomeno, una rilevazione condotta nel 2009 in Piemonte evidenzia una dotazione limitata di psicologi nelle Asl piemontesi, sia rispetto ai dipendenti totali - gli psicologi rappresentano lo 0,88 % del personale delle Asl - sia rispetto alla popolazione complessivamente residente - 2,82 psicologi ogni 10.000 residenti.

In questa prospettiva, la rassegna recentemente condotta dalla **Fondazione Crc di Cuneo** (Fondazione CRC, Disagio psicologico. Diffusione, fattori di rischio, prevenzione e cura, Quaderno 17, Cuneo, 2013), a scala regionale e nazionale, sulle risposte all'incremento della diffusione del disagio psicologico, ha rilevato significative esperienze innovative. Sebbene perlopiù in fase iniziale e sperimentale esse richiedono tuttavia attente valutazioni e maggiori investimenti per una loro adozione sistematica e adeguata all'emergere dei bisogni evidenziati.

Le competenze e le conoscenze già maturate in queste sperimentazioni possono costituire la base per avviare a sviluppare anche a scala provinciale i Progetti a maggior potenziale, quali la Collaborative care, gli Psicologi in farmacia, i Centri di ascolto,, i Gruppi di auto aiuto e gli Interventi nei luoghi di lavoro, in una prospettiva di sistema orientata verso alcuni presupposti fondamentali:

- L'integrazione tra dimensioni mediche, psicologiche e sociali delle terapie,
- la centralità e l'ascolto dei pazienti,
- l'apporto di tutte le componenti della comunità (dal mondo del lavoro ai luoghi deputati all'educazione...).

Più in generale, come condizioni di contesto necessarie a qualsiasi progettualità, si richiede il riconoscimento di questa problematica come fattore decisivo per il benessere personale e sociale, un costante approfondimento e aggiornamento teorico e concettuale sulla natura e sulla diffusione di questi disturbi, e, non ultime, iniziative di informazione e sensibilizzazione ad ampio raggio in una molteplicità di contesti sociali e comunitari.

Per approfondimenti:

<http://www.fondazionecrc.it/index.php/centro-studi-e-comunicazione/i-quaderni1/quaderno-n-17>

Bibliografia

Bejean S., Sultan-Taieb H. (2005), Modelling the economic burden of diseases imputable to stress at work, in *European Journal of Health Economics*, n. 50, pg. 16-23

De Girolamo G., Polidori G., Morosini P., Mazzi F., Serra G., Scarpino V., Reda V., Visonà G., Falsirollo F., Rossi A. (2005), Prevalenza dei disturbi mentali comuni in Italia, fattori di rischio, stato di salute ed uso dei servizi sanitari: il progetto ESEMeD-WMH, in *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, n. 14 (4 Suppl.), pg. 1-4.

De Voglie R., Marmot M., Stuckler D. (2012), Excess suicides and attempted suicides in Italy attributable to the great depression, in *Journal of Epidemiology and Community Health*, Agosto

Durlak J.A., Wells A.M. (1997), Primary prevention mental health programs for children and adolescents: a meta-analytic review. in *American Journal of Community Psychology*, n. 25, pg. 115-152

Fryers T., Melzer D., Jenkins R., (2005), The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe, in *Clinical Practice in Epidemiology and Mental Health*, n. 5, pg. 1-14

Health and Safety Executive (2009), Self Reported work related illness and workplace injuries in 2008-09: results from the Labour Force Survey, London

Ivbijaro G., Kolkiewicz L., Lionis C., Svab I., Cohen A., Sartorius N., (2008), Primary Care mental health and Alma Ata: from evidence to action, in *Mental Health in Family Medicine*, n. 5, pg. 67-69

Kentikelenis A., Karanikolos M., Papanicolas I., Basu S., McKee M., Stuckler D. (2011), Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy, in *The Lancet*, Vol 378, October 22

Liuzzi M., *Psicologia di Cure Primarie*, Prima edizioni, 2010

London School of Economics, Centre for Economic Performance (2006), *The Depression Report*, London

Mathers C.D., Loncar D. (2006), *Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030*, in www.plosmedicine.org

OECD Expert Meeting (2010), *Mental health, disability and work*, Parigi, 26-28 aprile, Atti

OMS (2001), *Rapporto sulla salute mentale nel mondo. Salute mentale: Nuova visione, nuove speranze*, Regional Office for Europe of WHO, Copenhagen

Stuckler D., Basu S., Suhrcke M. et al. (2009), *Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data*, in *Lancet* 2011, n. 378

DISOCCUPAZIONE E SALUTE IN PIEMONTE

di Angelo d'Errico² - ASL TO3 e Giuseppe Costa³ Università degli Studi di Torino

1. Introduzione

Il lavoro è considerato un elemento centrale nella vita delle persone, sia perché generalmente è la loro principale fonte di reddito, sia perché svolge un ruolo essenziale nel determinare lo stato socioeconomico dell'individuo, che a sua volta è stato identificato come uno dei più importanti determinanti della salute e delle disuguaglianze di salute (Marmot, 2005).

Fin dai tempi della Grande Depressione, una notevole mole di studi ha esaminato l'impatto della disoccupazione sulla salute, evidenziando eccessi di morbosità e mortalità per varie patologie a carico dei disoccupati. Negli ultimi decenni la disoccupazione è stata trovata associata sia ad un aumento della mortalità generale (Moser et al., 1987; Iversen et al., 1987; Jin et al., 1995; Roelfs et al., 2011), sia ad eccessi di specifiche patologie, tra cui malattie cardiovascolari (Martikainen, 1990; Morris et al., 1994; Gallo et al., 2004), suicidi (Gerdtham&Johannesson, 2003; Voss et al., 2004), disturbi mentali, soprattutto ansia e depressione (Morrell et al., 1998; Fryers et al., 2003; Sermet&Khlal, 2004), e malattie respiratorie, in particolare cancro del polmone (Martikainen, 1990; Lynge& Andersen, 1997; Taskila-Abrandt et al., 2005) e broncopneumopatia cronica ostruttiva (Kogevinas et al., 1998).

Rimane ancora controversa la questione se la disoccupazione abbia una relazione causale con gli incrementi della mortalità e della morbosità evidenziati negli studi citati sopra, dato che molti degli studi di morbosità condotti sui disoccupati, soprattutto quelli sulla salute mentale, erano di tipo trasversale, in cui veniva confrontata la prevalenza di disturbi/malattie tra disoccupati e occupati. In questo tipo di studi è difficile escludere che le differenze nello stato di salute tra disoccupati e occupati si siano piuttosto originate in periodi precedenti alla disoccupazione, selezionando i lavoratori con un peggiore stato di salute fuori dal mercato del lavoro. Diversi studi hanno effettivamente mostrato che soggetti affetti da malattie hanno una maggiore probabilità di diventare e rimanere disoccupati (Bartley& Owen, 1996; Bockerman&Ilmakunnas, 2009). Inoltre, anche negli studi longitudinali l'assenza di aggiustamento per lo stato di salute all'inizio del follow-up e per condizione socioeconomica può aver prodotto risultati falsamente positivi, dal momento che la gran parte dei disoccupati appartiene alle classi sociali più basse.

Tuttavia, almeno riguardo alla mortalità, una recente meta-analisi dei risultati di 42 studi condotti su questo tema ha stimato che anche gli studi che avevano controllato in analisi per lo stato di salute o per l'esposizione a stili di vita insalubri nel periodo precedente alla disoccupazione avevano trovato un eccesso di rischio di morte superiore al 50% a carico dei disoccupati, rispetto agli occupati (Roelf et al., 2011).

2. Lavoro e salute mentale

Riguardo alla salute mentale, le due principali revisioni di letteratura su disoccupazione e disturbi mentali hanno concluso che i disoccupati hanno una prevalenza di disturbi psicologici doppia di quella degli occupati (McKee-Ryan et al., 2005; Paul & Moser, 2009), con le maggiori differenze osservate negli studi che comprendevano soprattutto maschi, lavoratori manuali, disoccupati di lungo periodo e condotti in paesi con deboli sistemi di protezione sociale nei confronti della disoccupazione. Nonostante la maggior parte degli studi inclusi in queste revisioni di letteratura fosse trasversale, e quindi non permettesse di accertare la presenza di effetti di selezione dovuti a un basso livello di benessere mentale pre-disoccupazione, nella revisione di Paul & Moser (2009) erano inclusi anche numerosi studi longitudinali in cui i soggetti erano stati seguiti nel passaggio da occupazione a disoccupazione o viceversa; i risultati dell'analisi complessiva (meta-analisi) dei risultati degli studi inclusi nella revisione mostravano un significativo aumento dei disturbi psicologici negli individui che da occupati diventavano disoccupati (+20%), insieme ad una significativa riduzione dei disturbi nel passaggio da disoccupazione a reimpiego (-42%), cosa che supporterebbe l'esistenza di una relazione causale tra disoccupazione e salute mentale. In questo studio è stata anche evidenziata la presenza di un

² Servizio Sovrazonale di Epidemiologia – ASL TO3, Regione Piemonte

³ Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche, Università degli Studi di Torino

moderato effetto di selezione della scarsa salute mentale verso la disoccupazione, ma non di entità tale da oscurare l'effetto diretto di quest'ultima. Inoltre, la revisione di McKee-Ryan et al. (2005) ha identificato che le caratteristiche distintive dei soggetti che durante la disoccupazione presentavano migliore salute mentale erano: minori difficoltà finanziarie, minore apprezzamento negativo dell'essere disoccupati, maggiore autostima, controllo e ottimismo, non essere fortemente identificati con il proprio lavoro e non avere un coniuge o altri familiari che li rimproverano per la loro condizione.

Anche per i suicidi, vi è una forte e consistente evidenza che la disoccupazione ne aumenti il rischio (vedi le revisioni di: Jin et al., 1995; Stack, 2000; Milner et al., 2013), probabilmente attraverso un meccanismo che vedrebbe i disturbi mentali, e in particolare la depressione, come fattore di intermediazione (Li et al., 2011). Uno studio britannico ha stimato che l'aumento del 10% nel numero di disoccupati farebbe aumentare dell'1,4% il numero di suicidi tra gli uomini, cosa che indicherebbe che circa il 40% dell'aumento di suicidi maschili avvenuti durante la recessione del 2008-2010 in Gran Bretagna sarebbero attribuibili all'aumento della disoccupazione (Barr et al., 2012).

L'effetto negativo della disoccupazione sulla salute sarebbe maggiore tra i soggetti appartenenti alle classi sociali più svantaggiate, che da un lato non possiedono beni o altre fonti di reddito che permettano loro di compensare la mancanza di redditi da lavoro, dall'altra hanno meno credenziali educative e competenze professionali che ne favoriscano la possibilità di rioccupazione.

I sistemi di welfare nazionali e le politiche di supporto alla disoccupazione giocherebbero un ruolo nel moderare gli effetti negativi della disoccupazione sulla salute, essendo stato riscontrato che questi sarebbero minori in paesi con sistemi di supporto finanziario più generosi (Jantti et al., 2000; Bambra&Eikemo, 2009). Inoltre, gli effetti della disoccupazione sarebbero ridotti nei periodi di crisi economica o in aree deprivate caratterizzate da alti tassi di disoccupazione, cosa che è stata interpretata come dovuta a un minor stigma sociale della disoccupazione quando la proporzione di disoccupati è elevata (Martikainen et al., 2007; Whitehead et al., 2005).

3. Povertà e salute mentale

Tre principali meccanismi sono stati invocati per spiegare la relazione tra disoccupazione e salute: povertà, stress e comportamenti insalubri.

Riguardo alla povertà, molti studi suggeriscono che gli effetti della disoccupazione sulla salute siano dovuti principalmente a problemi finanziari. Per esempio, nello studio longitudinale britannico su un campione di popolazione nato nel 1946 la relazione tra disoccupazione e disturbi mentali si attenuava o scompariva in entrambi i sessi dopo aver controllato per il livello di difficoltà finanziarie della famiglia (Rodgers, 1991). Anche in uno studio condotto negli USA è stato osservato che lo stress finanziario era il fattore che mediava maggiormente la relazione tra disoccupazione e cattivo stato di salute, in misura molto maggiore della ridotta integrazione sociale o del numero di eventi di vita negativi (Kessler et al., 1988). A differenza degli studi condotti dopo la grande depressione, quando la disoccupazione comportava condizioni di grave povertà assoluta, caratterizzata da malnutrizione o denutrizione, mancanza di abbigliamento adeguato, mancanza di riscaldamento, servizi igienici e acqua potabile nelle abitazioni, la povertà dovuta alla disoccupazione negli anni più recenti nei paesi industrializzati sarebbe più di tipo relativo, cioè legata allo stress psicologico derivante dalla scarsità di denaro per la piena partecipazione alle normali attività di vita sociale del nucleo familiare.

La ricerca ha effettivamente mostrato che la perdita del lavoro è un evento molto stressante, che può essere considerato come una forma di lutto. L'effetto negativo della disoccupazione sulla salute, in particolare sul benessere psicologico, è stato interpretato alla luce di diverse teorie, di cui la più importante è quella del "modello di deprivazione latente" di Jahoda (1982), che propone che il lavoro fornisca agli individui benefici sia manifesti, come il reddito, sia latenti, tra cui la strutturazione del tempo quotidiano, contatti sociali, autostima, rispetto degli altri, attività fisica e mentale, condivisione di obiettivi. Secondo questa teoria, i disoccupati avrebbero una salute mentale peggiore perché privati di questi benefici connessi con l'attività lavorativa, mentre il peggioramento della salute fisica insorgerebbe in tempi più lunghi e sarebbe dovuto principalmente all'azione dell'ansia cronica sull'organismo. A supporto dell'ipotesi che gli effetti negativi della disoccupazione siano legati al suo effetto stressogeno, più che alla povertà di beni materiali, alcuni studi condotti in Scandinavia, dove i sussidi di

disoccupazione compensano quasi completamente la mancanza di reddito dovuto alla perdita del lavoro, mostrano da un lato che i disoccupati che riportavano alti livelli di attività e di contatti sociali avevano un maggiore benessere mentale (Isaksson, 1989), dall'altro, che, dopo essere stati reimpiegati, la loro salute mentale migliorava significativamente, indipendentemente dalle loro condizioni economiche prima e dopo il periodo di disoccupazione (Lahelma, 1992).

Molte ricerche hanno riscontrato che la disoccupazione è associata a comportamenti insalubri per la salute, come il fumo di tabacco, l'alcol e l'inattività fisica, nonostante sia ancora controverso se questi comportamenti precedano o seguano la perdita del lavoro. In diversi studi, tra i disoccupati è stato trovato un aumento del consumo di alcol o tabacco, soprattutto tra gli uomini, le persone meno istruite e i giovani (Hammarstrom&Janlert, 2003; Virtanen et al., 2008; Falba et al., 2005), ma questi risultati non appaiono interamente consistenti tra gli studi, mentre è piuttosto consolidata l'osservazione che durante i periodi di disoccupazione i fumatori hanno maggiori difficoltà a smettere di fumare (Lee et al., 1991; Weden et al., 2006).

Inoltre, è stato rilevato che un episodio di disoccupazione non è solo un intermezzo tra periodi di lavoro che non ha effetti quando è terminato, ma che la perdita del lavoro può innescare una serie di eventi di vita negativi che continuano anche dopo il reimpiego. Per esempio, lo studio di Price et al. (2002) suggerisce che la disoccupazione produca una catena di eventi avversi che hanno come punto di partenza le difficoltà finanziarie: queste aumenterebbero il rischio di depressione, che a sua volta aumenterebbe il senso di impotenza degli individui e ridurrebbe il senso di controllo sulla loro vita, con la conseguenza di un peggioramento della salute e dello stato emotivo.

Il rischio di disoccupazione non è uniformemente distribuito, ma è invece concentrato su una porzione relativamente piccola dei soggetti attivi economicamente ed è stato dimostrato che un primo episodio di disoccupazione da un lato fa accrescere notevolmente la probabilità di averne uno successivo (Sinfield, 1981), dall'altro induce i lavoratori, a causa delle minori opportunità di reimpiego, a rioccuparsi in occupazioni caratterizzate da peggiori condizioni di lavoro e di retribuzione (Leombruni, 2012).

4. Crisi economica e salute

Le minori possibilità di occupazione dovute alla situazione di crisi economica che l'Italia sta vivendo (Farreret al., 2011) si traducono innanzitutto in un aumento della disoccupazione e nell'allungamento della sua durata, ma anche nel fenomeno degli scoraggiati, di persone cioè che, non avendo o non percependo la possibilità di un impiego dignitoso, non lo ricercano più, ritirandosi dal mercato del lavoro. Le persone più vulnerabili al rischio di disoccupazione sono ovunque i più giovani e i più anziani, meno qualificati, di basso titolo di studio, maschi.

Per alcune categorie di occupati si osserva un deterioramento anche nei livelli retributivi e nella loro continuità nel tempo, particolarmente rilevante per i lavoratori precari e autonomi, nonché minori livelli di soddisfazione e realizzazione personale, legati alle maggiori difficoltà, in tempi di crisi, nel trovare un impiego che corrisponda alle proprie esperienze e competenze. Le persone più vulnerabili a questi rischi sono nuovamente i giovani e i lavoratori meno qualificati, ancor più se immigrati.

La crisi, indebolendo la crescita economica e il lavoro, influenza innanzitutto il principale fattore di rischio materiale per la salute, ovvero il reddito, come testimoniato dalla relazione annuale della Banca d'Italia, che ha descritto la netta diminuzione della ricchezza e del potere d'acquisto vissuta dalle famiglie italiane nel 2010 e nel 2011 (Banca d'Italia, 2012). In questo senso, uno dei sintomi più gravi e preoccupanti dell'impatto delle crisi economiche, anche per i gravi rischi per la salute che ne derivano, è l'aumento della povertà sia in termini assoluti (reddito al di sotto di una soglia ritenuta minima per garantire condizioni di vita sana), sia relativi (reddito inferiore ad una determinata quota del reddito mediano nazionale).

Anche la minaccia di perdita del lavoro pare avere conseguenze sulla salute e i suoi effetti sarebbero modificati dallo stato del mercato del lavoro e dal grado di ri-occupabilità dei lavoratori. La ricerca sugli effetti sulla salute della minaccia di disoccupazione ha mostrato in modo consistente aumenti del rischio di disturbi mentali (Rugulies et al., 2006; Swaen et al., 2004; D'Souza et al., 2003) e di scarsa salute fisica percepita (Ferrie et al., 1998; Cheng et al., 2005). Inoltre, i lavoratori appartenenti alle classi

sociali più basse sarebbero più suscettibili all'effetto dell'insicurezza lavorativa, come pure a quello della disoccupazione, per la minore disponibilità di beni con cui compensare la perdita di reddito e le minori conoscenze e capacità tecniche che ne favoriscano l'occupabilità (Artazcoz et al., 2005; Green 2011).

Confrontando i dati europei sulla probabilità di perdere il lavoro e sulla salute mentale tra l'indagine European Quality of Life Survey (EQLS), condotta nel 2007, e l'indagine European Working Conditions Survey (Eurofound, 2012), effettuata nel 2010, si nota tra prima e durante la crisi economica un raddoppio della percentuale di soggetti che dichiarano che sia probabile o molto probabile poter perdere il loro lavoro nei prossimi 6 mesi (dal 7-8% a circa il 15%) (Eurofound, 2012). Tra le due indagini vi è un forte aumento della differenza nell'indicatore di benessere mentale WHO-5 tra questi soggetti e quelli che riferiscono come molto improbabile la perdita del lavoro. Ciò indicherebbe che nel 2010, a causa delle minori possibilità di trovare un nuovo lavoro rispetto al 2007, i lavoratori a rischio di perderlo presentano un livello di salute mentale peggiore di quelli nelle stesse condizioni in periodi di minore disoccupazione e maggiore occupabilità. Il grado di ri-occupabilità dei lavoratori sembra pure influenzare l'effetto della minaccia di perdita del lavoro sulla salute mentale, con i soggetti a bassa occupabilità che presentano livelli di benessere psichico nettamente inferiori a quelli ad alta occupabilità, in particolar modo tra i lavoratori che riferiscono come probabile o molto probabile di perdere il loro lavoro nei prossimi sei mesi (Eurofound, 2012). L'effetto della minaccia di disoccupazione sulla salute mentale è modificato dalla ri-occupabilità in tutte le classi sociali occupazionali, ma risulta maggiore tra i lavoratori manuali (Eurofound, 2012).

5. Il Piemonte

Pochi sono gli studi in Piemonte sulla relazione tra disoccupazione e salute, e tutti condotti sulla popolazione residente a Torino (Costa & Segnan, 1987; Cardano et al., 2004; Harding et al., 2013).

Il primo di questi (Costa & Segnan, 1987) ha esaminato la mortalità nel periodo 1981-1985 degli uomini torinesi (Figura 1), mostrando risultati piuttosto consistenti con quelli ottenuti da studi condotti in altri paesi, con rischi relativi di morte per tutte le cause pari a quasi due volte tra i soggetti che erano disoccupati al censimento 1981, rispetto agli occupati, e di due volte e mezzo tra quelli che erano disoccupati sia nel 1981, sia nel 1976 (Table II). Tra le cause di morte significativamente aumentate, vi erano i tumori maligni, le malattie del sistema circolatorio, quelle dell'apparato digerente e le cause di morte violente (Table III).

Analisi sulla mortalità successiva ai censimenti per condizione professionale dichiarata al censimento del 2001, non mostrano sostanziali differenze nei risultati rispetto allo studio sopra citato, evidenziando eccessi di mortalità generale (RR) di 2,7 e di 1,9 tra gli adulti occupati che avevano perso il lavoro, rispettivamente tra i maschi e tra le donne (elaborazioni personali da dati dello Studio Longitudinale Torinese).

Figura 1

TABLE II—Mortality in 1981-5 for men aged 15-59 in 1981 according to employment state in 1976 and 1981

Employment state		Standardised mortality ratio (observed No)	95% Confidence limits
1976	1981		
Employed	Employed	81 (3002)	78 to 84
Unemployed	Employed	106 (56)	80 to 137
Employed	Unemployed	187 (143)	159 to 222
Unemployed	Unemployed	256 (107)	209 to 308

TABLE III—Mortality in 1981-5 of men seeking work in 1981 aged 15-59 by cause of death

Cause of death	Standardised mortality ratio (observed No)	95% Confidence limits
Malignant neoplasms	175 (78)	137 to 216
Circulatory diseases	168 (66)	125 to 205
Respiratory diseases	170 (6)	63 to 373
Digestive diseases	316 (38)	224 to 435
Accidents, poisonings, and violence	245 (61)	187 to 313
Other causes	220 (35)	153 to 306

Fonte: Costa & Segnan. BMJ, 1987

Il secondo studio (Cardano et al., 2004) ha esaminato l'effetto dell'ospedalizzazione durante il periodo 1984-1986, tra gli occupati torinesi di età 20-45 anni al censimento del 1981, sul rischio di essere disoccupati al censimento 1991 (Figura 2), rilevando un modesto, seppur significativo, eccesso di rischio tra gli uomini (OR=1.20), ma non tra le donne (OR=0.85). Questi risultati confermerebbero anche per Torino, almeno per gli uomini, un effetto di selezione verso la disoccupazione dovuta ad un cattivo stato di salute, che tuttavia spiegherebbe solo in piccola parte le differenze nella mortalità osservate tra occupati e disoccupati.

Figura 2

Table 6
Determinants of exit from employment

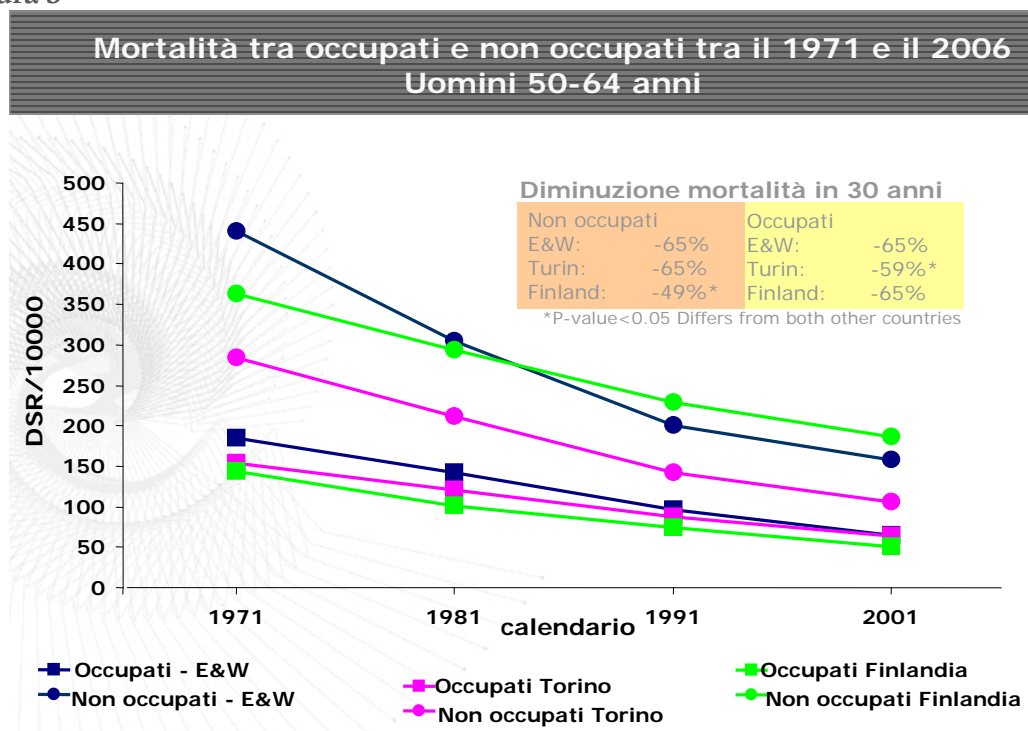
Independent variables	Early retirement		Unemployment	
	Men	Women	Men	Women
Low education				
Odds ratios	0.93	0.74	1.95	1.97
Confidence intervals	0.70–1.25	0.63–0.87	1.65–2.31	1.65–2.33
Born in South				
Odds ratios	0.69	0.71	1.05	1.02
Confidence intervals	0.56–0.85	0.62–0.82	0.94–1.17	0.90–1.16
Hospitalisation 1984–1986				
Odds ratios	1.48	1.43	1.20	0.85
Confidence intervals	1.12–1.96	1.19–1.71	1.02–1.42	0.70–1.03
Being a mother				
Odds ratios	—	0.99	—	0.98
Confidence intervals	—	0.85–1.15	—	0.84–1.15

Men and women 25–49 at the census of 1991; odds ratios and confidence intervals (reference category: stable).

Fonte: Cardano, Costa, Demaria. Social Science and Medicine, 2004

L'ultimo studio (Harding et al., 2013) ha esaminato la mortalità nei 5 anni successivi ai censimenti 1971, 1981, 1991 e 2001 dei torinesi di età 45-64 anni al censimento, in relazione alla condizione professionale dichiarata dai soggetti. I risultati mostrano che i non-occupati di entrambi i sessi al censimento 2001 avevano un rischio di morte superiore a quello degli occupati di circa il 50%; inoltre, dal 1971 al 2001 i differenziali di morte erano rimasti abbastanza stabili tra gli uomini (Figura 3), mentre erano aumentati tra le donne. Questo studio ha anche comparato le differenze nella mortalità tra non-occupati e occupati a Torino con quelle osservate in studi longitudinali sulla popolazione generale nel Regno Unito e in Finlandia, paesi caratterizzati rispettivamente da sistemi di welfare di tipo "liberale" e "socialdemocratico", secondo la classificazione di Esping-Andersen (1990), a differenza dell'Italia, il cui sistema è classificato come "conservativo". Questa analisi comparativa ha mostrato che sia tra gli uomini che tra le donne torinesi in tutti i periodi post-censuali esaminati le differenze di morte per condizione professionale erano minori di quelle osservate negli altri due paesi.

Figura 3



6. Per concludere: priorità e politiche sanitarie

Dunque, l'importanza dell'impatto sulla salute della disoccupazione è ben riconosciuta, ci sono buone prove che l'effetto osservato sia in buona parte causale, sono ben noti i tre meccanismi di azione con cui la disoccupazione influenza la salute (reddito, stress, stili di vita), anche nella nostra regione si è potuto ben misurare questo fenomeno nell'area metropolitana di Torino, un fenomeno che potrebbe risultare aggravato in tempi di crisi. È evidente che ci sono tutti gli elementi per attribuire alta priorità agli effetti sulla salute della disoccupazione, sia da un punto di vista sociale, sia da quello della sanità pubblica. A questo punto bisogna chiedersi come le politiche possano, oltre a cercare di contenere la disoccupazione, anche contrastare o moderare questi meccanismi di azione sulla salute. Non spetta alla sanità pubblica indicare le soluzioni più efficaci ed appropriate per contenere la disoccupazione, dato che si tratta di materia di competenza di altri settori dell'analisi delle politiche (industriale e sociali); tuttavia, la sanità pubblica potrebbe fornire importanti conoscenze sull'effetto marginale sulla salute delle azioni di contrasto che agiscono sui diversi meccanismi, consentendo ai decisori di inserire la salute tra i risultati da misurare nell'analisi costi-benefici delle diverse soluzioni, permettendo così di scegliere quelle che possono contenere di più gli effetti sfavorevoli sulla salute.

Rimangono tuttavia dirette responsabilità della sanità pubblica che riguardano la necessità di investire di più in programmi di promozione della salute che permettano di facilitare la prevenzione degli effetti della disoccupazione sugli stili di vita, come l'offerta attiva e gratuita di programmi di cessazione dal fumo o di programmi di attività fisica. Inoltre, l'assistenza sanitaria di base e quella specialistica di salute mentale a livello locale, nonché i presidi di medicina del lavoro nelle imprese, dovrebbero essere allertate in occasione di crisi occupazionali, in modo da essere preparate ad affrontare gli effetti sulla salute mentale della perdita del lavoro o della sua minaccia, in generale per riconoscere tempestivamente i segnali di sofferenza e impedirne la progressione, e in particolare per seguire intensivamente i soggetti più fragili e prevenire il rischio di suicidio.

Non sono ancora disponibili studi italiani e tanto meno piemontesi che abbiano valutato l'impatto sulla salute degli interventi di prevenzione e tutela dal rischio di disoccupazione; e neppure si conosce in quale misura e con quali azioni i servizi di prevenzione e quelli di salute mentale del Servizio Sanitario regionale abbiano reagito alle precedenti crisi occupazionali degli anni Ottanta e Novanta, e soprattutto all'attuale crisi economica. In qualche modo queste conclusioni delineano una chiara agenda di priorità

per la salute in carico alla sanità pubblica piemontese e alle politiche industriali e sociali, che si stanno ingegnando per far fronte alla crisi.

Bibliografia

1. Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortès I. Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59:761-7
2. Bambra C, Eikemo T. Welfare state regimes, unemployment and health: a comparative study of the relationship between unemployment and self-reported health in 23 European countries. *J Epidemiol Community Health* 2009; 63:92-8.
3. Banca d'Italia. Relazione annuale sul 2011. Roma, 2012.
4. Barr B, Taylor-Robinson D, Scott-Samuel A, McKee M, Stuckler D. Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. *BMJ* 2012; 345:e5142.
5. Bartley M, Owen C. Relation between socioeconomic status, employment, and health during economic change, 1973-93. *BMJ* 1996; 313:445-9.
6. Böckerman P, Ilmakunnas P. Unemployment and self-assessed health: evidence from panel data. *Health Econ* 2009; 18:161-79.
7. Cardano M, Costa G, Demaria M. Social mobility and health in the Turin longitudinal study. *Soc Sci Med* 2004; 58:1563-74.
8. Cheng Y, Chen CW, Chen CJ, Chiang TL. Job insecurity and its association with health among employees in the Taiwanese general population. *Soc Sci Med* 2005; 61:41-52.
9. Costa G, Segnan N. Unemployment and mortality. *BMJ* 1987; 294:1550-1.
10. D'Souza RM, Strazdins L, Lim LL, Broom DH, Rodgers B. Work and health in a contemporary society: demands, control, and insecurity. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57:849-54.
11. Eurofound. Health and well-being at work: A report based on the fifth European Working Conditions Survey. Dublin, 2012.
12. Falba T, Teng HM, Sindelar JL, Gallo WT. The effect of involuntary job loss on smoking intensity and relapse. *Addiction* 2005; 100:1330-9.
13. Farrer L, Yghemonos S, Kiasuwa R, Vanhercke B. Macro Drivers of Health Equity: Discussion Paper for the Expert Forum. 2012. Accessibile presso: http://www.ose.be/files/publication/2011/DiscussionPaper_2011_Macro-Drivers_of_Health_Equity.pdf.
14. Ferrie JE, Shipley MJ, Marmot MG, Stansfeld S, Davey Smith G. The health effects of major organisational change and job insecurity. *Soc Sci Med* 1998; 46:243-54.
15. Fryers T, Melzer D, Jenkins R. Social inequalities and the common mental disorders: a systematic review of the evidence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2003; 38:229-37.
16. Gallo WT, Bradley EH, Falba TA, Dubin JA, Cramer LD, Bogardus ST Jr, Kasl SV. Involuntary job loss as a risk factor for subsequent myocardial infarction and stroke: findings from the Health and Retirement Survey. *Am J Ind Med* 2004;45:408-16.
17. Gerdtham UG, Johannesson M. A note on the effect of unemployment on mortality. *J Health Econ* 2003; 22:505-18.
18. Hammarstrom A, Janlert U. Unemployment - an important predictor for future smoking: a 14-year follow-up study of school leavers. *Scand J Public Health* 2003; 31:229-32.
19. Harding S, Lenguerrand E, Costa G, d'Errico A, Martikainen P, Tarkiainen L, Blane D, Akinwale B, Bartley M. Trends in mortality by labour market position around retirement ages in three European countries with different welfare regimes. *Int J Public Health* 2013; 58:99-108.
20. Isaksson K. Unemployment and mental health and the psychological functions of work in male welfare clients in Stockholm. *Scand J Soc Med* 1989;17:165-9.
21. Iversen L, Andersen O, Andersen PK, Christoffersen K, Keiding N. Unemployment and mortality in Denmark, 1970-80. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1987; 295:879-84.
22. Jahoda M. Employment and Unemployment: A Social-Psychological Analysis. London: Cambridge Univ.Press, 1982.
23. Jantti M, Martikainen P, Valkonen T. When the welfare state works: unemployment and mortality in Finland. In: Cornia A, Paniccia R editors. *The mortality crisis in transitional economies*. Oxford: Oxford University Press, 2000, 351-69.
24. Jin RL, Shah CP, Svoboda TJ. The impact of unemployment on health: a review of the evidence. *CMAJ* 1995; 153:529-40.
25. Kessler RC, Turner JB, House JS. Effects of unemployment on health in a community survey: main, modifying and mediating effects. *J Social Issues* 1988; 44:69-85.
26. Kogevinas M, Antó JM, Tobias A, Alonso J, Soriano J, Almar E, Muniozguren N, Payo F, Pereira A, Sunyer

- J. Respiratory symptoms, lung function and use of health services among unemployed young adults in Spain. Spanish Group of the European Community Respiratory Health Survey. *Eur Respir J* 1998; 11:1363-8.
27. Lahelma E. Unemployment and mental well-being: elaboration of the relationship. *Int J Health Serv* 1992; 22:261-74
 28. Lee AJ, Crombie IK, Smith, WCS, Tunstall-Pedoe HD. Cigarette smoking and employment status. *Soc Sci Med* 1991; 32:1309-12.
 29. Leombruni R. Lavoro precarietà e non lavoro: trasformazioni destinate a segnare il profilo di salute. XXXVI Congresso Annuale dell'Associazione Italiana di Epidemiologia - Bari, Ottobre 2012.
 30. Li Z, Page A, Martin G, Taylor R. Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: a systematic review. *Soc Sci Med* 2011; 72: 608-16.
 31. Lynge E, Andersen O. Unemployment and cancer in Denmark, 1970-1975 and 1986-1990. *IARC Sci Publ* 1997; No.138:353-9.
 32. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005; 365:1099-104.
 33. Martikainen PT, Maki N, Jantti M. The effects of unemployment on mortality following workplace downsizing and workplace closure: a register-based follow-up study of Finnish men and women during economic boom and recession. *Am J Epidemiol* 2007; 165:1070-5.
 34. Martikainen PT. Unemployment and mortality among Finnish men, 1981-5. *BMJ* 1990; 301:407-11.
 35. McKee-Ryan F, Song Z, Wanberg CR, Kinicki AJ. Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. *J Appl Psychol* 2005; 90:53-76.
 36. Milner A, Page A, LaMontagne AD. Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2013; 8:e51333.
 37. Morrell SL, Taylor RJ, Kerr CB. Jobless. Unemployment and young people's health. *Med J Aust* 1998; 168:236-40.
 38. Morris JK, Cook DG, Shaper AG. Loss of employment and mortality. *BMJ* 1994; 308:1135-9.
 39. Moser KA, Goldblatt PO, Fox AJ, Jones DR. Unemployment and mortality: comparison of the 1971 and 1981 longitudinal study census samples. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1987; 294:86-90.
 40. Paul KI, Moser K. Unemployment impairs mental health: meta-analyses. *J. Vocat. Behav* 2009;74:264-82.
 41. Price RH, Choi JN, Vinokur AD. Links in the chain of adversity following job loss: how financial strain and loss of personal control lead to depression, impaired functioning, and poor health. *J Occup. Health Psychol* 2002; 7:302-12.
 42. Rodgers B. Socio-economic status, employment and neurosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1991; 26:104-14.
 43. 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; 72:840-54.
 44. Rugulies R, Bültmann U, Aust B, Burr H: Psychosocial work environment and incidence of severe depressive symptoms: prospective findings from a 5-year follow-up of the Danish work environment cohort study. *Am J Epidemiol* 2006; 163:877-87.
 45. Sermet C, Khlat M. La santé des chômeurs en France: revue de la littérature. *RevEpidemiolSantePublique* 2004; 52:465-74.
 46. Sinfield RA. What unemployment means. Oxford: Martin Robertson, 1981.
 47. Stack S. Suicide: A 15-year review of the sociological literature. Part I: cultural and economic factors. *Suicide Life Threat Behav* 2000; 30:145-62.
 48. Swaen GM, Bültmann U, Kant I, van Amelsvoort LG: Effects of job insecurity from a workplace closure threat on fatigue and psychological distress. *J Occup Environ Med* 2004; 46:443-9.
 49. Taskila-Abbrandt T, Pukkala E, Martikainen R, Karjalainen A, Hietanen P. Employment status of Finnish cancer patients in 1997. *Psychooncology* 2005; 14:221-6.
 50. Virtanen P, Vahtera J, Broms U, Sillanmäki L, Kivimäki M, Koskenvuo M. Employment trajectory as determinant of change in health-related lifestyle: the prospective HeSSup study. *Eur J Public Health* 2008; 18:504-8.
 51. Voss M, Nylén L, Floderus B, Diderichsen F, Terry PD. Unemployment and early cause-specific mortality: a study based on the Swedish twin registry. *Am J Public Health* 2004; 94:2155-61.
 52. Weden MM, Astone NM, Bishai D. Racial, ethnic, and gender differences in smoking cessation associated with employment and joblessness through young adulthood in the U.S. *Soc Sci Med* 2006; 62:303-16.
 53. Whitehead M, Drever F, Doran T. Is the health of the long-term unemployed better or worse in high unemployment areas? *Health Stat Q* 2005; 25:12-17.

NON SOLO PILLOLE. LE POLITICHE DI PROMOZIONE DELLA CITTADINANZA DEI PAZIENTI PSICHIATRICI IN PIEMONTE⁴

Mario Cardano – Dipartimento di Culture, Politica e Società – Università di Torino

1. Introduzione

La progressiva riduzione delle risorse destinate alla prevenzione e alla cura del male mentale ha fatto sì che, in molti casi, le politiche di promozione della cittadinanza dei pazienti psichiatrici si siano ridotte alla mera somministrazione di farmaci, di pillole, per l'appunto. Posto che numerosi studi hanno documentato i limiti di un intervento esclusivamente farmacologico (per una rassegna si veda Robert Whitaker, *Indagine su di un'epidemia. Lo straordinario aumento delle disabilità psichiatriche nell'epoca del boom degli psicofarmaci*, Roma, Giovanni Fioriti Editore, 2013), diventa importante prestare attenzione alle politiche non farmacologiche e, più in generale, non sanitarie, concepite per portare a compimento il processo di restituzione del "folle" alla società avviato con la cosiddetta legge Basaglia. In queste pagine mi soffermerò sugli interventi di maggior impatto che si muovono nella direzione indicata, le politiche della casa e quelle del lavoro, realizzate in Piemonte nell'ultimo decennio. La ricostruzione di queste politiche è condotta considerando le attività delle tre maggiori agenzie che, sul territorio regionale, si occupano di casa e lavoro, i Dipartimenti di salute mentale (d'ora in poi DSM), i Servizi socio assistenziali (d'ora in poi SSA) e i Centri per l'impiego (d'ora in poi CpI). Sul piano empirico, lo studio si basa sulla combinazione di due strategie analitiche: l'analisi della documentazione amministrativa prodotta dalle agenzie territoriali coinvolte e la consultazione – attraverso il ricorso a interviste discorsive – degli operatori impegnati nell'attuazione delle politiche qui considerate.

Dallo studio emerge innanzitutto la marginalità di queste politiche e l'attribuzione – direi impropria – della maggior responsabilità nella loro attuazione ai DSM, chiamati a svolgere un compito per il quale spesso non dispongono delle risorse e delle competenze necessarie. In secondo luogo l'esame degli interventi attuati nel territorio regionale documenta una singolare eterogeneità. Le differenze territoriali osservate, sia nelle politiche per la casa, sia nelle politiche del lavoro, sembrano imputabili ora alle specificità del contesto territoriale, ora alla disponibilità di risorse, ma in molti casi anche a fattori del tutto contingenti, quali la qualità del capitale sociale disponibile dalle diverse agenzie territoriali, l'orientamento del management, o meglio la filosofia d'intervento sostenuta, gli eventi che compongono la storia più recente del territorio di riferimento. Composito è anche il profilo dei destinatari delle politiche di promozione della cittadinanza. Accanto ai pazienti – perlopiù severi – in carico presso i DSM emerge una popolazione dai tratti incerti, costituita da persone la cui differenza non è stata racchiusa all'interno di un'etichetta diagnostica; una popolazione, che con le parole di uno dei nostri interlocutori, identifica un'«area grigia», costituita da persone che si rivolgono ai SSA, non avendo, per così dire, titolo di ottenere il sostegno di un DSM. Diverso, inoltre, è il grado di integrazione socio-sanitaria delle politiche qui messe a tema. Al riguardo occorre tuttavia osservare come il contesto istituzionale e legislativo entro il quale queste pratiche possono trovare attuazione congiura contro l'integrazione socio-sanitaria. Di fatto, laddove l'integrazione si realizza, pur non configurandosi come una pratica *contra legem*, finisce per coincidere con un piccolo miracolo istituzionale, che si realizza in un contesto ostile o, quantomeno, non facilitante.

2. Le politiche della casa

L'attuazione delle politiche abitative è demandata a due agenzie, il DSM e i SSA. In quel che segue darò conto delle politiche avviate da ciascuna agenzia e del difficile rapporto di integrazione fra esse.

⁴Una versione estesa di questo lavoro è stata pubblicata nel 2010, con Francesca Salivotti e Gian Lorenzo Venturini in "Revue Sociologie Santé" Vol. 32, pp. 219 – 243, consultabile al seguente indirizzo:

<http://www.academia.edu>

Le politiche residenziali promosse dai DSM si dispongono su di un ampio spettro che prevede livelli di assistenza sanitaria e promozione dell'autonomia dei pazienti diversificati. Accanto a misure caratterizzate da un alto grado di medicalizzazione, quali le Comunità protette, le Residenze Sanitarie Assistenziali, e le Comunità alloggio, si osservano soluzioni che promuovono l'autonomia dei pazienti, offrendo loro, non solo un tetto sotto cui vivere, ma uno spazio proprio entro cui abitare: i Gruppi appartamento e gli Alloggi supportati. Solo queste due misure possono essere definite in senso proprio politiche della casa ed è su queste che mi soffermerò in quel che segue.

Il Gruppo appartamento è una struttura residenziale, generalmente un appartamento in un normale condominio, in cui – di norma – convivono da due a quindici pazienti. I gruppi che condividono gli spazi del proprio appartamento non sono gruppi di elezione, si tratta cioè di persone che non si sono scelte reciprocamente, ma che sono state raccolte sotto lo stesso tetto dagli operatori del DSM. Ciò fa sì che gli ospiti di queste strutture siano chiamati ad affrontare – spesso in età matura – le asperità di una convivenza con persone che, almeno da principio, sono estranee. Il grado di autonomia promosso da queste forme residenziali varia in ragione del tipo di sostegno all'abitare reso agli ospiti. Distinguiamo così tre categorie di Gruppi appartamento, a bassa, media e alta protezione, in ragione della durata della presenza e della composizione (sanitaria o sociale) dell'équipe che si prende cura degli ospiti.

L'Alloggio supportato è un'abitazione di cui – a vario titolo – è titolare il paziente che la abita. Dunque, stando a casa propria, il paziente riceve dagli operatori del DSM o dagli operatori di cooperative, un sostegno all'abitare di varia natura, che va dal disbrigo di pratiche burocratiche, al sostegno fattivo alla famiglia (baby-sitting e conduzione della casa), dall'accompagnamento a visite mediche non psichiatriche, fino alla spesa fatta insieme o per conto della persona quando quest'ultima non è in grado di farla autonomamente. Accanto a queste forme di sostegno sociale all'abitare si affiancano interventi sanitari, quali la visita infermieristica per la consegna o la somministrazione della terapia farmacologica. Di norma questi interventi hanno una collocazione e una durata flessibili, in ragione delle esigenze del paziente, sino a configurarsi come mere visite di cortesia o a ridursi a una semplice comunicazione telefonica.

Seppur con un certo margine di variabilità, tutti i DSM piemontesi utilizzano i Gruppi appartamento, in tutta la loro gamma di “protezione”: alta, media, bassa, e questo in ragione del profilo dell'utenza, ma molto spesso anche in ragione delle risorse – abitazioni e personale – di cui dispongono. Quanto all'altra politica della casa messa a tema in questo lavoro, il ricorso agli Alloggi supportati, dallo studio emerge come l'impiego di questa soluzione sia concentrata esclusivamente in alcune porzioni del territorio regionale. Altrove la carenza di risorse economiche, le difficoltà di integrazione con le ATC locali costituiscono il principale limite all'estensione di questa misura.

La legge di Riforma sanitaria, prevedeva l'integrazione dei servizi sociali e sanitari. La finanziaria del governo Craxi del 1984, l'aziendalizzazione dei servizi sanitari e il consistente ritardo nella definizione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) per la salute mentale, hanno progressivamente reso questo traguardo sempre più lontano. All'interno di questo contesto giuridico la cooperazione fra DSM e SSA risulta, non di rado, problematica, complice la progressiva contrazione dei budget su cui ciascuna agenzia può contare. Sul terreno della salute mentale, l'incontro fra questi servizi molto spesso innesca – a dispetto della retorica del lavoro di rete – la «logica dello scarica-barile». La questione attiene innanzitutto all'attribuzione dei costi, il «chi deve pagare cosa», e qui la regola di composizione delle controversie è semplice. Se l'utente ha una diagnosi psichiatrica, la competenza e i costi che ne discendono tocca al DSM. Viceversa, se l'utente convive con un disagio psichico non codificato in una diagnosi clinica, allora la competenza passa – ancorché non del tutto pacificamente – ai SSA. Accanto a queste due soluzioni, nette, radicali, trovano spazio forme di cooperazione fra DSM e SSA che prevedono gradi diversi di condivisione di responsabilità e costi, ma ciò accade per ragioni del tutto contingenti, dettate più dalla buona volontà degli operatori che dalla conformità a prassi consolidate. Da ciò discende che gli interventi di sostegno all'abitare promossi dai SSA riguardano principalmente l'area del male mentale che sta a cavallo tra il disagio e il disturbo psichico, costituita da persone che si rivolgono ai SSA, non avendo, per così dire, titolo di ottenere il sostegno di un DSM. Le politiche a sostegno dell'abitare promosse dai SSA e destinate a questa categoria di persone possono essere

ricondotte a due rubriche. La prima raccoglie due forme di assistenza economica a destinazione vincolata, in specifico, contributi per il pagamento del canone d'affitto e contributi per il pagamento delle utenze. La seconda rubrica raccoglie un insieme composito di azioni a sostegno dell'abitare che insistono nei domini del vitto, dell'igiene e sostegno alle attività quotidiane. Al riguardo occorre comunque sottolineare come le persone gravate da una qualche forma di male mentale che accedono a queste prestazioni lo fanno, non già in ragione del loro status di paziente, ma poiché viene riconosciuta la loro condizione di indigenza.

3. Le politiche del lavoro

Sebbene le politiche del lavoro per i pazienti psichiatrici non possano in alcun modo essere considerate politiche sanitarie, quel che accade di fatto in Piemonte (non diversamente dal resto d'Italia) è che della loro realizzazione si occupino essenzialmente i DSM, spesso – si è detto – con risorse e competenze non sempre adeguate. La promozione della partecipazione al mondo del lavoro per i pazienti psichiatrici passa principalmente attraverso due canali, la cooperazione sociale e le misure di “collocamento mirato” per le persone disabili stabilite dalla legge 68/1999. Per tutto il ventennio successivo al varo della legge 180/1978 – che come noto imponeva la territorializzazione dei servizi di salute mentale – in Piemonte, le cooperative sociali di tipo B⁵, hanno costituito, per i pazienti psichiatrici, il principale canale di ingresso nel mercato del lavoro. Questa forma particolare di cooperazione, basata su un modello di mutualità fra diseguali, permette l'inclusione in contesti lavorativi caratterizzati da una singolare flessibilità che consente di trarre profitto dall'andamento discontinuo delle capacità di lavoro, tipico dei pazienti psichiatrici. Negli ultimi anni, vuoi per l'esaurirsi della tensione etica e politica che sosteneva la partecipazione dei soci “normodotati”, vuoi per la contrazione del mercato degli appalti pubblici, questo canale ha sensibilmente ridotto la propria portata, restando il principale canale di inclusione nel mercato del lavoro dei pazienti psichiatrici solo in alcuni dei DSM piemontesi. Le misure di “collocamento mirato”, regolate dalla Legge 68/1999 consentono l'inclusione delle persone che scontano una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45%. . In ragione delle loro dimensioni, le aziende sono tenute all'assunzione di una quota di lavoratori disabili. Al riguardo occorre osservare come nell'accesso a un'occupazione ai sensi della Legge 68 i pazienti psichiatrici competano con tutti gli altri soggetti disabili, compresi gli invalidi del lavoro, con esiti che il diffuso pregiudizio nei confronti del male mentale rendono facilmente prevedibili. In quel che segue verranno tratteggiate le pratiche di promozione della partecipazione al mondo del lavoro dei DSM e dei CpI.

Gli interventi di promozione dell'occupazione promossi dai DSM possono essere ricondotti a tre fattispecie: le azioni a sostegno dell'occupabilità, gli inserimenti lavorativi e le azioni dirette a garantire la conservazione del lavoro. Alla prima fattispecie appartengono tutti quegli interventi che precedono l'inserimento lavorativo, e che vanno dalla selezione delle persone da avviare al lavoro, alla valutazione delle loro capacità, sino alla formazione professionale. La selezione dei pazienti da avviare al lavoro viene di norma condotta sulla base di un insieme di criteri comuni ai vari DSM, sui quali si innestano considerazioni specifiche, diverse da contesto a contesto. Di norma i destinatari delle politiche di sostegno dell'occupabilità risultano essere i pazienti con un disturbo severo che mostrano una buona *compliance* farmacologica, che accettano cioè di assumere con regolarità le pillole che vengono loro prescritte. Alla seconda fattispecie appartengono quegli interventi orientati all'assunzione a tempo determinato o indeterminato, part-time o full-time del paziente o al rafforzamento delle sue competenze e della sua capacità di tenuta lavorativa e relazionale in un contesto, cosiddetto protetto (segnatamente una cooperativa sociale di tipo B). Alla terza fattispecie, infine, appartengono gli interventi di sostegno e monitoraggio dell'inserimento attivati dai DSM o dai CpI nel medio periodo. Tra questi distinguiamo gli interventi in favore dell'azienda e quelli in favore del paziente. Per quanto riguarda i primi, mentre nei momenti immediatamente successivi all'inserimento lavorativo gli operatori

⁵ Sono le cooperative che svolgono attività diverse - agricole, industriali, commerciali o di servizi - finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate. (legge 381/91, Disciplina delle cooperative sociali).

dei DSM offrono un supporto assiduo mediante visite sul luogo di lavoro e incontri con la figura aziendale responsabile dell'inserimento, col passar del tempo l'intensità del monitoraggio si riduce fino a limitarsi a sporadici contatti telefonici. Questo andamento, desiderabile se viene letto come un lento ritorno alla normalità, di fatto non è frutto di una scelta terapeutica, ma è determinato dalla carenza di risorse umane, che impedisce – al di là delle emergenze – una presenza più assidua degli operatori dei DSM. Quanto agli interventi rivolti al paziente-lavoratore, questi, il più delle volte confluiscono nella pratica clinica ordinaria. I problemi di conciliazione fra lavoro e disturbo psichico diventano – ove necessario – tema dei colloqui clinici che i pazienti intrattengono con lo psichiatra di riferimento e solo in alcuni DSM a queste misure si affiancano interventi più specifici, quali, ad esempio la promozione di gruppi di auto-mutuo-aiuto di pazienti-lavoratori. Ciò detto, vediamo ora quel che accade nei CpI.

Le leve di cui dispongono i CpI per promuovere la partecipazione dei pazienti psichiatrici al mondo del lavoro sono due: l'avviamento nominativo e la stipula di convenzioni con ditte non tenute all'obbligo di inserimento lavorativo di disabili. Il primo percorso prevede la proposta di un nome, ossia di un progetto individuale – di norma finanziato attingendo al «Fondo regionale disabili» (il fondo che raccoglie le sanzioni comminate alle aziende per il mancato adempimento della legge 68/99) – definito considerando le necessità del datore di lavoro e il profilo del candidato. La seconda leva, la stipula di convenzioni con aziende non tenute all'obbligo di assunzione di disabili sancito dalla legge 68/99 configura nulla più di una possibilità virtuale, che di rado diventa operativa in ragione di una qualche felice contingenza locale. Il giudizio degli operatori dei CpI sull'efficacia di queste misure per i pazienti psichici, è decisamente critico. Tutti gli intervistati concordano nel definire molto bassa la probabilità di successo dell'inserimento lavorativo di un paziente psichiatrico e ancora più bassa la probabilità che questi riesca a conservare il lavoro.

Le ragioni di questo insuccesso vengono identificate dagli operatori dei CpI nella scarsa disponibilità di risorse umane, adeguatamente formate, cui affidare la gestione di questi specifici inserimenti. In sintesi, l'idea generale che si ricava dall'analisi delle interviste è che la storia dell'inserimento lavorativo dei soggetti affetti da disturbo psichico sia ancora, troppo sovente, la cronaca di un fallimento annunciato. Le ragioni di cui abbiamo dato conto in questa sezione sono più d'una, alcune attengono al quadro legislativo, altre alla difficile congiuntura economica, altre ancora alle pratiche dei DSM e dei CpI e alla capacità di cooperazione di queste due agenzie.

3. Epilogo

Lo studio di cui ho compendiato i risultati documenta – insieme – la marginalità e l'eterogeneità delle politiche non sanitarie di promozione della cittadinanza dei pazienti psichiatrici. Chiudo con un'ultima riflessione su quest'ultimo aspetto, prospettando una possibile valorizzazione di questa peculiarità. L'eterogeneità territoriale di queste politiche configura, di fatto, uno scenario nel quale vengono avviati in parallelo un consistente numero di «esperimenti naturali», nei quali vengono messe alla prova specifiche forme di sostegno della cittadinanza delle persone abitate dal male mentale, tessuti legami fra le diverse agenzie che di ciò si occupano sul nostro territorio. Si ha però l'impressione che gli esiti, non di rado felici, di questa sperimentazione trovino esclusiva valorizzazione nel contesto che ne ha visto l'applicazione. Mancano, almeno così sembra, forme organiche di trasmissione delle esperienze e strategie per una loro puntuale valutazione; mancano inoltre modelli organici di coinvolgimento e partecipazione dei pazienti psichiatrici nelle iniziative a loro destinate. È su questo terreno, sulla documentazione e sull'integrazione dei risultati di questi «esperimenti naturali», sul potenziamento delle forme di partecipazione degli utenti che si possono intravedere margini di miglioramento delle politiche di promozione della cittadinanza dei pazienti psichiatrici.

IL DISAGIO PSICHICO DEI LAVORATORI PRECARI IN PIEMONTE. UNA RICERCA SUL CAMPO

di Roberto Cardaci - Responsabile settore ricerca Cooperativa Solaris

1. Introduzione

I problemi dell'economia che interessano da anni i Paesi industrializzati hanno acuito, in Italia, una situazione di crisi che si può ormai definire strutturale, espandendo la condizione di precariato lavorativo che interessa milioni di lavoratori.

In Piemonte, interessato da oltre un quarto di secolo dalla crisi economica, il precariato lavorativo è l'ultimo fenomeno che si affianca a quelli ascrivibili alla condizione di sofferenza occupazionale che coinvolge quote statisticamente rilevanti di suoi abitanti che vivono in situazioni di disoccupazione, cassa integrazione, mobilità.

In questo contesto già ampiamente disgregato, il precariato lavorativo si abbatte pervasivamente su persone e famiglie, generando ulteriore precarietà nelle loro esistenze a volte già problematiche per problemi pregressi, costringendoli in condizioni di povertà e vulnerabilità sociale e impedendo, soprattutto ai giovani, la progettualità nel breve e lungo periodo.

Se queste sono, a grandi linee, le condizioni del "vivere da precari" per adulti e giovani, il dato più allarmante riguarda l'insorgere per molti di loro di situazioni di disagio psichico, come evidenziano da diversi punti di vista Operatori dei Servizi di Salute Mentale, dei Servizi sociali e sindacalisti.

In questo senso, la condizione di disagio psichico dei precari presenta marcate analogie con quella dei cassaintegrati, pur con differenze sostanziali determinate dalle diverse condizioni economiche delle due tipologie di sofferenza occupazionale, prima fra tutte il diverso trattamento rispetto al reddito disponibile: i cassaintegrati percepiscono una parte del loro salario mensile durante il periodo di cassa integrazione, mentre i precari non hanno reddito stabile su cui contare per fronteggiare le necessità proprie e delle loro famiglie, vivendo un livello di problemi maggiore.

2. Finalità, obiettivi, metodologia e percorso della Ricerca

Rispetto al disagio psichico dei precari, è parso opportuno analizzare in maniera scientifica con una Ricerca, durata due anni (2007 -2008), le caratteristiche del fenomeno, ricostruendo *in primis* la loro morfologia e il rapporto con i Servizi per quanto concerne la loro anamnesi, la diagnosi e i percorsi terapeutici, riabilitativi e di socializzazione posti in atto dai Servizi Psichiatrici per migliorarne la condizione psicologica e la vita di relazione sociale.

Rispetto ai percorsi di riabilitazione-socializzazione, si è posta particolare attenzione alle Reti territoriali, analizzandone strutture e modalità operative, considerando che assumono un'importanza fondamentale nell'ottenere miglioramenti nelle condizioni degli utenti dei Servizi Psichiatrici rispetto sia alla loro condizione psichica, sia alla loro riabilitazione e socializzazione.

Una maggiore conoscenza delle Reti appariva utile per comprendere come operavano rispetto ai precari, sia per ottimizzare gli interventi realizzati, sia per attivare, con la collaborazione di tutti i possibili "attori" delle Reti stesse, anche interventi di prevenzione per i precari "a rischio di disagio psichico" utilizzando risorse e opportunità disponibili.

In sintesi, la Ricerca, che si è sviluppata in due filoni⁶, intendeva perseguire tre obiettivi principali.

Il primo, analizzare come il precariato entrasse in correlazione ed incidesse sulla situazione di disagio psichico di utenti dei Servizi di Salute Mentale della Regione Piemonte, indagando, in particolare, le dimensioni quantitative e qualitative di un campione significativo, considerandone le caratteristiche socio-anagrafiche, le carriere di lavoro, le forme di sofferenza psichica che presentavano, le concause

⁶ I due filoni fanno riferimento a due Ricerche: "Il disagio psichico dei lavoratori precari nella Regione Piemonte" e Ricerca: "Le risorse di rete territoriale nella prevenzione, riabilitazione, socializzazione di lavoratori precari utenti di servizi psichiatrici del Piemonte"

presenti nei loro percorsi di vita che li avevano condotti alla sofferenza psichica, l'incidenza della loro situazione sulle relazioni affettive e sociali.

Il secondo intendeva evidenziare le risposte attuate dai Servizi Psichiatrici per gli utenti-precari, tenendo conto sia del rapporto che instaurato con gli Operatori a partire dalla presa in carico e continuato con le diagnosi e gli interventi terapeutici realizzati con loro, sia degli interventi legati alla loro vita lavorativa e sociale finalizzati a migliorarne il benessere psicofisico, ottimizzarne la riabilitazione e favorirne la socializzazione, attuati collaborando con altri Servizi e realtà territoriali (Servizi Sociali del territorio, Enti locali, imprese, Associazioni, Organizzazioni Sindacali, ecc.).

Il terzo riguardava l'analisi delle modalità di strutturazione e funzionamento delle "Reti territoriali" in Piemonte, verificandone l'efficacia nella evoluzione positiva dei progetti di riabilitazione, socializzazione e ritorno alla vita attiva lavorativa dei precari utenti dei Servizi Psichiatrici.

Il percorso della Ricerca si è articolato, rispetto all'approccio metodologico, utilizzando una osservazione bifocale: oggettiva e soggettiva.

La soggettiva era data sia da studiosi ed esperti dei fenomeni indagati che avessero svolto ricerche analoghe sul tema, sia dagli "addetti ai lavori" dei Servizi Psichiatrici della Regione - psichiatri, psicologi, infermieri, educatori, assistenti sociali - veri testimoni privilegiati rispetto all'oggetto di indagine, interpellati mediante interviste in profondità.

L'oggettiva riguardava il punto di vista dei precari - utenti dei Servizi Psichiatrici: le loro storie da evincere da quei "diari di vita" che sono le cartelle cliniche compilate dagli Operatori nel corso dei colloqui periodici che avvengono nella presa in carico: infatti, vista la delicatezza delle tematiche trattate, non si sono interpellati direttamente gli utenti per evitare loro il rischio di ricaduta negativa rispetto ai loro percorsi terapeutici o di conferma di stigmatizzazione sociale.

La prima fase della Ricerca ha riguardato la Ricognizione preliminare mediante analisi di fonti scritte inerenti i temi trattati ed a quelle orali.

Riguardo alle fonti scritte, si è rilevato come all'epoca non esistessero né a livello bibliografico, né nell'ambito dei siti Internet, ricerche significative sul disagio psichico dei precari attinenti alle ipotesi ed agli obiettivi individuati dall'impianto teorico della Ricerca: pertanto, ci si è limitati a considerare atti deliberativi di Assessorati alla Sanità ed Assistenza di Province e Città concentrate principalmente nel Centro-nord, inchieste giornalistiche sui problemi psicologici, umani e sociali dei precari e testimonianze dirette di persone che vivono il problema, il più delle volte affidate ad Internet, che aprivano ampi spaccati sul tema della sofferenza psichica vissuta, a volte percepita in maniera cosciente, critica e lucida, a volte latente, accompagnata comunque dalla percezione negativa del proprio presente e futuro. Di aiuto sono state anche ricerche, analisi e studi condotti sul disagio psichico dei cassaintegrati effettuati negli anni Ottanta e Novanta del Secolo scorso⁷: infatti, pur con le debite differenziazioni, la condizione dei precari è simile a quella dei cassaintegrati per quanto riguarda la perdita di identità sociale, status e ruolo, meccanismi di inclusione e di esclusione, modalità di relazione, mancanza di prospettive, i contrasti e le tensioni famigliari a volte vissute.

Per quanto riguarda le fonti orali, si sono intervistati, utilizzando una traccia di domande strutturate, psichiatri, infermieri e assistenti sociali che operano nei Servizi del territorio: in questo caso, la rilevanza del fenomeno della sofferenza psichica dei precari e la sua pervasività a livello delle persone che vivono nel territorio piemontese è emersa in maniera molto netta, rilevando come il precariato lavorativo all'epoca fosse una concausa rilevante e significativa, accanto ad altri elementi causali, nell'insorgenza di forme di disagio psichico dei loro utenti.

⁷ Tra le ricerche inerenti il tema sofferenza occupazionale-disagio psichico, cfr: SAGO (Società Ricerca Organizzazione Sanitaria): Relazioni intercorrenti tra disoccupazione e stato di salute, Rapporto di ricerca alla Regione Sardegna, Firenze, 1984; G.A. Micheli: Eziologie sociali della malattia mentale, in: M. Tognetti (a cura di) I confini della salute, Angeli, Milano, 1988; G. Costa-N. Segnan: Mortalità e condizione professionale nello studio longitudinale torinese, in: "Epidemiologia e prevenzione" n° 39, 1989. Sul disagio psichico dei cassaintegrati, vedi: R. Cardaci: Gli effetti sociali della ristrutturazione: la CIG a Torino dopo il 1980, in: A.A.V.V. (a cura di A. Michelsons): Tre incognite per lo sviluppo, Angeli, Milano, 1985; M. De Polo - F. Fraccardi - G. Sarchielli: Senza lavoro: un'indagine sociopsicologica dell'esperienza CIG, "Studi di sociologia, n° 25, 1987; F. Barbano - R. Cardaci - C. Guala - A. Pirella (a cura di E. Bruzzone): Cassaintegrati e disagio psichico, Sagep, Genova, 1990.

A questo proposito, una considerazione va fatta: mentre in quegli anni si riteneva che il precariato, e in genere la sofferenza occupazionale, fossero una concausa dell'insorgenza di disagio psichico, studi recenti, in particolare quelli di Scuola anglosassone, individuano la mancanza di lavoro o la sua precarizzazione come causa determinante del disagio psichico delle persone.

Il campione individuato ha riguardato utenti dei Servizi Psichiatrici delle ASL del Piemonte che fossero lavoratori precari⁸.

In seguito, si è elaborata una scheda di rilevazione per reperire i dati dalle cartelle degli utenti dei Servizi Psichiatrici dei territori scelti, che comprendeva quattro aree tematiche: caratteristiche socio anagrafiche dell'utente (*sesso, età, scolarità, luogo di nascita, composizione del nucleo familiare*), la sua carriera lavorativa (*lavori svolti prima del precariato, periodo di inizio della precarietà, condizione lavorativa al momento del reperimento dei dati*), rapporto dell'utente col Servizio (*anno di presa in carico, diagnosi, modalità di avviamento, incidenza di eventuali concause sull'insorgere di disturbi psichiatrici, terapia*) e infine gli interventi realizzati dai Servizi Psichiatrici in collaborazione con il territorio per favorirne la riabilitazione e la socializzazione.

La discesa sul campo presso i Servizi si è realizzata con un primo incontro con gli Psichiatri responsabili dei Servizi e con le loro *Equipes* per presentare la Ricerca e attivare la raccolta dati, richiedendo loro di individuare, utilizzando la modulistica predisposta negli Ambulatori per i primi colloqui con gli utenti e la memoria storica degli Operatori stessi, quegli utenti che, casi attivi in quel periodo, vivessero la condizione di precario.

Successivamente è avvenuta la compilazione delle schede di rilevazione da parte dei ricercatori, che completavano con la collaborazione di medici ed Operatori i dati che non risultavano dalle cartelle.

I dati sono poi stati trattati mediante elaborazione informatica ed analisi degli elementi di conoscenza emersi e presentati nel Rapporto finale

Per quanto riguarda l'analisi delle Reti territoriali, è stato predisposto un questionario da proporre agli Operatori dei Servizi che fossero rappresentativi di diverse realtà territoriali del Piemonte, scelti anche tra quelli che avevano già partecipato alla prima Ricerca.

3. Gli elementi di conoscenza emersi

Riportiamo di seguito i principali elementi di conoscenza emersi dalla Ricerca, che ha coinvolto 1122 precari utenti delle ASL considerate, dei quali 563 uomini (50,17%) e 559 (49,83%) donne.

Rispetto all'età, si tratta di persone che hanno dai 26 ai 45 anni: si trovano quindi nel periodo della vita nel quale si compiono le scelte ascrivibili alla età attiva, nel quale la persona adulta, esprimendo appieno le proprie capacità e potenzialità professionali, dovrebbe poter vivere la propria affettività, progettare il presente e proiettarlo nel futuro, concretizzare il desiderio di maternità e paternità, programmare l'avvenire dei figli (situazione che riguarda il 60 % del campione considerato, che vive in una famiglia di nuova formazione).

E' evidente come la condizione di precariato, affiancata quale concausa alla situazione di disagio psichico che coglie queste persone, impedisce ogni realizzazione serena delle proprie scelte di vita.

Riguardo al livello di scolarizzazione, il titolo di studio maggiormente rappresentato è quello di Scuola Media Superiore o di Istituto Professionale, elemento che comporta un'ulteriore penalizzazione rispetto alle opportunità lavorative: per come si è strutturato il mercato del lavoro negli ultimi anni, questi titoli non garantiscono infatti né l'ingresso nel mondo del lavoro con una collocazione adeguata, né il mantenimento del posto di lavoro in caso di crisi aziendale.

Una conferma di questa tendenza è data dagli utenti-precari laureati, che nella quasi totalità riescono invece a mantenere il posto di lavoro pur presentando condizioni di disagio psichico.

Rispetto al periodo di precariato lavorativo, il 33% degli utenti è precario da sempre, e, come i loro omologhi che hanno invece avuto qualche periodo di inoccupazione continuativa, si adattano a fare lavori di vario genere; vale la pena di elencarne alcuni, vere e proprie "icone" della precarietà: addetto alle pulizie, distributore di volantini pubblicitari, vendemmiatore, ballerina, bibliotecario, badante per anziani, baby-sitter, collaboratrice familiare, cantante presso night e piano-bar, aiuto venditore ambulante, esattore per gli Uffici tributari, bigliettaio sui vaporetti (occupazione stagionale tipica dei

⁸ Sono state contattate tutte le A.S.L. di Torino, quelle di Rivoli, Settimo Torinese, Cuneo, Alessandria, Nizza Monferrato, Verbanco - Cusio - Ossola, Novara, Vercelli, Biella.

laghi del Verbano–Cusio–Ossola), scalpellino nelle cave di granito, bagnino, imbianchino, guardiano in canile, dog-sitter, rappresentante dei più vari generi commerciali.

Riguardo alle patologie diagnosticate, vi è una polarizzazione tra le più gravi, quali schizofrenia e altri disturbi psicotici con 441 segnalazioni (39,30 %), e disturbi della personalità, con 213 segnalazioni (18,98 %) da un lato e le più lievi, come depressione -193 casi (17,20 %) e disturbi d'ansia (panico-fobie) -191 (17,02 %)- dall'altro.

Da rilevare che 166 utenti-precari (14,79 %) hanno dato vita a tentativi anticonservativi, ad aggravare una condizione di disagio umano e sociale già fortemente problematica.

Inoltre, 209 utenti (18,62 %) presentano una condizione di doppia diagnosi, che compendia anche dipendenza da stupefacenti, mentre per 173 (15,41 %) si sono verificate situazioni di etilismo.

In merito alla concausa, 527 (46,96 %) riguardano problemi con la famiglia di origine, 229 (20,40 %) problemi con il nucleo familiare di nuova formazione, 145 (12,92 %) separazioni o divorzi, 160 (14,26 %) chiusura di un rapporto affettivo.

Le tipologie di interventi terapeutici messi in atto dai Servizi sono molteplici, e a volte ne sono stati praticate diversi per ogni utente: complessivamente, i più praticati, da considerare "classici", sono i colloqui con gli psichiatri contestualmente ai trattamenti farmacologici -970 interventi (86,45 %)- i colloqui di sostegno con psicologi -260 (23,17 %)- e le psicoterapie -177 (15,77%).

Tuttavia sono stati anche praticati interventi che, oltre ai trattamenti terapeutici classici", favorivano anche la riabilitazione e la socializzazione degli utenti-precari: inserimento in Centri diurni, terapia familiare, inserimenti in comunità o gruppo-appartamento, interventi educativi, oltre che inserimenti al lavoro, sia in situazioni "protette", quali inserimenti in cooperative sociali, sia utilizzando le opportunità offerte da imprenditori di diversi settori produttivi.

Gli interventi volti alla riabilitazione e socializzazione degli utenti-precari sono stati attuati in collaborazione con le reti territoriali che gli Operatori dei Servizi Psichiatrici hanno attivato e strutturato: diversi gli "attori" del territorio coinvolti come punti nodali delle reti: Centri per l'Impiego, Cooperative sociali, i Servizi Sociali territoriali (per ricercare situazioni abitative, espletamento pratiche burocratiche, ecc.), Enti Locali (Regione e Provincie) che hanno messo a disposizione posti di lavoro presso le proprie strutture, Organizzazioni Sindacali, colleghi di lavoro disponibili a partecipare a progetti di riabilitazione e socializzazione attivati per i colleghi precari.

Gli interventi realizzati hanno portato a risultati decisamente positivi per gli utenti-precari, a conferma che le Reti territoriali hanno una notevole efficacia nel miglioramento delle condizioni psicofisiche dei precari, nella loro riabilitazione e socializzazione, sia che passi per il reinserimento nel mondo del lavoro, sia che si realizzi come mero intervento terapeutico-socializzante.

Infatti, 907 utenti-precari (80,83 %) hanno giovato di miglioramenti a seguito degli interventi terapeutici, di riabilitazione e di socializzazione attuati sia dagli Operatori dei Servizi psichiatrici che dalla "rete di opportunità" del territorio.

I miglioramenti si concretizzano per 695 utenti-precari (76,62 %) in una compensazione delle patologie -quindi un maggior benessere- per 394 (43,43 %) in un incremento dell'autonomia, mentre 304 precari (33,51 %) hanno ripreso a lavorare, 221 (24,36 %) hanno migliorato il livello della loro vita di relazione e 174 (19,18 %) i rapporti con i familiari.

4. Considerazioni conclusive

Considerando la morfologia e le caratteristiche dei precari-utenti dei Servizi Psichiatrici, una prima considerazione riguarda la loro età anagrafica: come già evidenziato -ma è opportuno ribadirlo- si tratta di donne e uomini che vivono il periodo attivo della adultità, della realizzazione di sé e della progettazione dell'avvenire dei figli; il cumularsi della condizione di precariato con il disagio psicologico, sia lieve che grave, impedisce di fatto ogni possibile concretizzazione delle proprie scelte di vita su ogni versante, sia della realizzazione dei progetti personali, sia dell'affettività, sia della vita sociale.

La situazione si presenta maggiormente gravata di difficoltà per i giovani; sono loro che devono autonomizzarsi dalle famiglie di origine, e che, se non lavorano in maniera continuativa, data la instabilità del reddito, non riescono a intraprendere un proprio percorso di vita.

Nel loro caso, la difficoltà (spesso l'impossibilità) di progettare il futuro si accompagna alla impossibilità di superare il legame di dipendenza economica che li lega ai genitori, rendendo in molti casi drammaticamente difficile la convivenza familiare. La conseguenza è di vedere insorgere conflitti generati dalle tensioni che si instaurano nel rapporto figli-genitori, in quanto i primi vorrebbero rendersi autonomi ma non possono, i secondi, pur consapevoli delle difficoltà che i figli incontrano nell'intraprendere i propri percorsi, vorrebbero vederli realizzati al più presto.

Questi conflitti, come ha evidenziato la Ricerca, costituiscono fattori concomitanti nell'insorgenza del disagio psichico per una buona percentuale degli utenti-precari considerati: si conferma la tendenza - peraltro ben conosciuta dagli operatori della psichiatria- dei nuclei familiari a generare sofferenza psichica in forma più o meno grave per gli appartenenti al nucleo, che tende ad aumentare per i precari poiché l'incertezza, l'impossibilità di programmare il futuro tendono a far degenerare in conflitti (a volte anche dall'esito tragico), sia i rapporti familiari già tesi tra partner, sia i conflitti intergenerazionali che, tradizionalmente, caratterizzano il rapporto genitori-figli.

Inoltre, per quanto sia assodato che la famiglia ha sempre giocato un ruolo rilevante nella patogenesi della malattia mentale,⁹ nel caso dei precari è opportuno evidenziare alcune peculiarità.

Innanzitutto, occorre considerare la evoluzione, connotata dalla valenza della "criticità" che la "istituzione" famiglia ha vissuto negli ultimi decenni: disgregazione dei nuclei per separazioni e divorzi, conflittualità che degenerano a volte in omicidi (eventi emblematici, nella loro drammaticità, di una difficoltà di relazione tra partner e tra genitori e figli).

Inoltre, la precarietà della vita, il rarefarsi dei rapporti affettivi, la disgregazione delle relazioni umane che caratterizzano l'epoca della globalizzazione hanno acuito la crisi del "sistema famiglia".

Nelle famiglie ove si trovino uno o più membri in condizioni di precariato lavorativo, che genera ulteriori tensioni, problematicità e criticità delle relazioni interpersonali tra i componenti del nucleo tendono a ingigantirsi, aggravando ulteriormente la sofferenza psichica del precario.

Occorre anche notare che povertà e vulnerabilità sociale ingigantiscono criticità e problemi delle famiglie; pertanto, si può affermare che anche vulnerabilità e povertà sono fattori di "rischio di disagio psichico" per i componenti dei nuclei familiari che siano precari.

Una seconda considerazione concerne il titolo di studio dei precari-utenti, che, come si è potuto constatare, è medio-basso; pertanto, per come il mercato del lavoro è organizzato attualmente, Diplomi di Scuola media superiore o Professionale non garantiscono l'ingresso *tout-court* nel mondo del lavoro, o di mantenere il posto, qualora l'azienda in cui si è occupati entri in crisi.

Una ulteriore considerazione concerne la correlazione tra precariato e disagio psichico: in questo senso, si può evidenziare, "*in primis*" che la Ricerca ha verificato l'esistenza di uno stretto legame tra precariato e condizione di disagio psichico, pur non esistendo nessuna correlazione meccanica tra i due aspetti della vita dei precari-utenti campione, ma con altre concause.

Il legame tra precariato e disagio psichico si struttura in due situazioni specifiche.

La prima si verifica qualora la sofferenza psichica della persona agisce come causa per la perdita del lavoro, in quanto, se colpita da patologie psichiatriche (soprattutto gravi) difficilmente riesce a mantenere gli impegni lavorativi, e quindi viene licenziata, avviando la "carriera" del precariato.

La seconda si concretizza quando la perdita del lavoro diventa causa di disagio psichico, generando nel precario ansie, angosce, depressioni che lo portano a diventare utente del Servizio Psichiatrico.

Se si considerano le concause presenti nei percorsi di vita, si percepisce nettamente la complessità delle loro condizioni e come la loro sofferenza psichica presenti vari livelli di problematicità.

Pertanto, e a maggior ragione, la necessità di trovare per loro, nell'ambito degli interventi terapeutici, una occupazione diventa obiettivo prioritario per migliorarne le condizioni di salute mentale, incrementandone l'autonomia e favorendone riabilitazione e socializzazione.

Rispetto agli interventi degli Operatori, pur se ogni Servizio ha peculiarità di intervento proprie, il "tradizionale" trattamento farmacologico, contestuale ai colloqui con gli psichiatri, è praticato in tutti i Servizi, presso i quali si praticano anche interventi finalizzati a riabilitare e socializzare gli utenti-precari (inserimenti in attività terapeutiche ed in Centri diurni, interventi educativi).

⁹ Basti ricordare le analisi di Laing in merito alla rilevanza delle problematiche familiari per i pazienti psichiatrici.

A questi interventi di valenza squisitamente terapeutica si affiancano altri, quali inserimenti lavorativi, ricerca di abitazioni, collocazioni in gruppi-appartamento e comunità: interventi realizzati in collaborazione col territorio, nella dimensione strutturata ed organizzata della “rete territoriale”.

L'elemento di conoscenza più rilevante emerso riguardagli effetti di ricaduta positivi, conseguenti agli inserimenti lavorativi degli utenti-precari e realizzati con la “Rete territoriale”, sulle loro condizioni di salute mentale e sulla loro riabilitazione e socializzazione: infatti, riprendere a lavorare, anche se precariamente o in tirocini di lavoro presso Cooperative, Enti pubblici o imprese private, reperiti dai Servizi, genera un miglioramento delle condizioni di salute mentale degli utenti-precari, incrementandone autostima, autonomia e favorendone la riabilitazione e socializzazione.

La funzione terapeutica del lavoro, inteso non come ergoterapia manicomiale, è una certezza verificata dalla esperienza degli ex-degenti degli ospedali psichiatrici¹⁰, ed è stata verificata anche per i cassaintegrati in condizioni di disagio psichico.

Per i precari con disagio psichico, è diverso il senso del ritorno al lavoro: essere nuovamente occupati significa migliorare la propria salute mentale e riprendere una identità ed un ruolo sociale, incrementare l'autostima ed acquisire l'autonomia che solo il reddito può dare anche nella società post-fordista.

Dalla Ricerca, si evidenzia anche l'importanza fondamentale che la “Rete territoriale” riveste, con la gamma di interventi che realizza accanto agli inserimenti lavorativi, nel determinare miglioramenti significativi sul versante terapeutico, della riabilitazione e della socializzazione.

L'importanza della “Rete territoriale” si rileva anche dal fatto che gli “attori” presentano notevole capacità di osservazione rispetto al disagio psichico dei precari, segnalando ai Servizi -anche gli imprenditori- la sofferenza psichica dei precari.

Questa capacità di attenzione potrebbe tornare utile anche rispetto alla attivazione di interventi di prevenzione, a livello territoriale, per i lavoratori non ancora precari, ma che siano “a rischio” di diventarlo, con possibili conseguenze anche per la loro salute mentale.

¹⁰ Per gli ex-degenti le cui possibilità e potenzialità non avevano subito radicalmente il danno istituzionale dell'internamento manicomiale, lavorare ha determinato la riacquisizione di una identità sociale, il percepire un reddito che consentiva un buon livello di autonomia e la ripresa di relazioni sociali significative.

CALL CENTER E STRESS LAVORO CORRELATO: I PRINCIPALI RISULTATI DI UNA RICERCA

di Alberto Rossati - Docente di Psicologia Università di Torino e Cecilia Puca

1. Premessa: lo stress lavoro correlato

“Stress” è oggi una parola sulla bocca di tutti. Anche in campo scientifico, dopo esser stato studiato da medici e fisiologi, è diventato uno degli argomenti di cui si sono largamente occupati psicologi, sociologi, consulenti aziendali. Infine, anche i sindacalisti, gli imprenditori e i politici vi hanno dedicato la loro attenzione, come risulta dall'*Accordo Europeo* dell'8 ottobre 2004, firmato a Bruxelles sia dai sindacati che dalle organizzazioni imprenditoriali. Tale accordo è importante perché ha cercato di mettere a punto, forse per la prima volta, il concetto di “stress lavoro-correlato”. Esso è “una risposta psicofisica che si verifica quando le richieste del lavoro superano le risorse o le capacità del lavoratore di farvi fronte”. In breve, questa forma di stress si ha quando è presente uno *squilibrio* tra le esigenze del posto di lavoro e le attitudini e le competenze del lavoratore. I contenuti di questo *Accordo* sono stati inclusi nelle normative del nostro paese dal D. Lgs n. 81 del 9 aprile 2008 (*Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro*, pubblicato nella G.U. n. 101 del 30 aprile 2008, suppl. ord. n. 108), il quale ha cercato di tradurre in norme giuridiche le affermazioni che i documenti europei avevano enunciato a livello di principi.

E' uno dei casi in cui l'Italia ha brillantemente recuperato il ritardo sugli altri paesi europei, e, almeno a livello di buone intenzioni, si è posta all'avanguardia. Resta da verificare quali siano stati i risultati di queste nuove norme; se esse abbiano realmente favorito la messa a punto, nel mondo aziendale, di un clima organizzativo più sereno e di nuove procedure operative o se si sia trattato di una delle tante “buone intenzioni” di riforma.

Per rispondere in modo documentato occorre rifarsi alla letteratura scientifica disponibile sull'argomento. Emerge subito che, in questi ultimi anni, mentre c'è stata un'abbondanza *teorica* (i volumi disponibili sull'argomento son almeno una dozzina, senza contare numerosi articoli su riviste), i contributi *empirici* (quelli che cioè descrivono in concreto una ricerca o un intervento effettivamente fatto) sono invece molto scarsi. Se poi si fa riferimento, come nella ricerca condotta, allo specifico settore dei call center, allora i contributi empirici di una certa significatività sono sostanzialmente due: la nostra ricerca¹¹, pubblicata quest'anno, e l'indagine realizzata in un call center di Bari da Corigliano e Greco¹, pubblicata nel 2009¹².

2. L'impostazione della ricerca

La nostra ricerca si è realizzata grazie al sostegno del sindacato che si è rivolto a noi per verificare la correttezza delle conclusioni di una analisi che la direzione di *Contacta* aveva precedentemente svolto per la valutazione dello stress da lavoro del personale. In tale studio erano stati presi in esame solo i management, i team leader e i supervisor, ed erano stati del tutto esclusi, invece, gli operatori. Le conclusioni sostenevano che all'interno dell'azienda ci sarebbe stato un livello di stress molto basso, nei soggetti analizzati. L'idea del sindacato era quella di porre a confronto - una volta elaborati i nostri dati- i due studi, portando all'attenzione dell'amministrazione i differenti risultati, laddove si fosse osservato un livello di stress-lavoro correlato diverso.

Il call center oggetto della nostra indagine gestisce tre tipi di servizi di cui due servizi di assistenza clienti Inbound e di un servizio clienti Outbound¹³. Pertanto ci si è posti l'interrogativo più specifico di

¹¹ A. Rossati, S. Maroncelli, S. Puca, Call center e stress lavoro-correlato. I risultati di una ricerca. Aracne, Roma

¹² E. Corigliano, L. Greco, Trappole e traiettorie nel mercato del lavoro meridionale: salvati dal telefono? Una ricerca in un call center, Angeli, Milano

¹³ Per capire la differenza, sono servizi di assistenza clienti Inbound ad esempio lo 89.24.24 o il 12.40 mentre è Outbound un servizio per una Banca o per un qualsiasi operatore economico o istituzionale. La circolare n. 17 del 14 giugno 2006, emanata dall'allora Ministro del Lavoro Damiano, poneva una netta distinzione tra le attività dei lavoratori inbound e outbound, cioè tra coloro che ricevono le telefonate e coloro che contattano i clienti per proporre specifici servizi nell'ambito di campagne promozionali. Secondo le indicazioni della circolare, nel primo caso erano utilizzabili solo contratti di lavoro subordinato, in quanto “l'operatore non gestisce la propria attività, né può in alcun modo pianificarla”, ma si limita

verificare il livello di stress sia degli operatori che gestiscono tutti e tre i suddetti servizi, oppure soltanto due di essi, o che ne gestiscono solo uno.

In sede preliminare ci si è chiesti se fosse presumibile che gli operatori che svolgono un solo tipo di operazione (sia essa il rispondere al telefono “in entrata”, piuttosto che il chiamare “in uscita”) svolgessero anche un lavoro mentale minore di quello dei colleghi costretti a trattare due diversi tipi di mansioni (sia chiamare i clienti che rispondere al telefono) e che quindi devono cambiare il loro atteggiamento mentale nel corso del lavoro.

Si è ragionevolmente ipotizzato che questi stessi lavoratori fossero più sottoposti a stress dei soggetti del primo gruppo. Naturalmente questa è stata formulata come ipotesi teorica da verificare o smentire nel corso della ricerca empirica, sia con metodi qualitativi che quantitativi.

Per dare maggiore completezza all'analisi si è proceduto suddividendo l'indagine in due parti: una quantitativa e l'altra qualitativa. La parte quantitativa prevedeva la somministrazione del questionario multifattoriale OPRA¹⁴ (*Organizational and Psychosocial Risk Assessment*) messo a punto da Magnani, Mancini e Majer (2009) per valutare i fattori di rischio psicosociale e le condizioni di stress lavoro correlato. Il campione di operatori è stato scelto in maniera casuale, ricavandolo sulla base dei partecipanti alle assemblee sindacali. Si sono così distribuiti circa 170 questionari, ottenendo un ritorno di 134 risposte relative ai tre turni, di cui centotrenta valide e quattro non considerate poiché incomplete ai fini dell'analisi. Essa è stata realizzata attraverso la somministrazione di un'intervista semi strutturata - creata ad hoc - composta da domande suddivise per macro blocchi relativi ad aree tematiche come il contesto fisico ed ambientale, le relazioni instaurate con gli utenti, le relazioni coi colleghi, ecc..

La parte qualitativa è stata svolta attraverso interviste in profondità cui hanno partecipato venti soggetti, che vi hanno aderito su base volontaria.

3.I principali risultati emersi

Dall'analisi quantitativa risulta che, nel complesso, i dipendenti “Voice Care” che hanno risposto al questionario si collocano entro un livello di rischio stress da lavoro correlato che oscilla tra il medio alto e l'alto. Il punteggio è infatti corrispondente a 127 su 145 e dipende in gran parte dal malessere derivato da una scarsa identificazione con il gruppo e con l'organizzazione di appartenenza, che si esprimono attraverso la scarsa fiducia nell'organizzazione stessa e il desiderio di lasciare il proprio posto di lavoro. Un punteggio di 70 avrebbe indicato un rischio trascurabile, di 85 basso, di 100 medio basso, di 115 medio alto, di 130 alto e di 145 critico.

Questa valutazione è confermata anche da altri indici. Nella sezione del questionario OPRA dedicata alla salute psico-fisica (bipartita in salute fisica da un lato, e psicologica dall'altra) il punteggio è risultato rispettivamente di 114 su 145 e 113 su 145. Anche in questo caso, dunque, una situazione di rischio medio-alto. Ma sono soprattutto gli aspetti qualitativi, e quindi soggettivi, che saltano all'occhio. I lavoratori e le lavoratrici non si sentono affatto parte attiva del processo produttivo, ma piuttosto mero ingranaggio di un meccanismo schiacciante, che li ingloba talvolta al punto tale da renderli “*un automa*”, come afferma un'operatrice intervistata, un perfetto esecutore che spesso esegue operazioni in maniera totalmente meccanica. A tal proposito un'altra operatrice riporta: “*Io nemmeno ci penso a quello che faccio, a volte vado in automatico*”. Un'altra operatrice afferma: “*Con questo lavoro, è come se non fossi io. Non c'è niente di personale in quello che faccio, tutto viene dall'alto*”.

a mettere a disposizione del datore di lavoro le proprie energie psicofisiche; viceversa, nelle attività outbound il collaboratore poteva espletare la propria prestazione autonomamente, scegliendo modi e tempi di lavoro. Questa distinzione non ha retto alla prova dell'esperienza: il Ministero stesso ha dovuto riconoscere che si trattava di “una distinzione valida su un piano astratto” ma che presentava “in concreto notevoli limiti applicativi” (Circ. n. 8 del 31 marzo 2008).

¹⁴ Si è scelto il questionario OPRA, nell'ambito dei vari questionari disponibili, per le sue caratteristiche di maneggevolezza e precisione, e soprattutto perché esso è uno dei pochi strumenti basati su una taratura italiana. L'OPRA presenta come tratto peculiare la brevità del tempo richiesto (circa 20-30 minuti), e la semplicità di somministrazione. Il questionario, nella sua forma completa e definitiva, è stato calibrato attraverso la somministrazione ad un campione di 1213 soggetti e può essere considerato rappresentativo “delle caratteristiche generali della popolazione lavorativa italiana” (Magnani, Mancini e Majer, 2009 p. 29).

In conclusione, sembra che gli operatori mal sopportino l'espropriazione del potere decisionale, e la delega della comunicazione allo *script*, a un *copione* da seguire pressoché alla lettera.

Più in generale gli operatori coinvolti nell'indagine hanno manifestato il loro bisogno di sentirsi *soggetti*, attori responsabili e consapevoli: “*Mi piacerebbe venisse riconosciuto il valore di ognuno, del singolo*”. La rigidità del lavoro sembra aumentare gli atteggiamenti orientati alla dissidenza e desiderosi di contrastare il potere proveniente dall'alto. “*Io partecipo attivamente alle manifestazioni sindacali, perché è un modo per sovvertire l'ordine, per farmi sentire...*”.

La seconda ipotesi che intendevamo sottoporre a verifica era quella relativa allo stress degli operatori che svolgono due o tre servizi rispetto a coloro che ne gestiscono soltanto uno (ricordiamo che non esiste un incremento di stipendio per chi gestisce più servizi). A tal fine si sono distinti due gruppi di lavoratori: quelli addetti alla gestione di un solo servizio, *inbound* o *outbound*, e coloro che gestiscono sia *l'inbound* che *l'outbound*.

Dai dati raccolti emerge che la nostra ipotesi non è stata confermata. Infatti, alla domanda: “i lavoratori che svolgono due o tre servizi sono più stressati di coloro che invece ne svolgono uno soltanto?”, la risposta è stata negativa. Più precisamente, è risultato che lo scarto di punteggio fra i due gruppi si è rilevato pressoché nullo. I lavoratori che svolgono solo un servizio, infatti, presentano un punteggio pari a 129 su 145, mentre per coloro che sono impegnati in due o tre servizi il punteggio è corrispondente a 126. Una differenza certamente non indicativa.

Le problematiche dello stress lavoro-correlato dei soggetti intervistati (al call center di “Voice Care”) dal punto di vista dei contenuti sono sinteticamente ascrivibili a:

1- la gestione del rapporto con gli utenti è, secondo gli operatori, l'aspetto più stressante del loro lavoro. Anche chi svolge da diversi anni quest'attività fa ancora fatica a tenere sotto controllo lo stress, che deriva dal comportamento di clienti spesso definiti come arroganti, scontroso, e, in taluni casi, addirittura cafoni. Questo dato è sicuramente in linea con quanto emerso dalla letteratura (Corigliano e Greco 2009, Conway *et al.* 2010);

2- il rapporto con i colleghi presenta un ampio ventaglio di possibilità: può essere pressoché inesistente, oppure legato unicamente alle questioni di lavoro; in altri casi è coltivato anche al di fuori dell'orario di lavoro, con amicizie molto strette che fanno sentire alcuni operatori “*in famiglia*”. Pertanto, di solito non è fonte di stress, e in taluni casi, può diventare una fonte di *sostegno sociale*, e quindi un antidoto contro lo stress (Rossati, Magro 1999);

3 - “Voice care” è un distaccamento dell'azienda “Contacta”. Le figure legate alla direzione si vedono di rado, se non per casi particolari in cui l'operatore deve avanzare richieste specifiche. Il management viene identificato, quindi, per lo più, nel corpo dei *team leader*, con cui si lavora quotidianamente. Questo fatto rende il rapporto “coi superiori” meno problematico e difficile di quanto sia abitualmente nel contesto dei call-center,

4 - Infine emerge un aspetto da porre in rilievo, relativo alla condizione di nuove povertà entro la quale versano in particolare donne con alle spalle famiglie disgregate. E' una condizione molto presente che fa vivere il lavoro in maniera estremamente alienante (“*di annullamento*”) costrette ad anteporre i bisogni dei figli ai propri e con una situazione economica assai critica. Queste donne hanno sottolineato con vigore il forte deficit partecipativo di una situazione professionale che le fa sentire altro da sé e dalla quale non si sentono rappresentate. E' una situazione che genera in loro malcontento dato che non permette di trasferire agli stessi figli la necessità di mettere passione e amore in ciò che si fa; piuttosto genera un certo livello di appiattimento mentale e uno statico atteggiamento nei confronti delle relazioni in genere.

Ci si può domandare in che misura muterebbe la situazione emotiva e sociale degli operatori call center, (intesa anche in termini di percezione dello stress da lavoro correlato), se questi ultimi fossero nella posizione di riuscire a progettare in maniera più dinamica (ed eventualmente creativa) il loro agire lavorativo. Si creerebbe allora un circolo virtuoso per cui in condizioni di maggiore benessere aumenterebbe la produzione e salirebbero anche i salari e i profitti?

4. Alcune conclusioni possibili

I dati raccolti dalla nostra ricerca mostrano che, nelle condizioni descritte, si esprime un buon adattamento quando l'esperienza lavorativa nel call-center è vissuta come “parziale” e “non definitiva”: studenti che utilizzano il lavoro al call-center come un sostegno economico per potersi mantenere all'università, o come “trampolino di lancio” verso una attività lavorativa di tipo autonomo, o per poter coltivare un proprio hobby, ecc.. Viceversa, quando il lavoro nel call-center si presenta come “definitivo” (v. ad es. il gruppo delle “donne con un'esperienza lavorativa alle spalle”), allora emergono tutte le difficoltà legate all'espropriazione del potere decisionale e comunicativo-relazionale, nel quale a farla da padrona è la legge dello *script*, di un *copione* da seguire pressoché alla lettera.

In accordo con la letteratura internazionale, si sottolinea che ciò che rende particolarmente stressante il lavoro di operatore nei call-center sembra essere il deficit di autonomia decisionale e di controllo degli operatori sul loro lavoro, che appare considerevolmente più basso di quello di altri gruppi di lavoratori. Alcuni autori hanno indicato come una delle vie possibili per arricchire il ruolo professionale degli operatori di call-center quello del *teamworking*, cioè del *lavoro di gruppo* (Sprigg, Smith e Jackson 2003). Questa via sembra particolarmente promettente anche nel caso esaminato: costerebbe relativamente poco e darebbe agli operatori stessi la possibilità di riappropriarsi di un modo più personale e “creativo” di approcciarsi al loro lavoro.

Sarebbe inoltre opportuno offrire contratti di diverso tipo, garantendo a chi lo desidera la possibilità di un impegno “part-time” oppure contratti che richiedono un maggiore impegno di lavoro a fronte di un retribuzioni più elevate e soprattutto della possibilità di una effettiva “carriera” lavorativa (che oggi non è assolutamente prevista). Non solo. Coloro che desiderano impegnarsi a fondo nella vita dei call-center dovrebbero inoltre poter fruire di una *formazione* ad hoc, promossa in collaborazione, ad esempio, da azienda e sindacati e anche per l'accesso iniziale si potrebbe pensare ad un minimo di formazione, per rendere gli operatori informati delle maggiori difficoltà del loro lavoro.

In sintesi il suggerimento e il richiamo non può che essere uno solo: muovere verso un' “impresa responsabile” (Olivetti 1959, Gallino 2001).

Riferimenti bibliografici

- CONWAY P.M., CAMPANINI P., CAMERINO D., PUNZI S., FICHERA G.F., SARTORI S., CASTELLINI G., COSTA G. (2010), *Valutazione del rischio stress-correlato negli addetti al Call center: risultati di un'indagine condotta tramite questionario ed intervista semistrutturata*, T. Ital. MedLav Erg 2010, 32:4 Suppl. 2, 103-105, consultabile anche su <http://gimle.fsm.it>
- E. CORIGLIANO, L. GRECO (2009), *Trappole e traiettorie ne mercato del lavoro meridionale: salvati dal telefono? Una ricerca in un call center*, Angeli, Milano
- GALLINO L. (2001), *L'impresa responsabile. Un'intervista su Adriano Olivetti*, a cura di P. Ceri, Ed. di Comunità, Milano.
- MAGNANI M., MANCINI G.A., MAJER V. (2009), *OPRA. Organizational and Psychological Risk Assessment*, Giunti-OS, Firenze.
- OLIVETTI A. (1959), *Città dell'uomo*, Edizioni di Comunità, Milano.
- ROSSATI A., MAGRO G. (1999), *Stress e burnout*, Carocci, Roma, 3^a rist. 2006.
- SPRIGG C. A., SMITH P. R., JACKSON P.R. (2003), *Psychosocial risk factors in call-centres: An evaluation of work design and well-being*, HSE Research Report 169. Norwich; disponib. su <http://www.hse.gov.uk/research/rrhtm/101-200>.

L'ESPERIENZA DI UNA BUONA PRATICA: I GRUPPI DI “AUTO AIUTO LAVORO”

di Corrado Mandreoli - Camera del Lavoro Milano e di Massimo Cirri

L'esperienza dei gruppi di auto aiuto per persone disoccupate, promossa dalla Camera del Lavoro di Milano, affonda le proprie radici nella lunga tradizione del sindacato milanese di attenzione al tema del disagio. In particolare, l'Ufficio Politiche Sociali ha da sempre posto al centro della propria attività sindacale i temi del disagio, delle discriminazioni e della marginalità. Attraverso l'attività dello sportello, gli interventi e le iniziative nelle aziende e nel territorio, l'ufficio affronta i temi della disabilità, della salute mentale, della dipendenza, del mobbing, delle carceri e più in generale di tutte le forme di marginalità sociale.

E' da questo osservatorio che, negli ultimi anni, si è visto sempre più aumentare un disagio legato alla perdita, all'assenza e alla precarietà del lavoro. Il lavoro, e quello che rappresenta per la vita delle persone, è la grande vittima della profonda crisi economica e sociale che si sta attraversando.

I racconti e le storie di vita delle persone che sono state incontrate grazie all'esperienza di “auto aiuto lavoro” ce lo dicono con chiarezza: trovarsi all'improvviso senza lavoro, magari, come per alcuni, dopo una vita di occupazione più o meno stabile, determina un trauma, una rottura, un forte disorientamento.

Il lavoro rappresenta non solo un mezzo di sussistenza, ma un elemento essenziale per la costruzione della propria identità, personale e collettiva, dei propri percorsi di vita e anche delle proprie relazioni ed affetti. E' anche grazie al lavoro che ci sente soggetti attivi e pieni titolari di diritti di cittadinanza. Il lavoro è dignità e la sua assenza produce, in molti casi, frustrazione, perdita di autostima, senso di rabbia e di vergogna.

Sempre più spesso, inoltre, è isolamento e solitudine, è difficoltà nei rapporti con la famiglia, è allontanamento dagli amici e dalla quotidianità. La crisi cioè è anche una crisi delle relazioni, una crisi del tessuto sociale che tende a sgretolarsi, parcellizzarsi e disgregarsi.

Di fronte a questa situazione, l'idea maturata è stata quella di proporre alle persone disoccupate che lo avessero voluto, di incontrarsi, di confrontarsi, di rompere il muro dell'isolamento. L'obiettivo del gruppo è consentire alle persone di ripartire, recuperare le energie che hanno perso, ridando protagonismo alle loro storie di vita in una dimensione collettiva.

Questa modalità d'intervento nasce, innanzitutto, dalla storia del sindacato e dal suo linguaggio, dai suoi strumenti: in primo luogo, quello dell'assemblea. Il sindacato ha infatti nel suo patrimonio organizzativo e culturale il fondamento dei gruppi di “auto aiuto lavoro” dato che da sempre mette insieme i lavoratori, li riunisce, li fa discutere, non solo della paga base ma anche delle condizioni di lavoro e di vita. Quindi non è un caso che la prima esperienza di “auto aiuto lavoro” sia stata fatta con i lavoratori in cassa integrazione dell'azienda di telecomunicazione Agile Eutelia e sia nata grazie all'impegno della Camera del Lavoro di Milano e il suo segretario, Corrado Mandreoli, e alla guida di Massimo Cirri, psicologo e collaboratore della CGIL Milano.

In questo “navigare a mare aperto” ci si è incrociati e contaminati con la storia, la tradizione e le dinamiche dei gruppi di auto mutuo aiuto, che, soprattutto in alcune zone della nostra penisola (si pensi in primo luogo al Trentino Alto Adige), sono assai radicate nel territorio.

E' una esperienza un po' inedita che si è discosta dai temi solitamente affrontati nei gruppi tipici di “auto mutuo aiuto” e la definizione che fornisce Stefano Bertoldi del gruppo di “auto mutuo aiuto” lavoro *come un momento di incontro tra persone unite da uno stesso problema o da una situazione di vita per rompere l'isolamento, per raccontarsi le proprie esperienze di vita, per scambiarsi informazioni e soluzioni, per condividere sofferenze e conquiste con l'esperienza di riscoprirsi risorsa, non solo per sé, ma per l'intera collettività*, descrive molto bene quello che accade nei nostri incontri.

Il gruppo di “auto aiuto lavoro”, nato nel gennaio 2012, si ritrova ogni due settimane nella sala più rappresentativa, la Teresa Noce, della Camera del Lavoro di Milano. Alcune persone, dopo un periodo iniziale, non sono più venute, altre si sono aggiunte, un numero consistente partecipa fin dall'inizio. Le parole e i racconti delle persone che lo compongono e che hanno deciso di portare una loro riflessione

in questo libro (*Il tempo senza lavoro, di Massimo Cirri. Feltrinelli 2013*) ne rappresentano la migliore descrizione possibile.

L'interesse suscitato dall'iniziativa è stato da subito elevato: e in seguito i gruppi di "auto aiuto lavoro" sono stati attivati dalle camere del lavoro di Lodi e Parma e la camera del lavoro di Bergamo è pronta ad iniziare questa attività, quella di Trieste ci ha chiesto informazioni e documentazione mentre un progetto dello stesso tipo sta per essere attivato in Provincia di Monza. Nella Camera del Lavoro di Milano è nato inoltre il gruppo di "auto aiuto esodati": lavoratori traditi nelle aspettative e nella progettualità della loro vita.

Un momento molto importante del nostro percorso è stato la collaborazione attivata con il Comune di Milano, che ha portato alla nascita di un nuovo gruppo di "auto aiuto lavoro" (che si incontra in una bella villa del cinquecento, di proprietà dell'amministrazione comunale, nel quartiere di Quarto Oggiaro).

Si è fin da subito ritenuto l'esperienza come qualcosa da condividere, da consegnare al territorio, per essere diffusa e promossa. L'incontro con la municipalità sta attivando un valore aggiunto notevole all'iniziativa: è il territorio che attraverso i suoi rappresentanti è in grado di ascoltare e di prendersi carico delle storie, anche di sofferenza, dei suoi cittadini e fa un tentativo di ricomposizione dei legami e delle relazioni, diventando un attore che va oltre la somma delle singole soggettività e si fa Comunità. I territori che non ascoltano, che si chiudono il loro stessi e si fa apparato, amplificano invece il senso di abbandono e di risentimento di chi ha perso il lavoro, di chi sente tradite le proprie aspettative.

Il dialogo e la contaminazione tra i servizi per il lavoro e i gruppi di "auto aiuto lavoro" dovrà essere valorizzato al meglio. Allo stesso modo è necessario facilitare al massimo il confronto tra i gruppi e i servizi di salute mentale che, come ad esempio racconta il territorio milanese, sono sempre più investiti da richieste di intervento legate al male di vivere che nasce dalla precarietà e l'assenza del lavoro. Si tratta di situazioni in cui il disagio psichico è presente in percentuale molto bassa, e da cui le persone possono uscire non delegando la cura allo specialista, ma riprendendo in mano la propria storia e la propria vita per ripartire.

POLITICHE PIEMONTE

Redatto in **IRES Piemonte** - Via Nizza, 18 - 10125 Torino

Comitato di Redazione:

Fiorenzo **Ferlaino** (Direttore editoriale), Alberto **Crescimanno** (Redattore responsabile), Maria Teresa **Avato**, Davide **Barella**, Tommaso **Garosci**, Carla **Nanni**, Daniela **Nepote**, Giovanna **Perino**, Cristina **Bargero**, Marco **Bagliani**, Francesca S. **Rota**.

La Rete dei Corrispondenti:

Prof. **Francesco ADAMO**, Presidente Geoprogess, Università del Piemonte Orientale. - Prof. **Carlo Alberto BARBIERI**, vice-Presidente INU, Politecnico di Torino. - Dott. **Franco BECCHIS**, Presidente Fondazione per l'Ambiente Teobaldo Fenoglio. - Prof. **Giuseppe BERTA**, Università Bocconi di Milano. - Dott. **Enrico BERTACCHINI**, Centro Studi Silvia Santagata, Torino. - Dott. **Federico BOARIO**, esperto analisi sul commercio, Torino. - Dott. **Francesco BRIZIO**, Presidente Gruppo Torinese Trasporti - GTT. - Prof. **Giorgio BROSI**, Presidente SIEP, Università di Torino. - Dott. **Marco CAMOLETTO**, Presidente, AMIAT Torino. - Prof. **Riccardo CAPPELLIN**, Presidente Associazione Italiana di Scienze Regionali. - Prof. **Alberto CASSONE**, POLIS, Università Piemonte Orientale. - Dott. **Marco CAVAGNOLI**, Responsabile Centro di Competenza Edilizia e Gestione del Territorio CSI-Piemonte. - Dott.ssa **Tiziana CIAMPOLINI**, Responsabile Osservatorio delle Povertà e delle Risorse, Caritas Torino. - Prof. **Sergio CONTI**, DITeR, Università di Torino. - Prof. **Giuseppe COSTA**, Università di Torino, Centro di Documentazione per la Promozione della Salute DoRs. - Ing. **Sergio CRESCIMANNO**, già Segretario Generale del Consiglio Regionale del Piemonte. - Dott. **Roberto CULLINO**, Banca d'Italia, Sede di Torino. - Dott. **Luca DAL POZZOLO**, Presidente Fondazione Fitzcarraldo. - Prof. **Luca DAVICO**, Comitato Rota - Eau Vive. - Prof. **Antonio DE LILLO**, Università degli Studi di Milano Bicocca. - Prof. **Giuseppe DEMATTEIS**, Presidente Dislivelli, DITeR, Politecnico di Torino. - Dott. **Livio DEZZANI**, Regione Piemonte, Direttore Programmazione strategica, Politiche territoriali. - Prof. **Cesare EMANUEL**, Pro-Rettore Università Piemonte Orientale. - Prof. **Roberto GAMBINO**, European Documentation Centre on Nature Park Planning, Politecnico di Torino. - Prof. **Massimo Umberto GIORDANI**, Fondazione Torino Wireless, Politecnico di Torino. - Arch. **Mauro GIUDICE**, Presidente Istituto Nazionale di Urbanistica del Piemonte. - Prof. **Francesca GOVERNA**, Professore associato confermato, Politecnico di Torino. - Arch. **Daniela GROGNARDI**, Urbanistica, Comune di Torino. - Prof. **Piero IGNAZI**, Dipartimento di Scienza Politica, Università di Bologna. - Prof. **Adriana LUCIANO**, Dipartimento di Scienze Sociali dell'Università degli Studi di Torino. - Prof. **Maria Luisa BIANCO**, Presidente del Dipartimento di Ricerca Sociale del Piemonte Orientale. - Prof. **Roberto MAZZOLA**, Dipartimento di Scienze Giuridiche ed Economiche, Università del Piemonte Orientale. - Prof. **Alfredo MELA**, Direttore Appunti di Politiche Territoriali, DINSE, Politecnico di Torino. - Prof. **Manfredo MONTAGNANA**, Presidente Unione Culturale Franco Antonicelli. - Dott.ssa **Paola MORRIS**, CEI-Invest in Torino Piemonte Centro Estero per l'Internazionalizzazione. - Prof. **Angelo PICHIERRI**, Dipartimento di Scienze Sociali dell'Università degli Studi di Torino. - Dott. sa **Pina NAPPI**, ARPA-Piemonte. - Prof. **Enzo RISSO**, Presidente IRES-Piemonte. - Dott. **Marco RIVA**, Fondazione Rosselli. - Prof. **Giuseppe RUSSO**, Founding Partner, Step Ricerche. - Prof. **Salvatore RIZZELLO**, Preside Facoltà di Giurisprudenza, Università del Piemonte Orientale. - Prof. **Riccardo ROSCELLI**, Presidente SITI, Politecnico di Torino. - Prof. **Nanni SALIO**, Presidente Centro Studi Sereno Regis. - Prof. **Mario SALOMONE**, Presidente Istituto per l'Ambiente e l'Educazione Scholé Futuro. - Prof. **Carlo SALONE**, DITeR, Università di Torino. - Centro Studi Silvia Santagata, Torino. - Prof.ssa **Agata SPAZIANTE**, DITeR, Politecnico di Torino. - Dott. **Roberto STROCCO**, Ufficio Studi e Statistiche dell'Unioncamere Piemonte. - Dott.ssa **Francesca TRACLO'**, Direttrice Fondazione Rosselli. - Prof. **Massimo Umberto GIORDANI**, Fondazione Torino Wireless, Politecnico di Torino. - Prof. **Giampaolo VITALI**, Ceris-Cnr. - Dott. **Mauro ZANGOLA**, Direttore Ufficio Studi della Confindustria di Torino.

28 ottobre 2013

codice ISSN 2279-5030