

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brescia

LA VALUTAZIONE E LA GESTIONE DEL RISCHIO STRESS LAVORO CORRELATO NELLE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI

**Esito dei controlli effettuati dal Servizio PSAL
nel periodo 2013-2017**



A cura di:

Laura Benedetti, Alessia Giarrusso, Chiara Pezzotti, Domenica Sottini

Brescia, 26/03/2018

Gruppo di Progetto Stress lavoro-correlato:

***Laura Benedetti, Giuliana Bonardi, Marisa Galvagni, Alessia Giarrusso, Marco Lipparini,
Chiara Pezzotti, Filomena Schettino, Luisa Scolari, Domenica Sottini***



INDICE

- 1. Premessa**
- 2. Lo stress lavoro correlato nelle RSA**
- 3. La gestione dello stress nelle RSA: aspetti comuni fra normativa in materia di salute e sicurezza sul lavoro e normativa sull'accREDITAMENTO**
- 4. La valutazione del rischio stress lavoro correlato nelle RSA**
- 5. Esito dei controlli effettuati nelle RSA nel periodo 2013-2017**
- 6. Conclusioni**

Allegati:

A) Principali fattori di rischio per lo stress lavoro-correlato e possibili misure di prevenzione e/o gestione del rischio nelle RSA

Riferimenti bibliografici



1. Premessa

La letteratura scientifica evidenzia da tempo la necessità di monitorare e prevenire il rischio stress lavoro-correlato (SLC) negli operatori sanitari poiché può comportare conseguenze negative per la salute dell'individuo, per la qualità delle cure elargite ai pazienti e per il livello generale di benessere organizzativo. In particolare, fra i lavoratori che operano in ambito geriatrico è ampiamente riconosciuta la presenza di specifiche situazioni di disagio psicologico associate al lavoro e i loro effetti sulla soddisfazione lavorativa, sul turnover e sulle cure prestate agli ospiti.

Il numero di anziani che necessitano di cure e servizi a lunga degenza sta aumentando costantemente, così come il carico di lavoro degli operatori delle residenze sanitarie assistenziali (RSA). Le difficoltà inerenti la gestione di pazienti complicati e con disturbi comportamentali (la demenza è una delle principali cause di istituzionalizzazione dell'anziano), le situazioni familiari problematiche ad essi correlate ed il confronto con la morte dei propri ospiti sono solo alcuni dei fattori che espongono gli operatori a stress prolungato, fino a possibili situazioni di disagio o vere e proprie patologie. Come gli altri operatori sanitari, inoltre, questi lavoratori sono esposti ad una varietà di rischi professionali, quali il rischio da sovraccarico biomeccanico determinato dalla movimentazione manuale degli ospiti, il rischio di aggressioni, il rischio chimico e quello biologico. A ciò si associa, inoltre, una sempre più frequente precarietà dei contratti di lavoro.

Gli operatori delle RSA rappresentano pertanto una categoria professionale particolarmente esposta al rischio di sviluppare un disagio stress lavoro correlato o una sofferenza da burnout, due tipologie di problemi simili ma non sovrapponibili.

Lo stress lavoro correlato (SLC) viene definito nell'Accordo Europeo dell'8 ottobre 2004 (art. 3) come una condizione accompagnata da sofferenze o disfunzioni fisiche, psichiche o sociali, che scaturisce dalla sensazione di non essere in grado di rispondere alle richieste o di non essere all'altezza delle aspettative. Lo SLC può essere quindi definito come la condizione in cui le richieste provenienti dall'ambiente di lavoro vengono percepite dagli individui come eccedenti le loro risorse. Le disfunzioni dell'organizzazione sono avvertite dai lavoratori come una "situazione che gli sta sfuggendo di mano", da cui derivano vissuti di paura, ansia e disturbi psicofisici. Sono lavoratori che non ce la fanno più a svolgere adeguatamente il loro lavoro, e lamentano contemporaneamente una ridotta capacità di gestire gli impegni quotidiani, paura di non riuscire a rispondere alle proprie responsabilità e mantenere le scadenze, consapevolezza di una ridotta efficienza con rischio di errori e di incidenti, e aumentata insofferenza e ridotta disponibilità a collaborare con gli altri.

Il termine burnout configura una condizione di stress lavorativo riscontrabile con maggior frequenza tra i soggetti impegnati in attività assistenziali, si tratta pertanto di un problema particolarmente rilevante per l'area socio-sanitaria. Il termine indica il lavoratore "bruciato", "fuso" e descrive il quadro sintomatologico individuale conseguente a condizioni di stress occupazionale prolungato caratterizzato dalla progressiva presa di distanza dall'ambiente, dai problemi e dalle persone che creano



insofferenza, irritabilità ed esasperazione, comparsa di volontà di fuga accompagnata da vissuti di sofferenza in quanto si tratta generalmente di soggetti che hanno scelto la professione d'aiuto proprio in quanto al servizio degli altri. Il fenomeno è stato per lungo tempo collegato quasi esclusivamente alle professioni d'aiuto, esposte alla relazione con utenti in condizioni disagiate. Il continuo contatto con persone in condizioni di sofferenza fisica e sociale, l'alto investimento emotivo, il prolungato impegno professionale e personale, sono state considerate le condizioni favorevoli allo sviluppo della sindrome del burnout. Studi più recenti hanno portato ad una ridefinizione del burnout quale sindrome che può colpire il singolo in relazione ad ogni tipo di organizzazione del lavoro. Le condizioni lavorative predittive sono del tutto sovrapponibili ai fattori favorevoli lo stress occupazionale. Se si interviene, pertanto, per valutare e gestire il rischio SLC, occupandosi delle condizioni di organizzazione del lavoro che lo favoriscono, si concorre alla prevenzione delle condizioni individuali di sviluppo della sindrome del burnout.

A livello aziendale, il disagio e la sofferenza dei lavoratori, causati dalle disfunzioni organizzative, si traducono in un elevato turnover, un numero elevato di assenze per malattia o, al contrario, un aumento del presentismo¹, elevata incidenza di infortuni, aumentate richieste interne di trasferimento o cambio mansione per motivi di salute, aumento dei contenziosi e dei provvedimenti disciplinari e, non da ultimo, pesanti ricadute sulla qualità assistenziale. Pertanto, se si interviene in maniera efficace per valutare e gestire il rischio SLC, occupandosi delle condizioni di organizzazione del lavoro che lo favoriscono, si concorre sia alla prevenzione dello sviluppo dello SLC e della sindrome del burnout nei lavoratori, che al miglioramento della produttività e della qualità dell'offerta assistenziale.

A seguito della emanazione delle indicazioni della Commissione Consultiva Permanente del 2010, presso il Servizio PSAL della ATS di Brescia si è costituito il gruppo di lavoro "Stress lavoro-correlato", che si è posto i seguenti obiettivi:

1. approfondire la conoscenza del rischio specifico;
2. assistere le aziende in una fase iniziale di esigibilità dell'obbligo di valutare un rischio per loro nuovo, attraverso incontri con le figure aziendali e la messa a disposizione di strumenti di autovalutazione;
3. avviare un'attività di vigilanza e controllo sul territorio, garantendo un approccio il più possibile omogeneo e trasparente attraverso l'utilizzo dello stesso strumento di valutazione messo a disposizione delle aziende sul sito internet dell'allora ASL di Brescia.

Il gruppo di lavoro, alla luce di quanto segnalato dalla letteratura per il settore socio-sanitario, ha dedicato particolare attenzione alle RSA all'interno della programmazione sia delle attività di promozione e assistenza che delle attività di controllo, che hanno

¹ Calo delle prestazioni dei dipendenti a causa di problemi di salute, quando i dipendenti decidono di recarsi al lavoro ma non sono in grado di garantire lo stesso livello di prestazioni rese in condizioni di lavoro normali. Dalle analisi dei costi del presentismo associato a disturbi psichici e a problemi di salute in generale, è emerso che tali costi sono diverse volte superiori rispetto a quelli dell'assenteismo (EU-OSHA – "Il calcolo dei costi dello stress e dei rischi psicosociali nei luoghi di lavoro").



riguardato un numero consistente di aziende di diversi comparti.

Il presente report riassume quanto emerso nell'attività di vigilanza condotta in un campione di RSA del territorio della ATS di Brescia, al fine di fornire un quadro di come questo settore ha affrontato il problema dello SLC e offrire indicazioni utili ai datori di lavoro e alle figure aziendali della prevenzione per il miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza dei lavoratori e, di conseguenza, della qualità dell'offerta assistenziale.

2. Lo stress lavoro correlato nelle RSA

Gli studi disponibili confermano per gli operatori delle RSA, come già accennato, l'esposizione a numerosi fattori di rischio per l'insorgenza di stress e burnout, quali il sovraccarico lavorativo per la carenza di personale, la pressione temporale, il contatto costante con la sofferenza e con persone che necessitano di cure a lungo termine. Inoltre, secondo una recente pubblicazione del *National Institute for the Occupational Safety and Health* (NIOSH), i comportamenti aggressivi degli ospiti e dei familiari e le possibili minacce rappresentano uno dei principali rischi psicosociali nel settore.

Un recente studio trasversale francese (Pèlisser C. et al.), che ha coinvolto 105 RSA per un totale di 2.649 lavoratori, ha evidenziato quali principali fattori di stress, oltre a quelli già citati, la frequente confusione di compiti e di responsabilità fra le diverse figure professionali, lo sbilanciamento sforzo/ricompensa, il disagio legato al contatto con la morte. Anche in Italia gli studi condotti (Fiabane et al) confermano fra i principali fattori di rischio lo stretto contatto con la sofferenza umana, il rischio di aggressioni verbali e fisiche da parte degli ospiti, il disagio lavorativo causato dal sovraccarico biomeccanico, la percezione di scarsa equità, il carico di lavoro.

Il confronto fra le categorie professionali evidenzia negli studi alcune differenze fra ausiliari (OSS, ASA) e sanitari (infermieri etc).

Per il personale ausiliario vengono generalmente evidenziati:

- maggior rischio di sviluppare la sindrome del burnout rispetto ai colleghi sanitari e maggiore disagio legato al contatto con la morte;
- elevati livelli di stress e di insoddisfazione professionale come conseguenza di numerose e pressanti richieste lavorative associate ad un basso controllo sul proprio lavoro, mancanza di adeguate informazioni e scarso riconoscimento del ruolo;
- esposizione ad un maggior numero di fonti di rischio stress (quali ad esempio il lavoro del fine settimana e nelle festività);
- maggior numero di indicatori di potenziale malessere (assenteismo e giorni di malattia) e minore presenza di "indicatori di contrasto" dello stress (es. eventi di formazione).

Il personale sanitari (medici e infermieri), pur presentando generalmente livelli di stress e burnout inferiori rispetto agli ausiliari, lamenta maggiormente criticità legate alla qualità delle relazioni sul posto di lavoro e alla mancanza di sostegno reciproco dai colleghi. Diversi studi hanno sottolineato l'importanza del supporto tra colleghi e della



percezione di appartenenza al gruppo quali fattori protettivi della sindrome da burnout. Gli infermieri professionali delle RSA hanno infatti la responsabilità legata alla gestione del reparto e dell'attività di coordinamento delle varie figure professionali, in particolare per chi svolge la mansione di caposala (gestione cartelle sanitarie e registrazione dati, gestione e stesura turni di lavoro del personale, gestione delle sostituzioni o di particolari carenze di personale, gestione del personale proveniente da ditte esterne, preparazione terapie etc.).

In Allegato A si riporta, quale utile strumento sia informativo che operativo, un elenco dei principali fattori di rischio SLC presenti nelle RSA e delle possibili misure di prevenzione e/o gestione del rischio, tratto da materiale informativo prodotto nell'ambito di altre esperienze.

3. La gestione dello stress nelle RSA: aspetti comuni fra normativa in materia di salute e sicurezza sul lavoro e normativa sull'accreditamento

Il D.Lgs 81/08 (Testo Unico in materia di salute e sicurezza sul lavoro) impone al datore di lavoro l'obbligo di valutare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori (art 28 c.1) tra cui anche quelli collegati allo SLC secondo i contenuti dell'Accordo Europeo dell'08/10/2004 e le indicazioni della Commissione Consultiva Permanente del 18/11/2010 (art. 28 c. 1-bis). La valutazione del rischio SLC deve prendere in considerazione tutti i lavoratori e le lavoratrici, compresi i dirigenti e i preposti, prendendo in esame non singoli ma gruppi omogenei (G.O.) di lavoratori (es. per mansioni e/o partizioni organizzative) che risultino esposti a rischi dello stesso tipo.

Le indicazioni della Commissione Consultiva definiscono un percorso di valutazione del rischio che rappresenta il livello minimo di attuazione dell'obbligo normativo, che deve essere soddisfatto dalle aziende di tutti i settori e di tutte le dimensioni, attraverso una valutazione preliminare oggettiva (obbligatoria) ed una valutazione approfondita soggettiva (eventuale).

Fatto salvo l'obbligo di valutare in fase preliminare gli eventi sentinella² e i fattori di contenuto³ e di contesto⁴ del lavoro (esemplificati in maniera non esaustiva ma necessaria nelle indicazioni della Commissione Consultiva), è possibile utilizzare fin dalla fase preliminare anche strumenti che rilevino la percezione dei lavoratori, tipici della valutazione approfondita. Tale approccio, sostenuto dalle indicazioni di Regione Lombardia, è auspicabile in particolare per i settori a rischio noto come quello socio-

² Gli eventi sentinella rappresentano alcuni dei segnali in una organizzazione che possono indicare la presenza di stress da lavoro, quali ad esempio indici infortunistici, assenze per malattia, turnover, procedimenti e sanzioni, segnalazioni del medico competente.

³ I fattori di contenuto del lavoro sono elementi caratteristici del tipo di lavoro svolto dai diversi gruppi omogenei di lavoratori e del modo in cui tale lavoro viene organizzato dall'azienda (ambiente di lavoro e attrezzature; carichi e ritmi di lavoro; orari e turni; pianificazione dei compiti; corrispondenza tra le competenze dei lavoratori e i requisiti professionali richiesti).

⁴ I fattori di contesto del lavoro consentono di indagare come i lavoratori si rapportano con l'organizzazione aziendale e che modalità di gestione di tali rapporti l'azienda stessa si è data (funzione e cultura organizzativa; ruolo nell'ambito dell'organizzazione; autonomia decisionale e controllo; rapporti interpersonali al lavoro; evoluzione e sviluppo di carriera; comunicazione; interfaccia casa-lavoro).



sanitario.

Nelle indicazioni della Commissione Consultiva viene richiamato inoltre l'obbligo di cui all'art. 29 del D.Lgs 81/08 di coinvolgere tutte le figure aziendali della prevenzione (medico competente, Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione RSPP, Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza RLS), specificando la necessaria preventiva consultazione degli RLS nella fase di progettazione del percorso di valutazione. Per la particolarità del rischio, è previsto che i lavoratori e/o gli RLS siano sentiti già nella fase di valutazione preliminare (oggettiva) in merito ai fattori di contenuto e di contesto in quanto osservatori privilegiati dell'organizzazione del lavoro perché ne sono parte e la vivono direttamente.

Particolare attenzione deve essere posta nella scelta metodologica al fine di permettere una corretta identificazione del fattori di rischio da SLC in modo da farne discendere la pianificazione e la realizzazione degli interventi correttivi e di prevenzione. Il processo di valutazione del rischio deve essere infatti orientato alle soluzioni, soprattutto di tipo collettivo a forte valenza preventiva; affrontare e risolvere casi individuali "ex post" è certamente utile e necessario ma non può essere considerata una soluzione preventiva. Gli interventi correttivi e di miglioramento devono essere individuati con la partecipazione e la collaborazione degli RLS e/o dei lavoratori, devono riferirsi alle fonti di rischio risultate critiche in fase di valutazione e consistere in azioni concrete e verificabili nel tempo.

Una adeguata gestione del rischio SLC è fondamentale nelle strutture socio-sanitarie a causa del profondo legame e delle ricadute reciproche fra salute, sicurezza e benessere dei lavoratori e qualità dell'assistenza offerta. Con particolare riferimento alle RSA, fatti di cronaca periodicamente ripropongono drammaticamente il tema della salvaguardia della qualità dell'assistenza all'anziano, della gestione del personale e delle modalità per prevenire tali eventi. Ciò trova conferma anche nell'analisi dei requisiti di esercizio e accreditamento e degli indicatori di appropriatezza dei servizi erogati, definiti in Regione Lombardia dalle seguenti principali normative:

- DGR n. 7435/2001, che definisce i requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento delle RSA;
- DGR n. VII/12618/2003, riferimento per i requisiti gestionali organizzativi delle RSA;
- DGR n. X/1765/2014, che definisce gli indicatori di appropriatezza "generali" e "specifici" dei servizi erogati dalle unità di offerta socio-sanitaria;
- DGR n. X/2569/2014, che contiene i requisiti generali di autorizzazione e accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie e le linee operative per le attività di vigilanza e controllo.

All'interno dei requisiti soggettivi, organizzativi, gestionali, strutturali e tecnologici definiti nelle citate normative, sono presenti molti aspetti che costituiscono anche misure di prevenzione e contenimento del rischio SLC per i lavoratori, quali, a titolo di esempio:

- una buona gestione delle risorse umane, in termini di organico standard e di piano di sostituzioni, rotazioni, ferie e permessi del personale;



- adeguata formazione del personale, sia obbligatoria per legge (inclusa quella prevista dall'art. 37 del D.Lgs 81/08) che strettamente attinente alla funzione svolta (formazione sul compito);
- requisiti strutturali e tecnologici che rispettino anche la normativa in materia di salute e sicurezza dei luoghi di lavoro;
- attenzione, nell'ambito della rilevazione del grado di soddisfazione dell'utenza, oltre alla qualità del servizio e delle prestazioni, anche al grado di soddisfazione del personale per quanto riguarda il benessere lavorativo;
- cura della comunicazione interna e della diffusione delle informazioni, dei protocolli, del codice etico;
- predisposizione in forma collegiale del PI/PAI (progetto/piano di assistenza individualizzato) degli ospiti, con il coinvolgimento di tutte le figure professionali, prassi che facilita il costante confronto tra tutti gli operatori dedicati all'assistenza;
- adozione del modello organizzativo ai sensi del D.Lgs 231/2001 (art. 30 D.Lgs 81/08) nelle RSA di maggiori dimensioni.

4. La valutazione del rischio stress lavoro correlato nelle RSA

La maggior parte degli studi disponibili nella letteratura scientifica in merito alla valutazione del rischio SLC al settore delle RSA, esplora lo SLC ed il burnout (che rappresenta una forma particolarmente esasperata di stress da disfunzione organizzativa) con un approccio di tipo soggettivo ossia mediante l'utilizzo di questionari autosomministrati a campioni rappresentativi di lavoratori. Tuttavia è bene ricordare che diverse ricerche hanno evidenziato i limiti degli strumenti soggettivi, suggerendo l'importanza di utilizzare anche un approccio di tipo oggettivo.

Tra i metodi oggettivi, l'impiego di check-list o liste di controllo è molto diffuso, sia perchè la raccolta di indicatori aziendali e fattori di contenuto e di contesto del lavoro è prevista obbligatoriamente dalle indicazioni della Commissione Consultiva del 2010, sia perchè di facile applicabilità da parte dei soggetti aziendali della prevenzione. Anche questo metodo, tuttavia, può non risultare esaustivo, in particolare per il settore specifico, e, se utilizzato come unico metodo di valutazione, può presentare delle importanti limitazioni al fine della identificazione delle misure di prevenzione.

L'utilizzo di strumenti di diversa natura garantisce un'indagine maggiormente approfondita ed esaustiva della realtà organizzativa, necessaria per la pianificazione di interventi correttivi e di prevenzione dello SLC.

Nonostante la letteratura scientifica e le linee di indirizzo di Regione Lombardia (2009 e 2011) riconoscano il rilevante vantaggio metodologico dato dall'utilizzo congiunto di strumenti per la rilevazione oggettiva e soggettiva delle fonti di SLC, ad oggi sono poche le RSA che si sono avvalse di tale approccio e che hanno affiancato alla valutazione preliminare, una valutazione soggettiva che preveda, per esempio l'utilizzo di questionari soggettivi specifici per la rilevazione del burnout e delle sue potenziali cause di tipo organizzativo.



5. Esito dei controlli effettuati nelle RSA nel periodo 2013-2017

Come riportato in premessa, a seguito della entrata in vigore dell'obbligo di valutare e gestire il rischio SLC si è costituito presso il Servizio PSAL un gruppo di lavoro sullo "Stress lavoro correlato", che inizialmente ha avviato una attività di promozione e assistenza rivolta alle aziende del territorio. Per quanto concerne il settore socio-sanitario, in data 06/12/2012 è stato organizzato un incontro di promozione delle linee di indirizzo (2009) e delle indicazioni generali (2010) predisposte da Regione Lombardia, al quale sono state invitate le figure aziendali della prevenzione (datore di lavoro, medico competente, RSPP, RLS) di 107 realtà socio-sanitarie del territorio, sia residenziali che non residenziali. Dal momento che uno dei fattori di SLC per la popolazione del settore socio-sanitario è rappresentato dall'esposizione ad episodi di violenza e aggressività da parte di pazienti e familiari, nell'ambito dell'incontro è stato dato ampio spazio anche a tale rischio. All'incontro hanno partecipato 52 realtà socio-sanitarie, di cui 22 RSA.

Nel 2013 il gruppo di progetto ha avviato l'attività di vigilanza in aziende, sia private che pubbliche, appartenenti a settori segnalati sia dalla letteratura che dall'Agenda Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro come a maggior rischio, con l'obiettivo prioritario di verificare gli aspetti generali di gestione della sicurezza dei lavoratori e il percorso di valutazione e gestione del rischio SLC. L'indagine è stata generalmente preannunciata alla Direzione con una comunicazione scritta che ne illustrava metodi e finalità, al fine di programmare un incontro con tutte le figure aziendali della prevenzione.

Sono state controllate un totale di 18 RSA: 5 nel periodo 2013-2014 e 13 nel periodo 2016-2017. L'elaborazione dei risultati viene presentata in maniera disgiunta per i due periodi in quanto la scheda di rilevazione utilizzata in vigilanza è stata modificata nel 2016, facendo sintesi con lo strumento adottato nell'ambito del progetto nazionale CCM "Piano di monitoraggio e d'intervento per l'ottimizzazione della valutazione e gestione dello stress lavoro-correlato" al quale ha partecipato anche la ATS di Brescia.

Esito dei controlli effettuati nel 2013-2014

Nel periodo immediatamente successivo all'introduzione dell'obbligo della valutazione del rischio SLC, sono state ispezionate 5 RSA di piccole-medie dimensioni (20-124 dipendenti), con un Servizio di Prevenzione e Protezione ben organizzato e con la presenza di tutte le figure previste dalla normativa, compresi gli RLS. I lavoratori di tutte le strutture risultavano adeguatamente formati in materia di salute e sicurezza sul lavoro. Tutte le RSA avevano effettuato la valutazione preliminare del rischio SLC, e in 3 strutture (60%) era stato rilevato un rischio rilevante in almeno un gruppo omogeneo e/o partizione organizzativa. Di queste ultime, 2 RSA (67%) avevano poi effettuato un percorso di valutazione soggettiva al fine di una migliore identificazione delle misure correttive e preventive. Inoltre, anche una RSA che aveva avuto un esito negativo alla valutazione preliminare, aveva deciso comunque di effettuare una valutazione

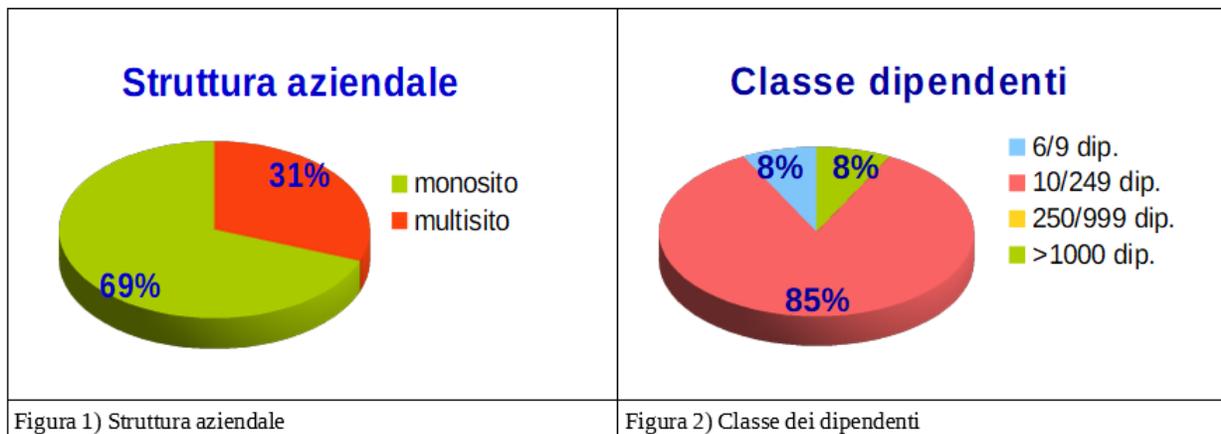


soggettiva al fine di identificare in maniera efficace le possibili misure di miglioramento rispetto ad alcuni aspetti critici emersi nel corso della valutazione. Sebbene in nessuna RSA fossero state riscontrate violazioni del D.Lgs. 81/08, nell'80% dei casi si è ritenuto utile fornire indicazioni di miglioramento attraverso audit con le figure aziendali della prevenzione oppure l'invio di una relazione di miglioramento.

Esito dei controlli effettuati nel 2016-2017

Nel periodo 2016-2017 sono state controllate 13 RSA, selezionate nell'ambito della programmazione ordinaria tenendo conto del numero dei lavoratori presenti, della assenza di controlli negli anni recenti e dell'assenza/basso numero di segnalazioni/denunce o referti di malattie professionali pervenute negli ultimi anni rispetto alla media del settore.

La maggior parte delle RSA controllate erano strutture monosito (69%), mentre 4 avevano una complessità maggiore e operavano in diverse sedi territoriali e/o regionali (multisito 31%) (figura 1). Si trattava principalmente di RSA di medie dimensioni (85%) (figura 2).

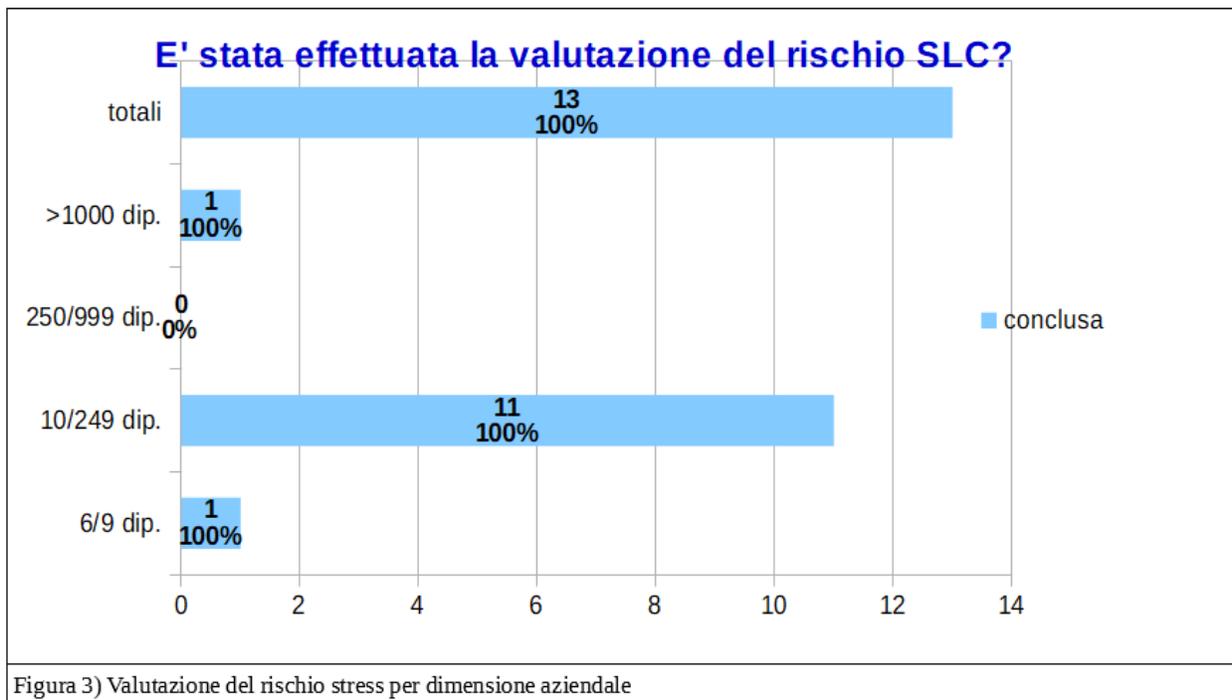


Gli addetti erano per la maggior parte di sesso femminile (90%), in una considerevole percentuale (21%) proveniente da altri Paesi (UE o extra UE). Solo una piccola percentuale del totale dei lavoratori (5%) risultava avere un contratto atipico, si deve tuttavia sottolineare che la presente analisi non prende in considerazione la presenza di liberi professionisti (medici, infermieri professionali) e lavoratori di cooperative, di frequente riscontro nella nostra esperienza.

Il Servizio di Prevenzione e Protezione è risultato generalmente ben strutturato, con un Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (interno nel 77% dei casi ed esterno nel 23%), il Medico Competente e un numero congruo di addetti al primo soccorso, antincendio ed emergenze. I Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza



erano presenti in tutte le realtà ad eccezione di una RSA di piccole dimensioni. In tutte le strutture era stata condotta la valutazione preliminare del rischio SLC (figura 3), che prendeva in considerazione i lavoratori dipendenti ma, nella quasi totalità dei casi, non i lavoratori con contratto atipico o i liberi professionisti presenti stabilmente all'interno dell'organizzazione aziendale. Solo una RSA aveva incluso nella valutazione del rischio SLC tutti i lavoratori presenti nella struttura, inclusi i numerosi liberi professionisti che vi operano stabilmente. Si osserva che tale scelta aveva costituito un'importante occasione per l'Amministrazione per fare emergere criticità organizzative che potevano aver ricadute non solo sullo *"stare bene al lavoro"* di coloro che operano presso la struttura socio-assistenziale, ma anche sull'efficienza e sulla qualità del servizio erogato, al fine di individuare e potenziare azioni di miglioramento con ricadute positive su tutta l'Azienda e sui cittadini-ospiti. Infatti, le azioni di miglioramento messe in atto da questa RSA a seguito della valutazione apparivano sostanziali e mirate a gestire le criticità specifiche del settore evidenziate nel processo di valutazione del rischio.



La metodologia più frequentemente utilizzata per condurre la valutazione preliminare è risultata quella proposta da INAIL nel manuale del 2011 (54%, n. 7 RSA), metodo aggiornato alle indicazioni della Commissione Consultiva pubblicante il 18/11/2010. Si osserva che il 38% delle strutture (n. 5 RSA) aveva utilizzato, al contrario, il metodo proposto da ISPESL nel 2010, ormai superato dall'aggiornamento INAIL (figura 4).



Metodologia adottata per effettuare la valutazione preliminare

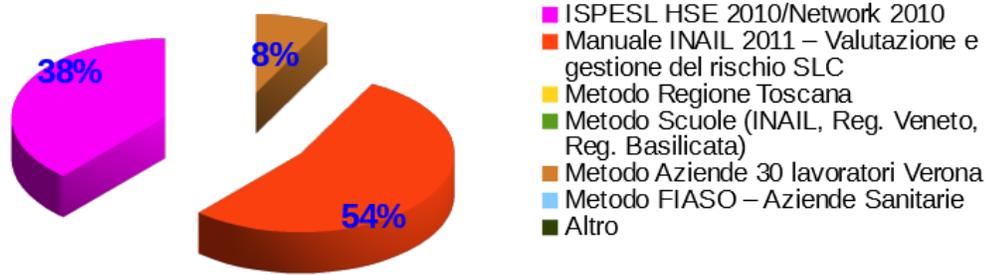


Figura 4) Metodologie adottate per la valutazione preliminare

Rispetto ad altri settori nei quali è stata condotta la vigilanza sul rischio SLC, è emerso complessivamente un maggior coinvolgimento di tutte figure aziendali della prevenzione (RSPP, MC, RLS) nel processo di valutazione preliminare del rischio.

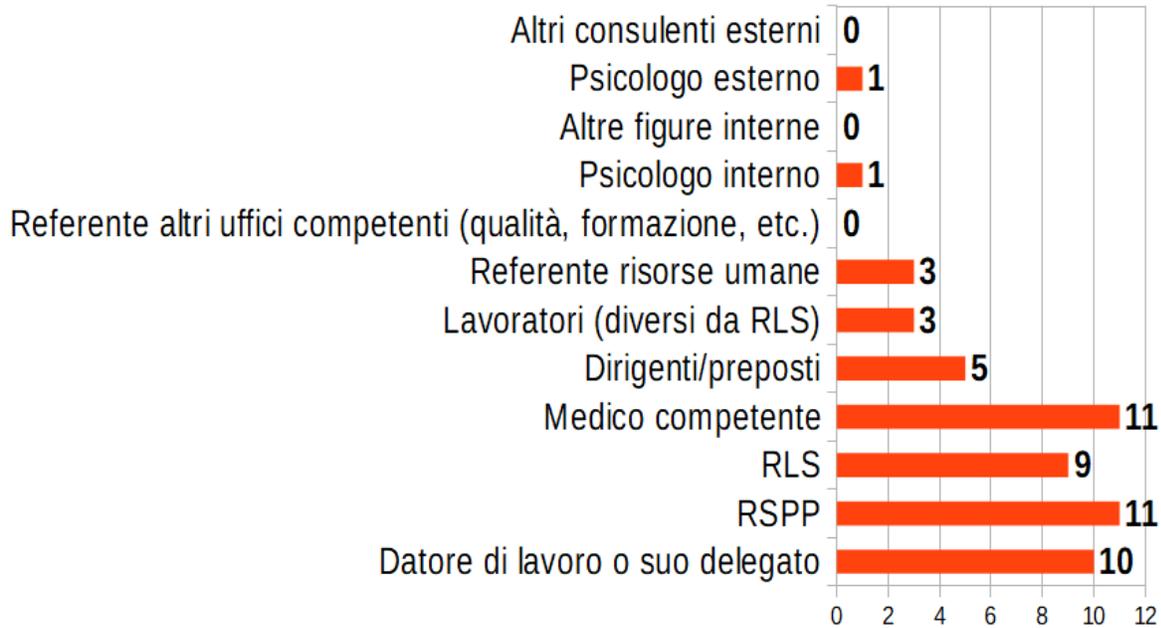
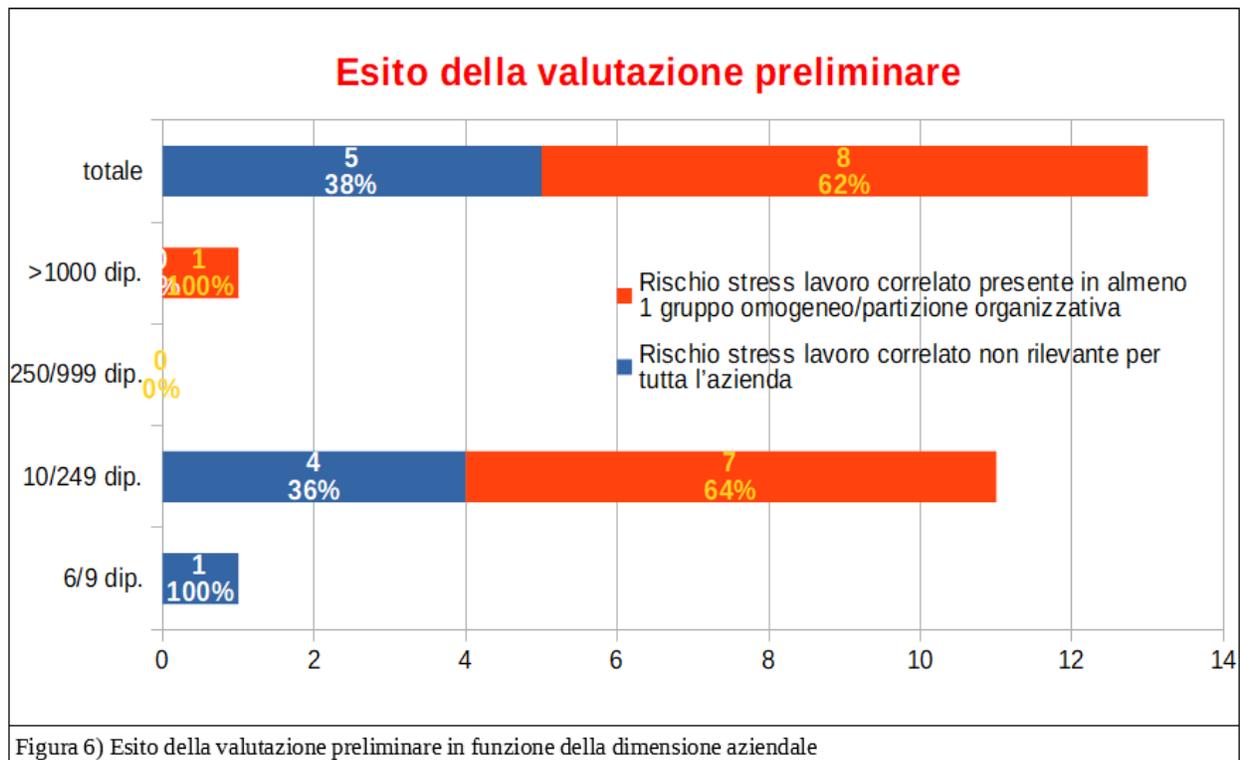


Figura 5) Figure coinvolte nella valutazione preliminare



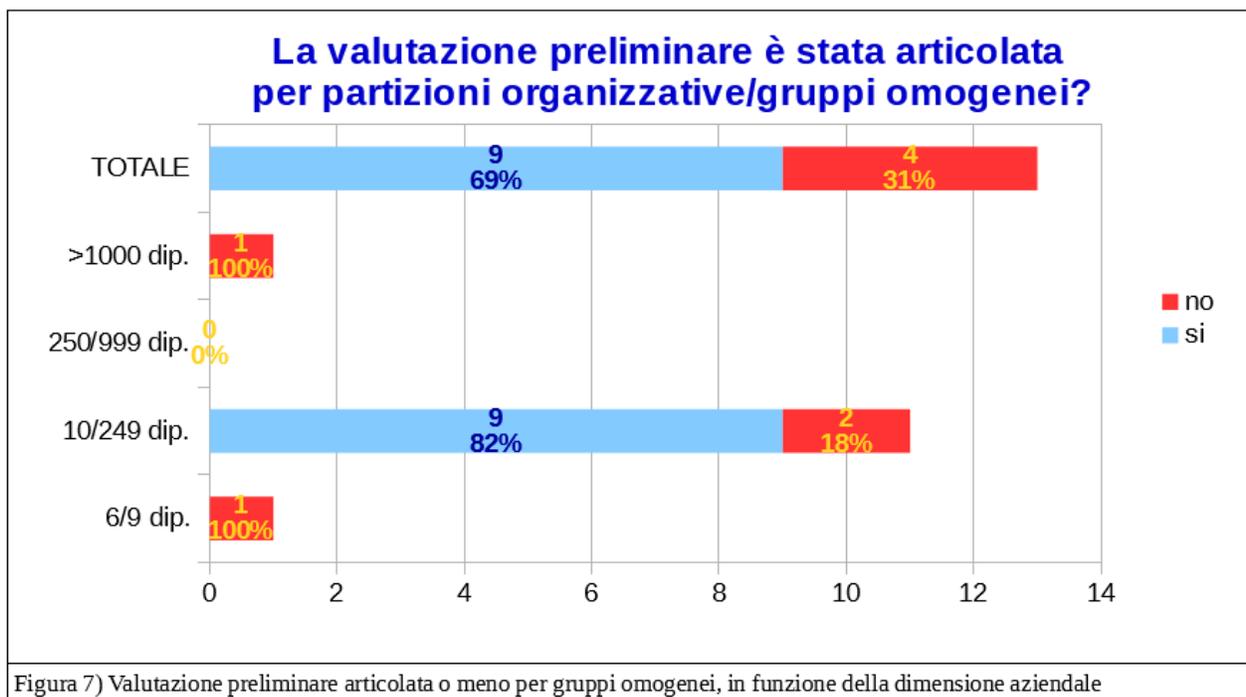
Si sottolinea tuttavia un basso coinvolgimento dei lavoratori e di figure specializzate quali gli psicologi (interni o esterni), seppur presenti, con altri obiettivi, all'interno delle strutture (figura 5). Per quanto concerne le modalità con cui devono essere "sentiti" i lavoratori nella valutazione preliminare in merito ai fattori di contenuto e di contesto, si fa presente che il modello raccomandabile prevede, oltre alla partecipazione stabile del RLS nel team di valutazione, anche, per ogni G.O., l'interpellare altri lavoratori (oltre ai dirigenti e preposti), che ben conoscono i fattori di rischio di tale G.O. (FAQ D.9 Indicazioni del Coordinamento Tecnico Interregionale del gennaio 2012).

Nel 62% delle RSA la valutazione preliminare ha evidenziato un rischio SLC significativo in almeno un gruppo omogeneo con un andamento crescente in funzione della maggiore dimensione aziendale (figura 6). Tale dato è in linea con quanto rilevato nel Progetto CCM per il comparto "Sanità e Assistenza Sociale" (dato medio ATS Brescia 50%, Lombardia 40%, dato nazionale 45%), ma nettamente superiore a quanto rilevato per tutti gli altri comparti (dato ATS Brescia 18%, nazionale 16%). Si osserva che i risultati emersi possono essere ricondotti alla nota presenza del rischio nel settore, ma certamente anche alla maggiore capacità e interesse di tali realtà a fare emergere il rischio al fine di individuare le misure correttive e preventive.





Nel 31% dei casi, la valutazione preliminare non è stata articolata secondo G.O. o partizioni organizzative (figura 7). Tale dato, giustificato per le RSA di più piccole dimensioni, non è invece accettabile per le realtà complesse. Nel caso specifico dell'azienda multisito con oltre 1.000 dipendenti, così come in un'altra RSA multisito di medie dimensioni, non era stata condotta la valutazione preliminare del rischio per la specifica sede territoriale nonostante la presenza di un numero significativo di lavoratori (circa 100) poichè il rischio era stato valutato per tipologia di mansioni in modo comune e trasversale per tutte le RSA del gruppo. A tal proposito si riporta la FAQ D.11 contenuta nelle Indicazioni del Coordinamento Tecnico Interregionale del gennaio 2012: “... *non è generalmente opportuno considerare nello stesso gruppo omogeneo gruppi di lavoratori che operano in unità locali della stessa azienda situate in sedi di lavoro differenti* ...”.

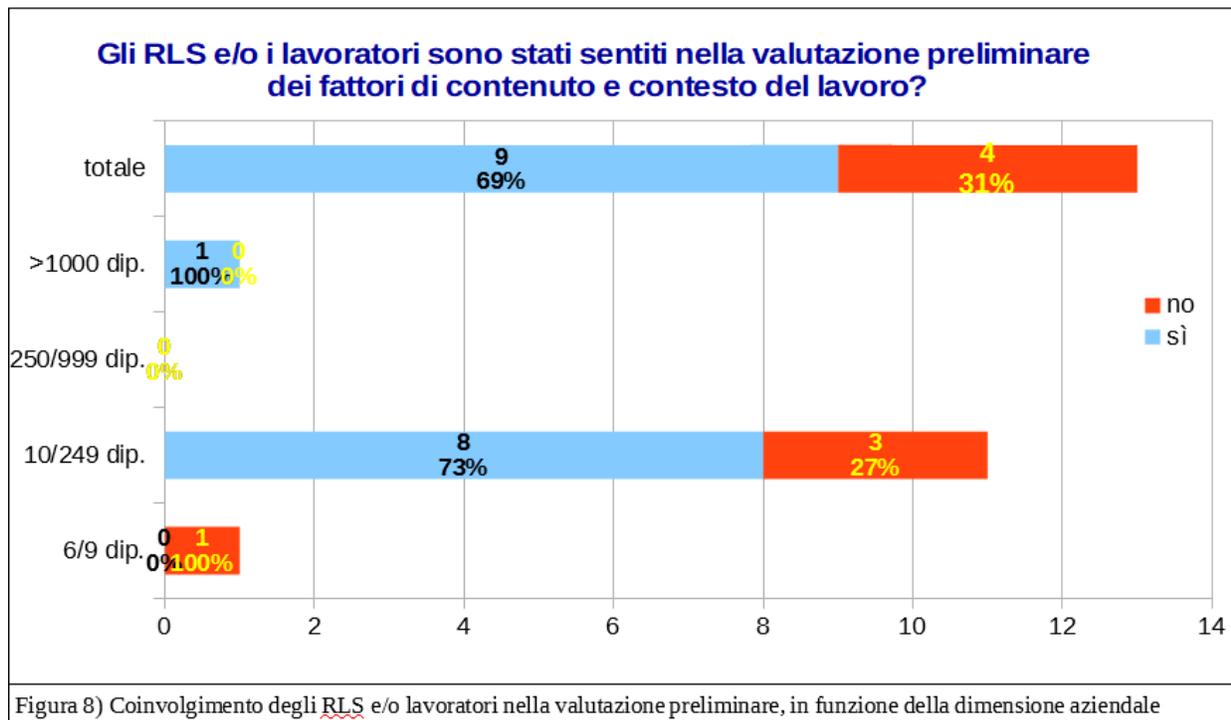


Infatti, la mancata corretta identificazione dei G.O./partizioni organizzative all'interno del percorso di valutazione del rischio, comporta inevitabilmente un “*effetto diluizione*” di criticità che possono essere presenti solo per alcune mansioni/reparti e non per altri, oppure in una sede e non nell'altra, ostacolando l'emersione delle stesse. Tenuto conto che il fine del processo di valutazione non è tanto la pesatura del rischio quanto l'individuazione e l'attuazione delle misure correttive necessarie, è chiaro che l'analisi del rischio deve permettere di indicare con precisione quali mansioni/G.O. di lavoratori sono interessati da problematiche al fine di analizzare le criticità e individuare azioni correttive per quel gruppo.

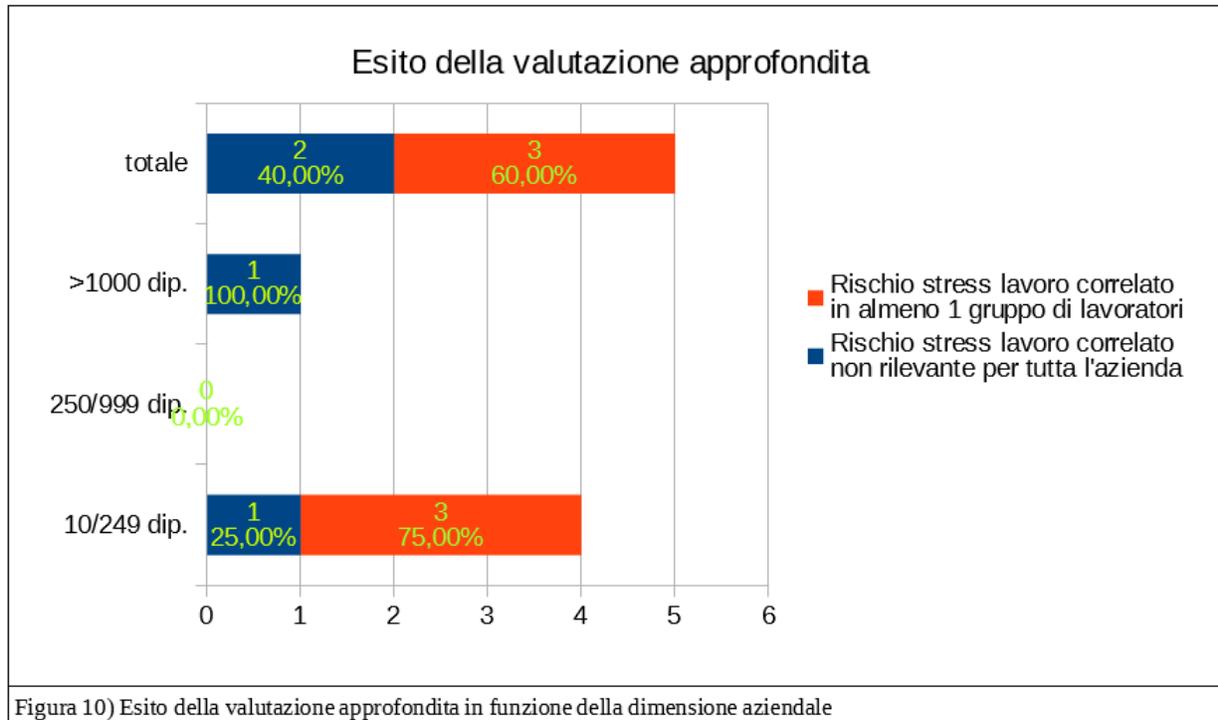
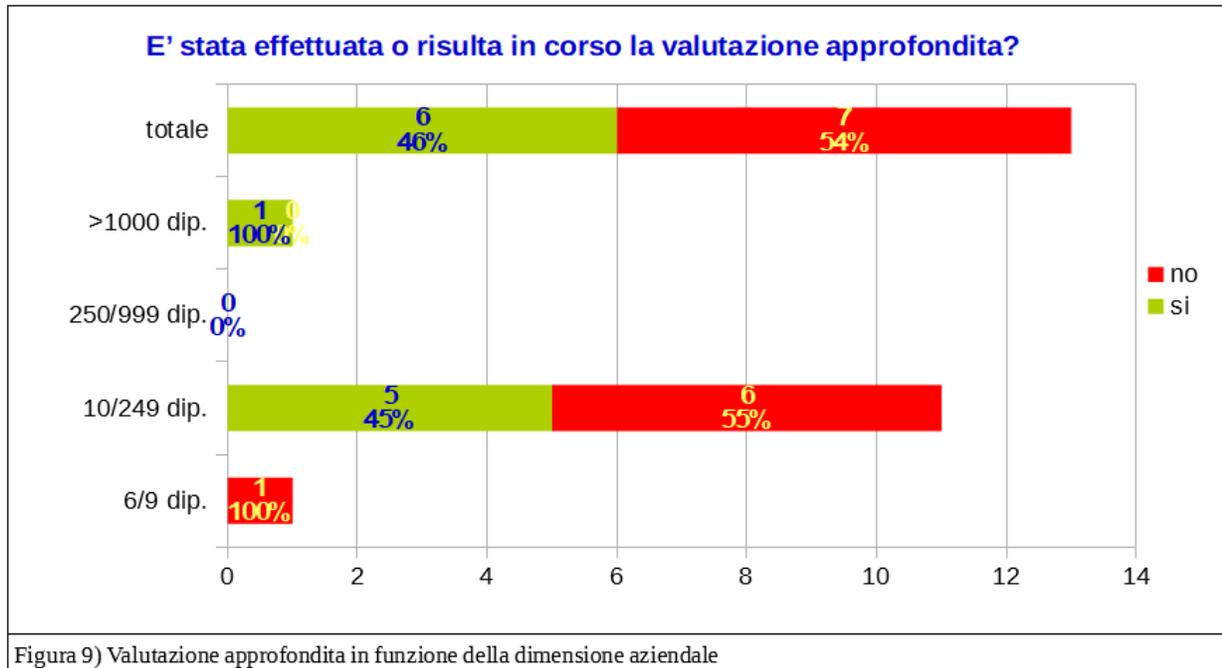
Meritevole di attenzione è, d'altro canto, anche la definizione di G.O. con pochissimi lavoratori al loro interno (es. impiegati, animatori ...), in quanto l'utilizzo di strumenti



standardizzati (quali check-list osservazionali o questionari) su piccoli gruppi rende difficile e poco significativa l'elaborazione dei dati nonché potrebbe identificare condizioni individuali che non consentono una corretta valutazione e prevenzione del rischio stress (FAQ D.11 Indicazioni del Coordinamento Tecnico Interregionale del gennaio 2012; Linee Guida Regione Lombardia del 10/12/2009). Per ovviare a tale problematica, il Datore di Lavoro può valutare l'accorpamento di G.O. sulla base di criteri da concordare all'interno del gruppo di valutazione, tenendo conto delle condizioni di lavoro potenzialmente stressogene.



Nel 31% delle RSA, è emerso che gli RLS e/o i lavoratori non erano stati sentiti in merito ai fattori di contesto e contenuto del lavoro nel corso della valutazione preliminare (figura 8), sebbene questo sia elemento irrinunciabile per l'analisi del rischio oltre che obbligo normativo. Tale dato è risultato significativamente superiore a quanto riscontrato nell'ambito del Progetto CCM (ATS di Brescia 22%; Lombardia 17%; media nazionale 10%). Si ritiene tuttavia che le differenze evidenziate devono essere valutate con prudenza in relazione alla capacità di approfondimento e disomogeneità di giudizio degli operatori dei Servizi (con riferimento al dato nazionale), nonché alla diversità dei criteri di selezione delle aziende valutate (campionamento casuale nel Progetto CCM; scelta sulla base di criteri definiti a priori per le RSA oggetto del presente report). Si deve inoltre osservare che il 46% del totale delle RSA (n. 6) aveva effettuato anche la valutazione approfondita (figura 9), percentuale significativamente superiore a quanto riscontrato nel Progetto CCM (dato ATS di Brescia 15%; Lombardia 10%; dato nazionale 14%).



Delle 6 RSA che avevano condotto la valutazione approfondita (figura 10):

- n. 1 RSA non aveva ancora concluso al momento dell'accertamento il percorso di valutazione;



- n. 3 RSA avevano evidenziato il rischio in almeno un gruppo omogeneo o partizione organizzativa;
- n. 2 RSA avevano concluso con un rischio non rilevante.

Tali dati devono essere interpretati necessariamente attraverso il confronto degli esiti della valutazione preliminare e della valutazione approfondita, per ciascuna delle 13 RSA prese in considerazione, dai quali emerge che:

- n. 6 RSA che avevano riscontrato un rischio SLC nella valutazione preliminare, non hanno proceduto ad effettuare la valutazione approfondita;
- n. 2 RSA che non avevano riscontrato un rischio SLC nella valutazione preliminare, hanno proceduto su base volontaria con una valutazione approfondita che ha esitato in un rischio presente;
- n. 1 RSA nella quale non si era rilevato un rischio SLC nella valutazione preliminare, ha avuto una conferma di assenza anche nella valutazione approfondita;
- n. 2 RSA che non avevano riscontrato un rischio SLC nella valutazione preliminare, hanno deciso di non procedere ulteriormente;
- n. 1 RSA che aveva rilevato un rischio SLC nella valutazione preliminare, ha trovato conferma di presenza di rischio anche nella valutazione approfondita;
- n. 1 RSA nella quale si era rilevato un rischio SLC nella valutazione preliminare, ha proceduto con una valutazione approfondita dalla quale è emersa un'assenza di rischio. Si deve tuttavia evidenziare che fra le due valutazioni l'RSA aveva realizzato alcune significative misure di miglioramento (es. variazione della turnistica), pertanto la valutazione approfondita era di fatto servita quale verifica di efficacia delle misure adottate.

La tabella successiva (tabella 1) riassume il quadro complessivo del percorso di valutazione del rischio e il suo esito per le 13 RSA:

Tabella 1) Confronto esiti della valutazione preliminare e della valutazione approfondita delle 13 RSA

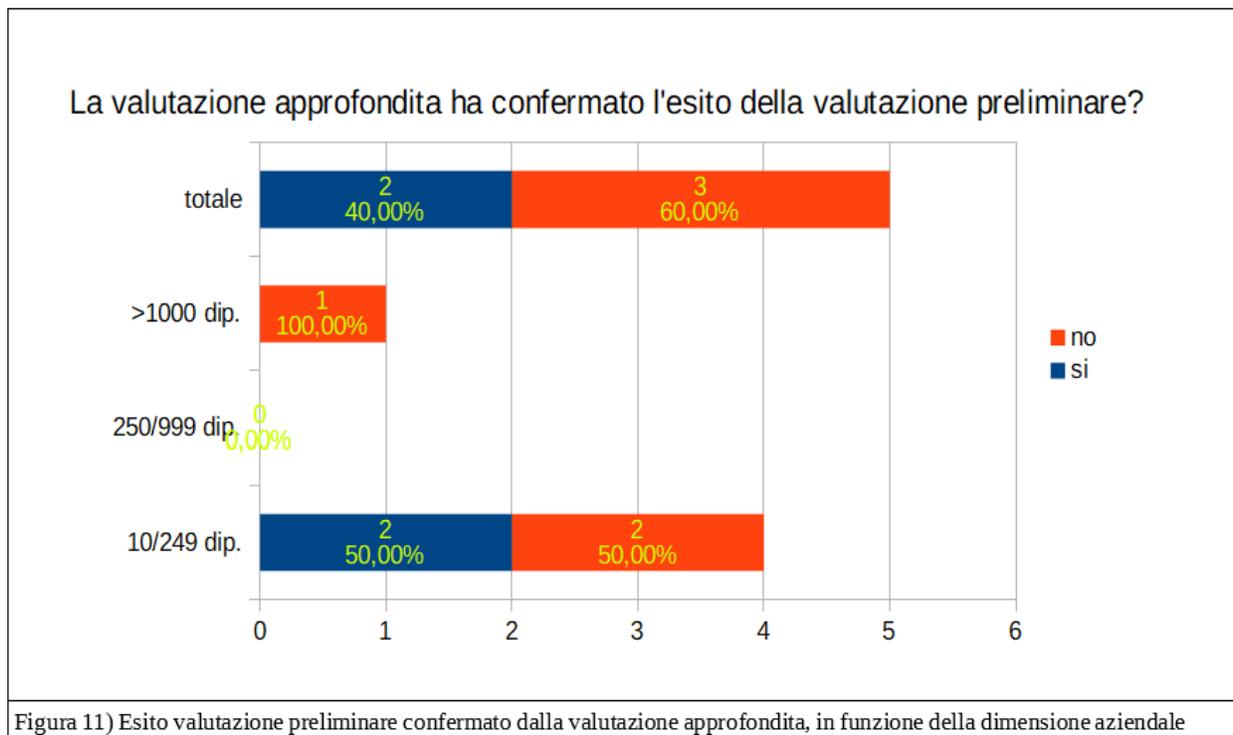
| Numero RSA | Valutazione preliminare rischio SLC (obbligatoria) | | Valutazione approfondita rischio SLC (eventuale) | | | Esito complessivo valutazione SLC | |
|---------------|--|-------------|--|--------------|-------------|-----------------------------------|-------------|
| | SLC presente | SLC assente | non effettuata | SLC presente | SLC assente | SLC presente | SLC assente |
| 6 | x | | x | | | x | |
| 2 | | x | | x | | x | |
| 1 | | x | | | x | | x |
| 2 | | x | x | | | | x |
| 1 | x | | | x | | x | |
| 1* | x | | | | x | | x |
| TOT 13 | 8 | 5 | 8 | 3 | 2 | 9 | 4 |

* tra le due valutazioni la RSA aveva adottato alcune misure significative di miglioramento



Complessivamente, pertanto, 9 delle 13 RSA (69%) hanno evidenziato un rischio SLC presente, confermando quanto riportato dalla letteratura rispetto alla presenza del rischio nel settore.

Si evidenzia inoltre che nel 60% dei casi la valutazione approfondita non ha confermato l'esito della valutazione preliminare (figura 11), a sostegno della necessità di affiancare l'utilizzo di strumenti per la rilevazione oggettiva e strumenti per la rilevazione della percezione soggettiva, al fine di evidenziare la presenza del rischio.

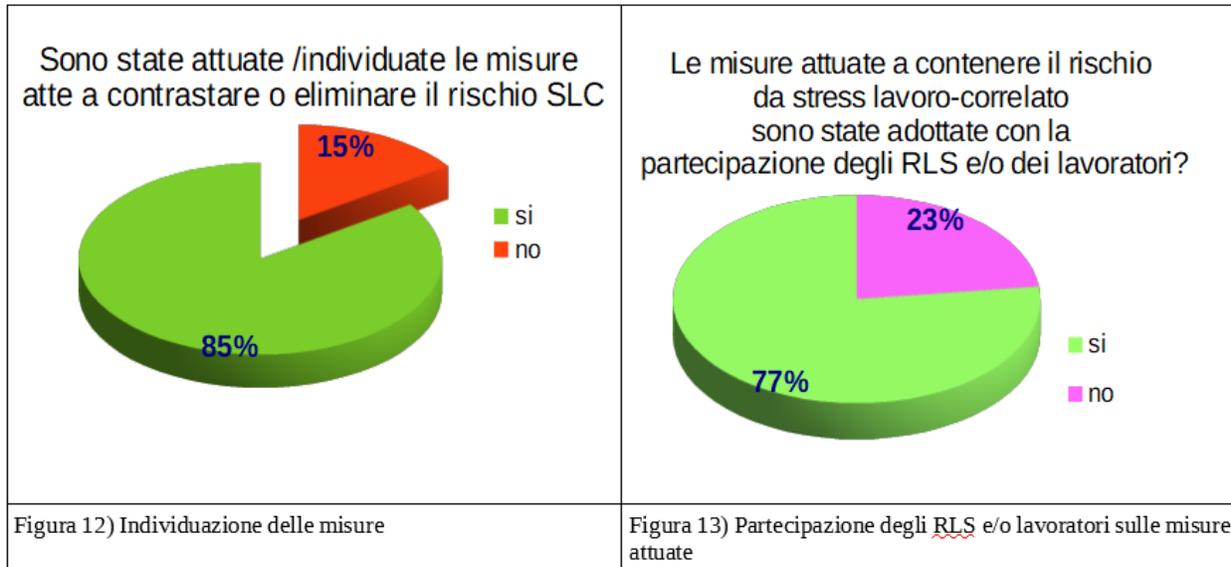


Nella maggior parte delle RSA che hanno proceduto ad effettuare la valutazione approfondita (n. 3), si è scelto quale strumento il “Questionario strumento indicatore” proposto da INAIL, con caricamento dei dati tramite apposita piattaforma. Si deve rilevare che 2 RSA hanno utilizzato questionari non validati. In una RSA non sono stati utilizzati questionari ma focus-group ed interviste semistrutturate condotte da un consulente psicologo. In altra RSA, infine, è stato differenziato lo strumento di valutazione approfondita a seconda dei G.O., utilizzando questionari o focus-group condotti da un consulente psicologo.

Si sottolinea che, nonostante il settore sociosanitario sia noto per il rischio di sviluppare la sindrome del burnout, nessuna RSA ha scelto di utilizzare questionari specifici per la sua rilevazione (es. OCS – Organizational Checkup System, evoluzione del questionario MBI di Maslach).



Per quanto concerne le misure di miglioramento, l'85% delle RSA (n. 11) ha individuato e/o attuato, a seguito della valutazione del rischio, misure atte a contrastare o eliminare le situazioni critiche evidenziate (figura 12). Tre RSA (23%) non hanno coinvolto gli RLS e/o i lavoratori nella individuazione e attuazione delle misure (figura 13).



Le misure di prevenzione e protezione attuate e/o programmate (figura 14) hanno riguardato:

- misure di tipo preventivo (organizzative, tecniche, procedurali) quali, ad esempio, potenziamento di ausili per la movimentazione pazienti, organizzazione con largo anticipo dei turni in maniera flessibile, presenza di lavoratori “jolly” da utilizzare in caso di necessità, riunione programmate, redistribuzione del personale in funzione dei carichi di lavoro e/o delle prescrizioni/limitazione presenti dei giudizi di idoneità formulati dal medico competente, etc..;
- misure di tipo attenuante (comunicative, informative, formative) quali, ad esempio, la formazione specifica di lavoratori, dirigenti e preposti sul rischio stress, burnout e aggressioni, miglioramento della comunicazione interna, della gestione delle relazioni per una migliore interfaccia dell'individuo con l'organizzazione, etc...
- misure di tipo riparatorie (interventi individuali) quali, ad esempio, istituzione di uno sportello interno per il sostegno di lavoratori in difficoltà, messa a disposizione di un sostegno esterno alla struttura, etc...

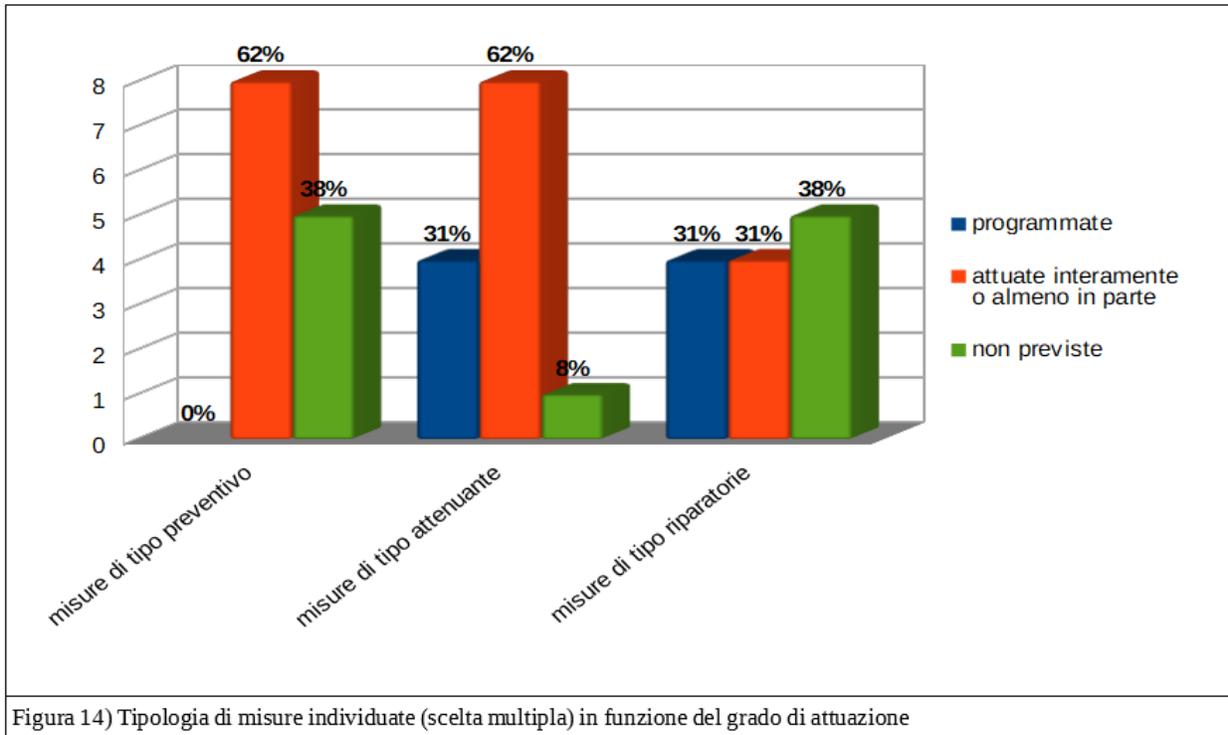


Figura 14) Tipologia di misure individuate (scelta multipla) in funzione del grado di attuazione

Complessivamente, emerge che le RSA sono correttamente orientate a mettere in atto misure soprattutto di tipo preventivo e attenuante. Tuttavia, la maggior parte delle RSA (69%) non ha effettuato una valutazione sull'efficacia delle misure adottate nel ridurre i livelli di SLC (figura 15).

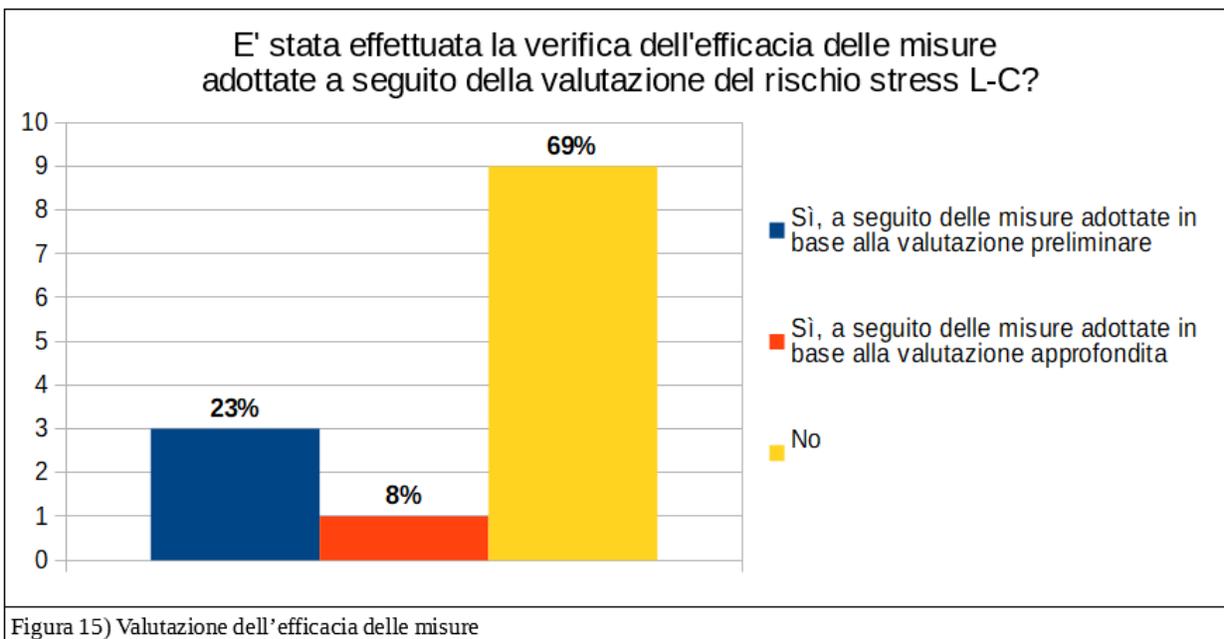


Figura 15) Valutazione dell'efficacia delle misure



Delle 13 RSA controllate, in due strutture (15%) il percorso di valutazione e gestione del rischio SLC è risultato, ad una prima analisi, non adeguato e meritevole di ulteriori approfondimenti. Per le altre RSA, si è ritenuto utile fornire indicazioni di miglioramento, in 6 casi attraverso l'invio di una relazione scritta e in 3 casi attraverso un ulteriore incontro con le figure aziendali della prevenzione.

6. CONCLUSIONI

Rispetto ad altre realtà produttive, il settore socio-sanitario dimostra una maggiore attenzione nei confronti dei rischi psicosociali. Nella nostra esperienza, tutte le 18 RSA controllate avevano condotto la valutazione del rischio SLC, a fronte di un dato medio di aziende inadempienti del 7% nella nostra ATS, 4% in Lombardia e 3% a livello nazionale (dati Progetto CCM). La maggior parte delle RSA, inoltre, aveva effettuato un percorso di valutazione del rischio SLC sostanziale, e non formale, cogliendo l'opportunità di porre in luce le eventuali disfunzioni organizzative. E' presente infatti nelle strutture socio-sanitarie una maggiore consapevolezza, rispetto ad altri settori, delle ricadute negative della mancata gestione del rischio, oltre che sulla salute e sicurezza dei lavoratori, anche sulla loro produttività e sulla qualità dell'offerta assistenziale. Tale settore, inoltre, deve fare i conti più di altri con una forza lavoro sempre più anziana e con una elevata percentuale di giudizi di idoneità con limitazioni legate a patologie muscoloscheletriche. Gli studi scientifici sono concordi nel dimostrare che i fattori psicosociali sul lavoro possono rivestire un ruolo significativo nello sviluppo di problemi muscoloscheletrici. In particolare, è stata riscontrata l'esistenza di una correlazione tra disturbi muscoloscheletrici e SLC, scarsa soddisfazione professionale, basso controllo sul proprio lavoro, richieste pressanti in termini di prestazioni lavorative e assenza di sostegno sociale.

Nella nostra esperienza è emersa complessivamente una buona attenzione verso il rischio specifico da parte della dirigenza delle RSA tanto da sollecitare in alcuni casi RSP e/o il consulente esterno, a fronte della non coerenza fra esito negativo della valutazione preliminare e presenza di segnali di disagio provenienti dai lavoratori, a mettere in atto un percorso di valutazione più approfondito al fine di individuare le criticità esistenti e adottare le necessarie misure di miglioramento.

Aspetto meritevole di riflessione è risultata la presenza, all'interno delle RSA, di lavoratori dipendenti, con contratto atipico, liberi professionisti oltre a operatori di cooperative, che condividono lo stesso "luogo di lavoro", non soltanto sotto il profilo strutturale, ma anche organizzativo e relazionale. Una valutazione del rischio SLC che si occupa esclusivamente dei propri dipendenti, fornisce evidentemente alle Amministrazioni un quadro parziale dello SLC presente presso la propria azienda. La *mission* istituzionale di una struttura socio-assistenziale, comprende anche il "*prendersi cura del personale*" che eroga le prestazioni (pertanto liberi professionisti e lavoratori atipici inclusi) per garantire una elevata qualità dei servizi erogati. Si sottolinea in proposito che le indagini internazionali a disposizione evidenziano una stretta relazione fra l'incremento dei livelli di SLC e burnout nel personale socio-sanitario e la diminuzione della qualità di cura del



paziente. Peraltro, nell'Accordo Europeo del 2004 e nell'Accordo Interconfederale del 2008 ben si sottolinea che lo SLC può potenzialmente riguardare ogni luogo di lavoro e ogni lavoratore, a prescindere dal tipo di contratto o di rapporto di lavoro.

Si coglie l'occasione per ricordare che lo stesso D.Lgs 81/08 prescrive di tener conto della diversità della forza lavoro nel processo di valutazione dei rischi, sia rispetto alle specifiche tipologie contrattuali, che in termini di genere, età e provenienza da altri Paesi.

Nella nostra indagine, meritevole di miglioramento è risultato anche il coinvolgimento e la partecipazione effettiva degli RLS all'intero processo di valutazione del rischio, in quanto, nel corso di alcuni controlli tale coinvolgimento è apparso limitato ad una comunicazione iniziale dell'avvio del processo di valutazione ed un ritorno finale dei risultati emersi. A tal proposito si ritiene utile richiamare il DDS n. 6298 del 04/07/2016 di Regione Lombardia *“La consultazione del RLS nella Valutazione e Gestione del rischio stress in ambiente di lavoro: perché e come”* quale riferimento per una buona partecipazione dell'RLS al processo di valutazione (*good-practice*). Si ribadisce che è necessario già nella fase preliminare della valutazione sentire i lavoratori e/o gli RLS in relazione alla valutazione dei fattori di contenuto e contesto del lavoro. Il parere dei lavoratori è elemento imprescindibile nella valutazione degli aspetti organizzativi, ambientali e relazionali che possono risultare potenzialmente stressogeni.

La nostra esperienza ha evidenziato, in maniera concorde con la letteratura scientifica e con gli esiti del Progetto CCM, la maggiore efficacia di una valutazione del rischio derivante dall'uso congiunto di strumenti oggettivi osservazionali e strumenti per l'analisi della percezione soggettiva dei lavoratori, al fine di una puntuale identificazione, programmazione e realizzazione di interventi preventivi e correttivi. La scelta degli strumenti deve ricadere su strumenti validati e comunque utilizzati secondo quanto previsto dal metodo. Si rileva che in alcune RSA, per esempio, la check-list oggettiva proposta da INAIL (strumento osservazionale a valenza collettiva, che prende in considerazione gruppi di lavoratori) è stata erroneamente somministrata ai singoli lavoratori come questionario soggettivo.

In generale, non è emerso dalla nostra esperienza un apporto significativo al processo di valutazione e gestione del rischio SLC da parte dei medici competenti, per es. attraverso la ricerca attiva di situazioni di disagio nell'ambito delle visite di sorveglianza sanitaria oppure attraverso la raccolta e la valutazione epidemiologica di disturbi e/o patologie determinate o favorite dallo stress etc.. In particolare, le relazioni sanitarie annuali raramente contenevano contributi utili alla valutazione dei rischi e all'individuazione delle misure. Si coglie l'occasione per sottolineare che, nello spirito normativo ben espresso nell'art. 25 del D. Lgs. 81/08 e s.m.i., la relazione sanitaria annuale è lo strumento informativo con il quale il medico competente deve ritornare agli altri soggetti aziendali della prevenzione (DDL, RSPP, RLS) i risultati degli accertamenti sanitari condotti al fine di una più valida ed efficace valutazione e gestione dei rischi all'interno dell'azienda.

La disponibilità nelle RSA della figura dello psicologo, interno o esterno, che abbia acquisito competenze idonee a supportare il percorso di valutazione e gestione del



rischio SLC, potrebbe essere maggiormente valorizzata all'interno del gruppo di lavoro che si occupa di SLC. Tale figura potrebbe essere utile sia ai fini della rilevazione della percezione dei lavoratori per meglio individuare le azioni di miglioramento, che nell'affiancamento del medico competente per garantire un sistema di recepimento del disagio dei lavoratori.

Per quanto concerne le misure di miglioramento, i dati di letteratura mostrano che gli interventi maggiormente efficaci a lungo termine per la prevenzione di stress e burnout sono quelli che utilizzano un approccio integrato, orientato sia alla persona che al lavoro. In particolare, si sottolinea l'importanza del monitoraggio dell'equilibrio lavoro-riposo per gli operatori appartenenti a queste categorie professionali in quanto la possibilità di recupero delle proprie energie rappresenta un importante fattore di prevenzione per l'insorgenza di stress e burnout. Si osserva inoltre che molte delle misure preventive mirate al rischio sono comuni e trasversali rispetto ai requisiti previsti dalla normativa per l'esercizio e l'accreditamento delle RSA.

In conclusione, rammentando che le indicazioni fornite dalla Commissione Consultiva rappresentano la "prassi minima" della valutazione del rischio SLC, si rinvia per ulteriori indicazioni di buona pratica, alle seguenti linee di indirizzo e indicazioni emanate da Regione Lombardia e reperibili sul sito della ATS di Brescia (percorso: [ATS Brescia](#) > [Enti e imprese](#) > [Salute nei luoghi di lavoro](#) > [Stress lavoro-correlato](#)):

- Indirizzi Generali per la Valutazione e Gestione del rischio Stress Lavorativo alla luce dell'accordo Europeo 8 Ottobre 2004 (Art. 28 Comma 1 D.Lgs. 81/2008 e successive modificazioni ed integrazioni) - Decreto N. 13559 Del 10/12/2009 – Regione Lombardia – Direzione Generale Sanita'.
- Valutazione del rischio stress lavoro-correlato. Indicazioni generali esplicative sulla base degli atti normativi integrati - Decreto N. 10661 del 15/11/2011 – Regione Lombardia – Direzione Generale Sanita'.

ALLEGATO A**PRINCIPALI FATTORI DI RISCHIO STRESS LAVORO CORRELATO E POSSIBILI MISURE DI PREVENZIONE E/O GESTIONE DEL RISCHIO NELLE RSA**

| CONTENUTO DEL LAVORO | |
|--|--|
| FATTORI RISCHIO SLC | MISURE DI PREVENZIONE E/O GESTIONE DEL RISCHIO |
| Rischio aggressione verbali e/o fisiche da parte di ospiti e/o familiari (tra le principali cause di istituzionalizzazione dell'anziano vi è la demenza con disturbi comportamentali) | <ul style="list-style-type: none"> - procedure interne per la prevenzione di episodi di violenza (evitare lavoro in solitudine in situazioni problematiche) - procedure interne per la gestione di episodi di violenza o minacce (sistema di segnalazione etc) - percorsi formativi e/o seminari interattivi sulla gestione delle situazioni critiche (conflitto, aggressione ecc) volti a rafforzare le competenze relazionali/comunicative e la capacità di <i>problem-solving</i> degli operatori (anche in ottica di incremento di supporto sociale fra colleghi) - supporto all'operatore vittima di evento traumatico (<i>debriefing</i>; supporto da parte dirigenza; <i>peer support</i>; tutela legale etc) |
| Altri rischi per la salute e la sicurezza (sovraccarico biomeccanico e posture incongrue, esposizione a rischio biologico, rischio etc.) dovuti a inadeguatezza e/o carenza di mezzi/attrezzature/dispositivi | <p>Migliorare le condizioni di salute e sicurezza del lavoro attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - fornire adeguati mezzi/attrezzature/dispositivi di protezione individuale in funzione della valutazione del singolo rischio (es. adeguata dotazione di sollevatori, ausili minori, letti a tre snodi, .) - monitorare la disponibilità e la manutenzione ordinaria e straordinaria di impianti, attrezzature ed ausili (es. letti regolabili elettricamente, uso di sollevatori e ausili minori) - programmazione di incontri di formazione di aggiornamento sui rischi e sulle misure di prevenzione e protezione - predisposizione di procedure e protocolli (es. introduzione di pause, gestione eventi accidentali quali punture con aghi, etc...) - attivazione di sorveglianza sanitaria mirata ai rischi specifici |
| Elevato carico emotivo (contatto costante con pazienti critici, sofferenza umana e fine vita) | <ul style="list-style-type: none"> - interventi formativi mirati alla gestione di situazioni emotivamente gravose quali la morte, il dolore, lo stadio terminale di malattie - garantire un sistema di recepimento del disagio dei lavoratori attraverso attivazione sportello di ascolto e/o supporto psicologico e/o visite/colloqui a richiesta con il medico competente - servizi di <i>counseling</i> psicologico, gruppi esperienziali e servizi di <i>peer support</i> che permettano di sviluppare e/o rafforzare competenze relazionali/comunicative e di elaborare gli aspetti emozionali del lavoro |
| Gestione casi clinici complicati o in emergenza (stress legato a insufficienti abilità e competenze) | <ul style="list-style-type: none"> - procedure e protocolli - risorse umane e strumentali adeguate - percorsi formativi volti a rafforzare capacità di <i>problem solving</i> e gestione dell'emergenza/urgenza anche dal punto di vista dell'adattamento psicologico - garantire adeguata formazione e addestramento con particolare riferimento agli specifici bisogni assistenziali dei pazienti anziani |
| Orario di lavoro (turnazione) | - programmazione turni con congruo anticipo, se possibile con la |



| | |
|---|--|
| <p>anche notturna, nei week-end e nelle festività; orari prolungati e protratti; lavoro straordinario; accumulo ore da recuperare e/o ferie non godute per “esigenze di servizio”; inadeguata gestione turni etc)</p> | <p>consultazione dei lavoratori; - turnazione in ritardo di fase (mattina, pomeriggio, notte) - pianificazione dei turni tenendo conto delle condizioni di lavoro e della tipologia dei compiti - limitare il ricorso al lavoro straordinario soprattutto al termine del turno serale e/o festivo</p> |
| <p>Elevato grado di attenzione e concentrazione richiesto dalle attività svolte (somministrazione farmaci, trattamenti terapeutici)</p> | <p>- equa distribuzione dei carichi di lavoro con criteri trasparenti e condivisi - attenzione nella sorveglianza sanitaria rispetto a patologie neuropsichiche/cerebrovascolari dei lavoratori che possono compromettere le capacità cognitive (memoria, attenzione, concentrazione, tempi di reazione)</p> |
| <p>Interferenze nello svolgimento delle attività che richiedono particolare attenzione e concentrazione (es. telefonate provenienti dall'interno e dall'esterno; richieste inappropriate da parte di ospiti o parenti; comunicazioni non programmate con colleghi e con superiori; compilazioni di pratiche e moduli etc.)</p> | <p>- garantire una chiara attribuzione dei compiti e dei ruoli - istituire e diffondere le norme di accesso ai servizi (es. colloqui familiari)</p> |
| <p>Elevato carico burocratico legato all'attuazione di procedure e protocolli dettati anche da vincoli economici</p> | <p>- garantire chiarezza e semplificazione dei protocolli e delle procedure da seguire nello svolgimento dei compiti - prevedere incontri periodici di coordinamento e/o di equipe al fine di definire le priorità</p> |
| <p>Elevato ritmo di lavoro e pressione lavorativa, legata alle scadenze, pause brevi e/o poco frequenti, salto della pausa mensa, elevato carico di lavoro (per quantità e varietà, in parte determinato dalla carenza di personale), staff inadeguato</p> | <p>- equa distribuzione dei carichi di lavoro tra gli operatori con criteri trasparenti e condivisi - monitorare frequentemente il carico di lavoro, le specifiche mansioni assegnate ed i turni stabiliti - delegare i compiti che possono essere delegati, anche al fine di valorizzare i collaboratori - inserire pause adeguate (per durata e frequenza) durante il turno di lavoro - formazione del personale</p> |
| <p>Costante necessità di aggiornamento e/o difficoltà di accesso all'aggiornamento con particolare riferimento alle innovazioni tecnologiche e dispositivi digitali (es. cartelle cliniche, indicazioni dosaggio farmaci e trattamenti terapeutici in formato elettronico, etc...)</p> | <p>- attivazione di corsi di formazione tecnica volti a sviluppare negli operatori adeguate competenze per l'utilizzo dei nuovi dispositivi introdotti - garantire adeguatezza e manutenzione ordinaria e straordinaria dei dispositivi</p> |



| CONTESTO DEL LAVORO | |
|--|--|
| FATTORI RISCHIO SLC | MISURE DI PREVENZIONE E/O GESTIONE DEL RISCHIO |
| Difficile interfaccia casa-lavoro, determinata dal lavoro a turni, soprattutto in relazione alla turnazione notturna | <ul style="list-style-type: none"> - programmazione mensile del calendario dei turni, se possibile con la consultazione dei lavoratori - limitazione del ricorso al lavoro straordinario, compatibilmente con le necessità organizzative e/o eventuali emergenze - potenziamento del sistema di welfare aziendale (es. asilo nido aziendale e/o convenzionato in zone limitrofe alla sede di lavoro, centro ricreativo e/o doposcuola per i figli dei lavoratori etc.) |
| Scarso riconoscimento professionale e/o supporto sociale da parte dei superiori e/o da parte dei colleghi | <ul style="list-style-type: none"> - confronto/dialogo frequente sia tra dirigenza ed operatori sia tra pari (riunioni reparto, incontri etc.) - corsi di formazione mirati al ruolo (gestione di attività e di persone) |
| Scarso coinvolgimento nelle scelte organizzative di assistenza, scarsa autonomia | <ul style="list-style-type: none"> - migliorare il coinvolgimento dei lavoratori |
| Tensioni nelle relazioni interpersonali con i colleghi e con le figure gerarchiche (direzione sanitaria, caposala), percezione mancanza di equità | <ul style="list-style-type: none"> - migliorare pianificazione del lavoro (adeguata rotazione turni; chiara identificazione di compiti e responsabilità per ogni mansione etc.) - equa distribuzione dei carichi di lavoro con criteri trasparenti e condivisi - migliorare il sistema di comunicazione interna e di coinvolgimento dei lavoratori |
| Carenze nella comunicazione | <ul style="list-style-type: none"> - facilitare la circolazione delle informazioni in modo da raggiungere tutti gli operatori (incontri periodici di reparto) - migliorare i sistemi di comunicazione all'interno dell'RSA (bacheca, posta elettronica ...) |
| Conflitto e/o ambiguità di ruolo e compiti, richieste contrastanti e/o non pertinenti al ruolo | <ul style="list-style-type: none"> - programmazione di riunioni di coordinamento e/o di equipe al fine di definire chiaramente funzioni e responsabilità ed identificare i compiti e le attività lavorative per ogni mansione - favorire la diffusione e la conoscenza dell'organigramma aziendale |
| Relazione con i familiari (situazioni conflittuali, ripetute e/o incongrue richieste del parente) | <p>Sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione da parte dei familiari; sistemi di raccolta delle segnalazioni dei disservizi e loro gestione</p> |
| Scarsa autonomia decisionale e controllo su ritmo e carico di lavoro | <ul style="list-style-type: none"> - promuovere il coinvolgimento degli operatori attraverso incontri che consentano loro di contribuire con suggerimenti e proposte - migliorare sistemi di comunicazione interna (es. bacheca di reparto, posta elettronica) e di coinvolgimento (es. incontri periodici di reparto) al fine di favorire la partecipazione degli operatori nella presa di decisione - favorire la circolazione delle informazioni di carattere gestionale, organizzativo tecnico scientifico e culturale che riguardano l'azienda - favorire la partecipazione degli operatori nella pianificazione del lavoro |
| Conoscenze e abilità non adeguate, scarse possibilità di | <ul style="list-style-type: none"> - progetto formativo per lo sviluppo/aggiornamento delle competenze professionali dei lavoratori, oltre a quanto già previsto dalla |



| | | |
|--|----------|-------------------------|
| crescita professionale sviluppo di carriera | e | formazione obbligatoria |
|--|----------|-------------------------|

Tratto da:

- Fact Sheet Centro per il Controllo delle Malattie sulla gestione dello stress lavoro correlato – Settore Sanità
(<http://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioServizio/servizi-e-informazioni/Imprese/Gestione-risorse-umane/Sicurezza-negli-ambienti-di-lavoro/stress-lavoro-correlato/stress-lavoro-correlato>)
- Scheda informativa sullo stress lavoro-correlato nelle Case di riposo (RSA) – Comitato di Coordinamento Provinciale delle attività di prevenzione e vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro ASL Monza e Brianza, A.O. San Gerardo e AO di Desio e Vimercate.
(https://www.ats-brianza.it/wwwaslmonzabrianza/user/SCHEDA_RSA6245.PDF?FILE=OBJ00138.PDF&TIPO=FLE&NOME=scheda_RSA)



RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro - Il calcolo dei costi dello stress e dei rischi psicosociali nei luoghi di lavoro Osservatorio europeo dei rischi Revisione della letteratura, novembre 2015.
- Fiabane E. et al. Indicatori soggettivi e oggettivi di rischio stress e burnout in una residenza sanitaria assistenziale. *G Ital Med Lav Erg* 2016; 38:1, 42-49.
- Miranda H. et al. Health behaviors and overweight in nursing home employees: contribution of workplace stressors and implications for worksite health promotion.
- National Institute for occupational Safety and Health. Exposure to stress. *Occupational Hazards in Hospitals 2008*; 136, DHHS (Niosh) Publications.
- Westermann C. et al. Burnout interventions studies for inpatient elderly care nursing staff: systematic literature review. *Int J Nurs Stud* 2014; 51(1): 63-71.
- Pèlisser C. et al. Risk factors for work-related stress and subjective hardship in health-care staff in nursing homes for the elderly: a cross-sectional study. *J Occup Health* 2015; 57: 285-296.
- Pèlisser C. et al. Impaired mental well-being and psychosocial risk: a cross-sectional study in female nursing home direct staff. *BMJ Open* 2015.
- Tabolli S. et al. Soddisfazione lavorativa, burnout e stress del personale infermieristico: indagine in due ospedali di Roma. *G. Ital Med Lav Erg* 2006; 28-1, Suppl Psicologia 1, 49-52.