Notiziario

NotiziarioINCAonline
N.4/2019

Salute e sicurezza tra gli operatori sanitari e delle scuole dell'infanzia

il Patronato della CGIL

4/2019

Notiziario INCA online
Periodico | Inca Cgil

LA RIVISTA TELEMATICA È REGISTRATA PRESSO
IL TRIBUNALE CIVILE DI ROMA - SEZIONE PER LA STAMPA
E L'INFORMAZIONE - AL N. 176/2012 IN DATA 11/6/2012

DIRETTORE RESPONSABILE
Lisa Bartoli

REDAZIONE
Micaela Aureli

EDITORE E PROPRIETARIO
Ediesse srl
Via delle Quattro Fontane 109
00184 Roma
Tel. (06) 44870283/260
Fax (06) 44870335
www.ediesseonline.it

AMMINISTRAZIONE
Via Nizza 59 - Roma
Tel./Fax (06) 8552208

Progetto grafico: Antonella Lupi

© EDIESSE SRL
Immagini tratte dal volume
Cgil. Le raccolte d'arte, 2005

CHIUSO IN REDAZIONE
LUGLIO 2019

EGREGIO ABBONATO, AI SENSI DEL D.LGS. N. 196/2003 LA INFORMIAMO CHE I SUOI DATI SONO CONSERVATI NEL NOSTRO ARCHIVIO INFORMATICO E SARANNO UTILIZZATI DALLA NOSTRA SOCIETÀ, NONCHÉ DA ENTI E SOCIETÀ ESTERNE A ESSA COLLEGATE, SOLO PER L'INVIO DI MATERIALE AMMINISTRATIVO, COMMERCIALE E PROMOZIONALE DERIVANTE DALLA NOSTRA ATTIVITÀ.
LA INFORMIAMO INOLTRE CHE LEI HA IL DIRITTO DI CONOSCERE, AGGIORNARE, CANCELLARE, RETTIFICARE I SUOI DATI OD OPPORSI ALL'UTILIZZO DEGLI STESSI, SE TRATTATI IN VIOLAZIONE DEL SUDDETTO DECRETO LEGISLATIVO.

NotiziarioINCAonline

Sommario

Salute e sicurezza tra gli operatori sanitari e delle scuole dell'infanzia

Editoriale

Infortuni e malattie professionali: sul danno differenziale il Governo ci ripensa 7
Lisa Bartoli

Studi e ricerche

Le condizioni di lavoro e di salute degli operatori sanitari 13
Gianluca De Angelis | Daniele Di Nunzio

La violenza nei confronti degli operatori sanitari 27
Comparazione tra i dati della letteratura internazionale e lo studio multicentrico nella realtà sanitaria italiana
A cura di Marco Bottazzi | Fabio Manca | Marco Sgarbazzini

Le condizioni di lavoro e di salute negli asili nido e nelle scuole dell'infanzia 71
Gianluca De Angelis | Daniele Di Nunzio

Infortuni e malattie professionali

EDITORIALE

Giacomo Manzù, **Il nostro domani si chiama lavoro**, 1977

Infortuni e malattie professionali: sul danno differenziale il Governo ci ripensa

Lisa Bartoli *

Sulle tutele in favore delle vittime del lavoro e dei loro familiari, il Governo fa finalmente marcia indietro e ripristina il diritto all'integrale risarcimento dei danni. Grazie alle molte sollecitazioni del movimento sindacale e non solo, il Governo ha abrogato le norme contenute nella Legge di Bilancio n. 145 del 30 dicembre 2018 che, se confermate, avrebbero modificato radicalmente il sistema risarcitorio fino ad ora adottato riducendo in modo consistente la possibilità per gli infortunati e i tecnopatici di ottenere in sede giudiziaria l'integrale risarcimento dei danni alla salute di origine professionale.

«Sin dalla loro approvazione, infatti – spiega Laura D'Amico, consulente legale di Inca nazionale –, compresa la portata di tali modifiche, gli stessi operatori del diritto (avvocati, magistrati e docenti universitari) hanno espresso pressoché all'unanimità una posizione fortemente critica nei confronti di tali misure, che andavano a colpire chi già era stato vittima di un incidente sul lavoro e sostanzialmente a premiare "immotivatamente" i datori di lavoro. Datori di lavoro che, giova ricordarlo, sempre in base ad ulteriori disposizioni contenute nella Legge di Bilancio, si sono visti ridurre i premi assicurativi per il triennio 2019/2021 di circa euro 1.550.000.000,00».

Dunque, proprio grazie a questo movimento di opinione e all'impegno profuso in tal senso anche dall'Inca Cgil e da alcune associazioni di giuristi, il Parlamento, con legge 28 giugno 2019, entrata in vigore il 30.6.2019, cosiddetto decreto crescita, preso atto delle varie osservazioni fortemente critiche, è nuovamente intervenuto provvedendo ad abrogare le modifiche a suo tempo apportate con la Legge di Bilancio e ripristinando pertanto le vecchie norme che sono dunque tornate in vigore. «Un grande, quanto insperato, risultato che non può che stimolare un sempre maggiore impegno della Cgil e del Patronato Inca Cgil in tutte le sue sedi locali sul fronte della tutela individuale dei lavoratori e dei loro congiunti colpiti da infortuni sul lavoro e malattie professionali», commenta l'avvocato D'Amico.

* Direttore responsabile Notiziario Inca

L'abrogazione parziale del comma 1126, inserita nel decreto crescita definitivamente approvato nelle settimane scorse dal Parlamento, ripristina la validità dell'articolo 10 del Testo Unico n. 1124/55, che fissa le modalità di calcolo del risarcimento in favore dei lavoratori e delle lavoratrici infortunati e tecnopatici, distinguendo tra il sistema degli indennizzi, la cui competenza ricade su Inail, e quello del risarcimento vero e proprio, accessibile in sede giudiziaria quando sia accertata una responsabilità del datore di lavoro nell'aver causato un infortunio o una malattia professionale.

Infatti, secondo la norma poi abrogata, il risarcimento sarebbe stato riconosciuto «solo per la parte che eccede le indennità liquidate complessivamente ed a qualunque titolo» dall'Istituto assicuratore. «Una scelta – spiega Silvino Candeloro, del Collegio di Presidenza di Inca – che avrebbe scoraggiato le richieste del cosiddetto danno differenziale, in sede giudiziale, da parte dei lavoratori infortunati e tecnopatici, privati in questo modo della possibilità di ottenere l'integrale risarcimento dei danni subiti, offrendo alle imprese opportunità di risparmio consistenti, oltre a renderle meno responsabili delle eventuali conseguenze sulla salute dei propri dipendenti».

In pratica, il Governo ha cancellato la parte del comma 1126 della Legge di Bilancio 2018, laddove prevedeva che dall'importo liquidabile in sede giudiziaria dovevano essere sottratti gli indennizzi, «a qualsiasi titolo ed indistintamente», già pagati da Inail, depotenziando in questo modo la possibilità di ottenere il cosiddetto «danno differenziale», cioè quella quota di risarcimenti non liquidata dall'Istituto assicuratore ai lavoratori e alle lavoratrici infortunati e tecnopatici. Il Governo ha altresì cancellato la modifica dell'art. 142 del Codice delle Assicurazioni, che avrebbe ulteriormente avvantaggiato le compagnie di assicurazione private, alle quali veniva ampliata la loro possibilità di contestazione di quanto dovuto all'Istituto assicuratore, in sede di rivalsa e, soprattutto, di quanto dovuto al lavoratore a titolo di danno differenziale.

«Un risultato per nulla scontato – spiega Silvino Candeloro, del collegio di presidenza Inca – che restituisce il diritto ad ottenere il risarcimento integrale per danni patrimoniali e non, di fronte ad una certificata responsabilità del datore di lavoro, escludendo qualsiasi operazione di compensazione con gli indennizzi liquidati dall'Inail».

Quello del Governo rappresenta un passo indietro importante, secondo Inca, che tuttavia non cancella del tutto il giudizio negativo sulle misure contenute nella Legge di Bilancio, considerate al netto di quelle cancellate, ancora troppo sbilanciate in favore delle imprese. Il Patronato della Cgil infatti continua a manifestare forte preoccupazione per la scelta di ridurre i premi assicurativi obbligatori in capo alle aziende e contemporaneamente di diminuire gli stanziamenti per gli investimenti su sicurezza e prevenzione nei luoghi di lavoro, le cui ricadute potrebbero compromettere la già precaria strategia per combattere l'estesa piaga di infortuni e malattie professionali.

La scelta di favorire soprattutto le aziende da parte dell'esecutivo gialloverde è confermata

nella decisione di escludere dall'abrogazione la modifica dell'art. 11 del Testo Unico 1124/65, che offre ai datori di lavoro la possibilità di vedersi ridurre dal Giudice gli oneri dovuti all'Inail, «tenendo conto della condotta precedente e successiva al verificarsi dell'evento lesivo e dell'adozione di efficaci misure per il miglioramento dei livelli di salute e sicurezza sul lavoro». Ciò significa che, diversamente dal passato, il Giudice, a fronte di un comprovato diritto dell'Inail di rivalersi nei confronti del datore di lavoro per quanto già pagato sotto forma di indennizzi al lavoratore, può ridurre quanto spettante all'Istituto assicuratore, in considerazione di un ravvedimento dell'azienda responsabile dell'infortunio per violazione della normativa antinfortunistica, che abbia nel frattempo apportato miglioramenti in azienda, peraltro, dovuti sempre in base alla legge penale del lavoro. «Un altro evidente vantaggio economico per le aziende, di cui non riusciamo a comprendere né la *ratio* né l'interesse pubblico», commenta Candeloro. «Infatti – precisa –, per quanto ci riguarda, tale norma non ha nulla di giusto. Si passa da un obbligo, in capo al datore di lavoro, di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, di valore costituzionale, ad un sistema in virtù del quale si vorrebbe premiare, con la riduzione degli oneri dovuti all'Inail, chi è già sottoposto ad un'azione giudiziaria per accertata violazione della normativa antinfortunistica».

Infortuni e malattie professionali

STUDI E RICERCHE

Le condizioni di lavoro e di salute degli operatori sanitari *

Gianluca De Angelis, Daniele Di Nunzio**

Premessa

Il presente rapporto è stato realizzato a partire dall'elaborazione di due diverse inchieste condotte nell'ambito del programma di ricerca nazionale.

La prima (San1) è basata su un questionario a cui hanno risposto 858 lavoratori e lavoratrici del sistema sanitario. La seconda (San2), tuttora in corso, è anch'essa basata su un questionario realizzato a partire da un nucleo di domande standardizzate così da renderlo confrontabile con quello utilizzato per altri settori. In questo caso, al momento dell'elaborazione, i questionari compilati sono stati 73 e dunque le analisi riportate sono utili soprattutto a fini comprativi e di validazione del nuovo questionario.

La mancata corrispondenza tra le serie di dati e la parzialità del nuovo questionario concorrono a rendere difficoltosa un'elaborazione complessiva. Il tentativo fatto in questa occasione, comunque, è quello di accorpare il più possibile le informazioni provenienti dalle diverse fonti, così da estendere la base di dati analizzata.

Queste analisi sul settore sanitario si aggiungono a quelle sviluppate in una ricerca *ad hoc* per il contesto del Piemonte, condotta attraverso la collaborazione tra Inail Piemonte, Inca Piemonte, Inca Nazionale e Fondazione Giuseppe Di Vittorio, presentate in un altro rapporto, che saranno considerate per approfondire alcune informazioni ed effettuare dei confronti[1].

I profili dei rispondenti

L'analisi dei dati ha comportato alcune difficoltà metodologiche legate alla diversa genesi dei due questionari, sia per quanto at-

* Ricerca a cura di Inca, Fp Cgil e Fondazione Giuseppe Di Vittorio

** Ricercatori Fondazione Giuseppe Di Vittorio

[1] Nella ricerca condotta in Piemonte sono stati analizzati 1.674 questionari che hanno coinvolto le lavoratrici e i lavoratori dell'Asl di Cuneo (il 38,4% del totale dei questionari analizzati), dell'Asl di Novara (26,2%), dell'Azienda ospedaliera universitaria maggiore della carità di Novara (20,9%), dell'Asl di Vercelli (12,2%) e una piccola quota di rispondenti, il 2,3%, che non ha indicato l'azienda in cui lavorava. Cfr. Di Nunzio D., Ferrucci G., *Le condizioni di lavoro e di salute nel settore sanitario in Piemonte: i risultati dell'indagine tramite questionario*, in «Notiziario Inca Online», nn. 2-3/2018, pp. 49-70.

tiene al contenuto delle domande sia per le modalità di distribuzione e di risposta. Tali difficoltà hanno interessato in particolare alcune variabili descrittive fondamentali, come il sesso dei rispondenti e la mansione. Non riguardano, invece, l'età, poiché in tutti i questionari è stato richiesto l'anno di nascita ed il campo è risultato compilato a sufficienza.

Per quanto riguarda il sesso dei rispondenti, la variabile non è stata prevista nella realizzazione del primo questionario (San1), né il campo «codice fiscale» è stato compilato in modo da permetterne il calcolo nella base di dati principale. Sarebbe insignificante, infatti, osservare la distribuzione di genere dei 73 lavoratori intervistati con il secondo questionario (San2).

Una certa difficoltà è stata rilevata anche nell'elaborazione delle mansioni. Nel questionario San1, infatti, tale variabile è stata rilevata attraverso una domanda a risposta aperta. Ciò ha comportato la proliferazione di sigle, definizioni brevi o lunghe di mansioni, a volte di compiti e altre di qualifiche professionali. Ove possibile tutte le informazioni sono state ricodificate secondo la tipologia utilizzata nel questionario San2.

Infine, la rilevazione dei due questionari ha riguardato per lo più lavoratori e lavoratrici addetti alle strutture del Centro-Sud. Per quanto riguarda il questionario San1, tenendo conto dei 93 casi di mancata risposta, il 55,4% lavora nelle regioni meridionali: 177 in Puglia, 164 in Basilicata, 61 in Calabria, 73 in Sicilia. Solo 290 sono gli addetti del Lazio. Nel caso del questionario San2, la totalità degli intervistati e delle intervistate risiede nella regione Emilia-Romagna (66 su 68 risiedono nella provincia di Ravenna).

Tutto ciò premesso, l'età dei lavoratori e delle lavoratrici intervistati è complessivamente elevata. Il 69,4% degli 807 rispondenti che hanno fornito il proprio anno di nascita, infatti, ha un'età compresa tra i 41 e i 60 anni. Gli ultrasessantenni sono la terza categoria più significativa (20,4%). Superano di poco il 10%, invece, i lavoratori intervistati di età non maggiore dei 40 anni (10,1%). La distribuzione non è molto diversa da quella rilevata nel quadro del rapporto sul Piemonte: mentre in quel caso, con fasce di età diversamente costruite, oltre il 70,1% ha più di 44 anni, nel caso delle nuove indagini è l'89,7% ad averne più di 40.

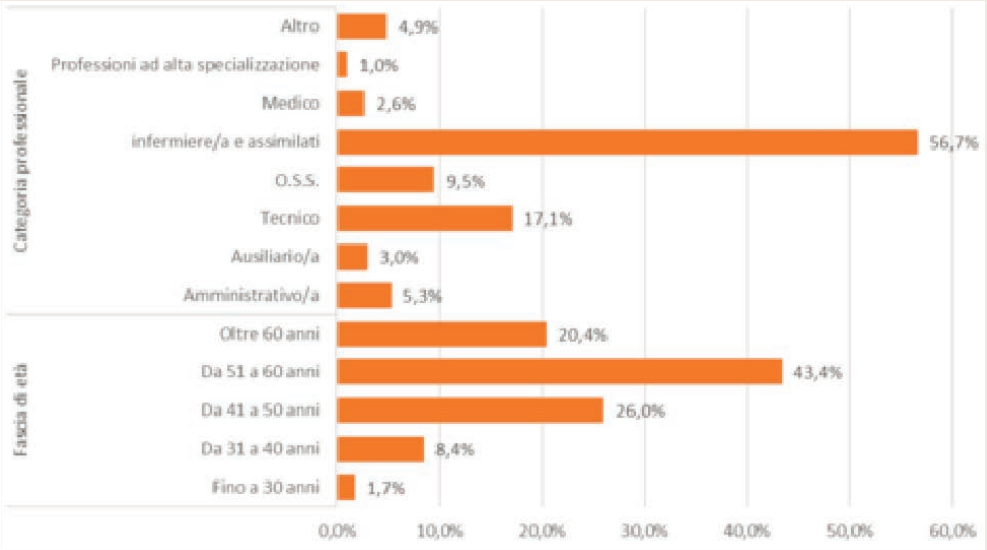
Nella gran parte dei casi si tratta di infermieri o personale che svolge professioni assimilate[2] (56,7%). Seguono i tecnici, 17,1%, gli operatori socio-sanitari (9,5%) e gli amministrativi (5,3%). Con la modalità «altro» sono stati classificati i casi per i quali non è stato possibile individuare la mansione.

La gran parte degli intervistati lavora nel settore sanitario da oltre 20 anni (il 60,5% dei casi).

L'anzianità cresce nel caso degli addetti nelle

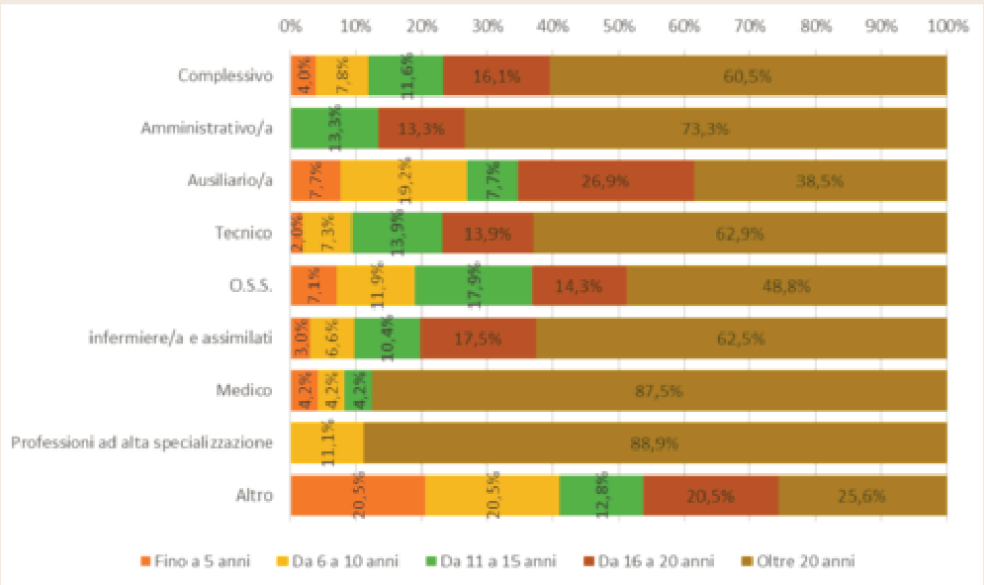
[2] Sono stati considerati tra gli infermieri anche gli addetti al confezionamento dei pasti e alla loro preparazione. Si tratta di una decina di casi in tutto e la creazione di una categoria *ad hoc* avrebbe reso inservibile le specificità della loro mansione ai fini dell'analisi.

FIGURA 1: DISTRIBUZIONE PER MANSIONE E FASCIA DI ETÀ DEL CAMPIONE



Fonte: elaborazione Fondazione Giuseppe Di Vittorio su dati Inca (San1; San2)

FIGURA 2: ANZIANITÀ LAVORATIVA, COMPLESSIVA E PER MANSIONE



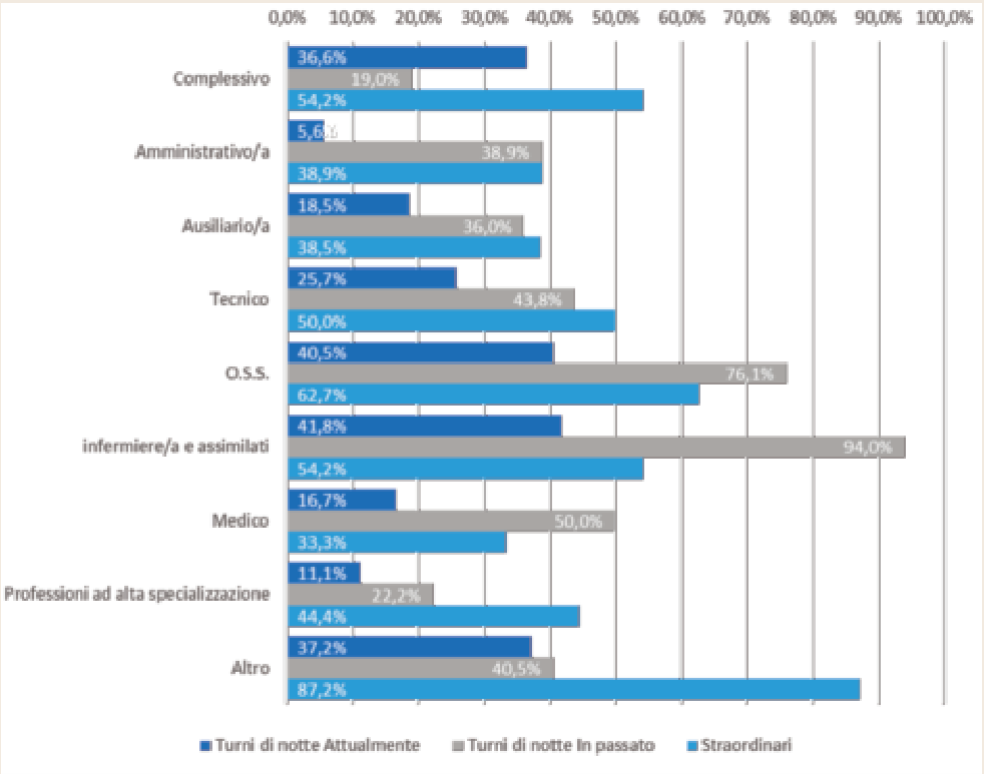
Fonte: elaborazione Fondazione Giuseppe Di Vittorio su dati Inca (San1; San2)

professioni meno diffuse (medici e professioni ad elevata specializzazione) fino all'88%. È superiore alla media anche nel caso degli infermieri (62,5%) e dei tecnici (62,9%).
Gli ausiliari e gli O.S.S. hanno un'anzianità inferiore, con meno di 10 anni rispettivamente nel 26,9% e 19% dei casi.

Le condizioni di lavoro

Tra le informazioni relative alle condizioni di lavoro, entrambe le indagini prendono in esame aspetti analoghi, anche se non sempre le forme coincidono, né per le domande né per le modalità di risposta. Comunque, partendo dagli elementi comuni, è stato possibile ricostruire due serie di informazioni. La prima riguarda la turnazione notturna e le prestazioni lavorative al di fuori del tempo di lavoro previsto. La seconda, invece, riguarda la movimentazione dei pazienti e di pesi o carrelli durante lo svolgimento del proprio impiego. Le due serie di dati sono sintetizzate nei grafici in figura 3 e figura 4.
Per quanto riguarda la turnazione notturna, si osserva come al momento dell'intervista lo svolgimento di turni di notte coinvolga poco più di un rispondente su tre (36,6%). Diversamente, se ad essere prese in considerazione sono le condizioni passate, l'incidenza della turnazione notturna ha riguardato il 19% degli intervistati. Il gruppo professionale che maggiormente è stato ed è sottoposto alla turnazione notturna è quello degli infermieri. Nel 41,8% dei casi gli infermieri svolgono turni di notte, mentre la quasi totalità ne ha svolti in passato (94%). Il secondo gruppo che supera il valore medio è quello degli operatori socio-sanitari. In questo caso il lavoro di notte riguarda il 40,5% degli intervistati e ne ha riguardato il 76,1%. La quota di chi svolge o ha svolto i turni di notte diminuisce sensibilmente per agli altri gruppi. Ciò è vero soprattutto in relazione al personale amministrativo (svolge turni di notte solo il 5,6% degli intervistati e tale condizione ha riguardato in passato il 38,9% di loro) e a quello dei professionisti ad alta specializzazione (11,1% e 44,4%). Al di sotto del valore medio restano anche i medici, che svolgono la turnazione notturna nel 16,7% dei casi, mentre la metà l'ha fatta in passato.
Per quanto riguarda gli straordinari, invece, oltre la metà dei rispondenti afferma di svolgere straordinari o di trattenersi oltre l'orario di lavoro (54,2%). Anche in questo caso, O.S.S. e infermieri sono le categorie che tengono elevata la media con, rispettivamente, il 62,7 e il 54,2%. Il valore più significativo, comunque, è quello che riguarda le altre professioni, dove lo svolgimento del lavoro oltre l'orario riguarda l'87,2%. Guardando i valori assoluti, non parliamo di una platea particolarmente vasta, visto che si tratta di un totale di 39 persone. Ma il fatto che su 39 siano 34 a fare straordinari è comunque un valore da tenere in considerazione nei futuri approfondimenti, soprattutto visto che nella categoria «altra professione» è presente il 51% dei lavoratori intervistati che lavorano per una società di appalto (49 individui).

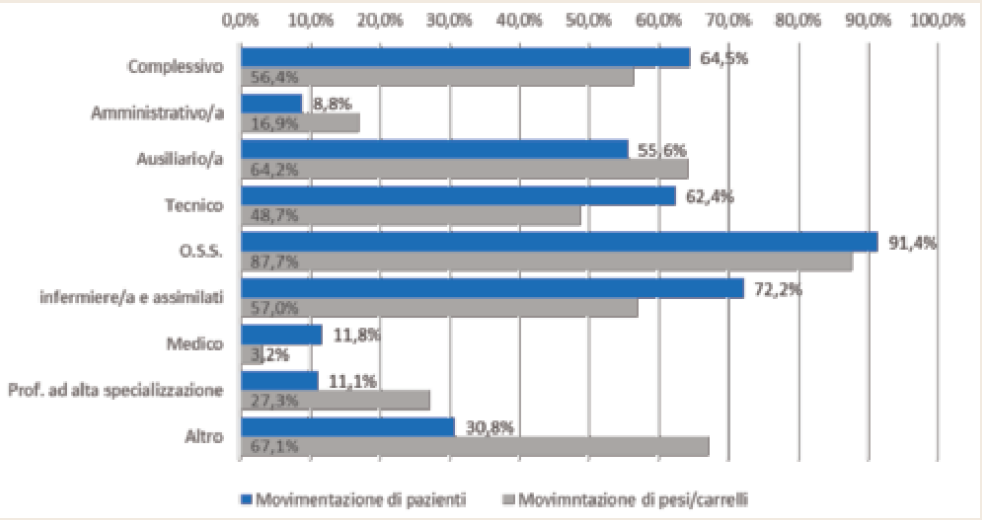
FIGURA 3: QUOTA DI LAVORATORI E LAVORATRICI CHE HANNO SVOLTO O SVOLGONO TURNI DI NOTTE E STRAORDINARI; COMPLESSIVO E PER MANSIONE



Fonte: elaborazione Fondazione Giuseppe Di Vittorio su dati Inca (San1; San2)

La gran parte degli intervistati svolge mansioni che prevedono la movimentazione di pazienti o di altri pesi, anche con carrelli. Si tratta del 64,5% di intervistati nel primo caso e del 56,4% nel secondo. Gli operatori socio-sanitari sono la categoria maggiormente esposta a tali compiti. Nel caso della movimentazione dei pazienti si arriva al 91,4%, così come si supera abbondantemente il dato medio anche per la movimentazione di altri pesi o carrelli (87,7%). Gli infermieri sono la seconda categoria in cui la movimentazione riguarda le mansioni svolte da una quota di persone maggiore di quella media. Tra gli infermieri, infatti, il 72,2% afferma di movimentare pazienti e il 57% di spostare pesi o carrelli. Per quanto riguarda ausiliari e altri non classificati, lo spostamento dei pesi e carrelli è maggiormente diffuso rispetto a quello dei pazienti. Nel caso dei lavoratori con mansione non specificata si arriva al 67,1% per la movimentazione di pesi e carrelli a fronte del 30,8% di quella dei pazienti; mentre nel caso del personale ausiliario i due valori si attestano al 64,2% per la movimentazione dei pesi e al 55,6% per quella dei pazienti.

FIGURA 4: QUOTA DI LAVORATORI E LAVORATRICI CHE MOVIMENTANO PESI/CARRELLI O PAZIENTI; COMPLESSIVO E PER MANSIONE



Fonte: elaborazione Fondazione Giuseppe Di Vittorio su dati Inca (San1; San2)

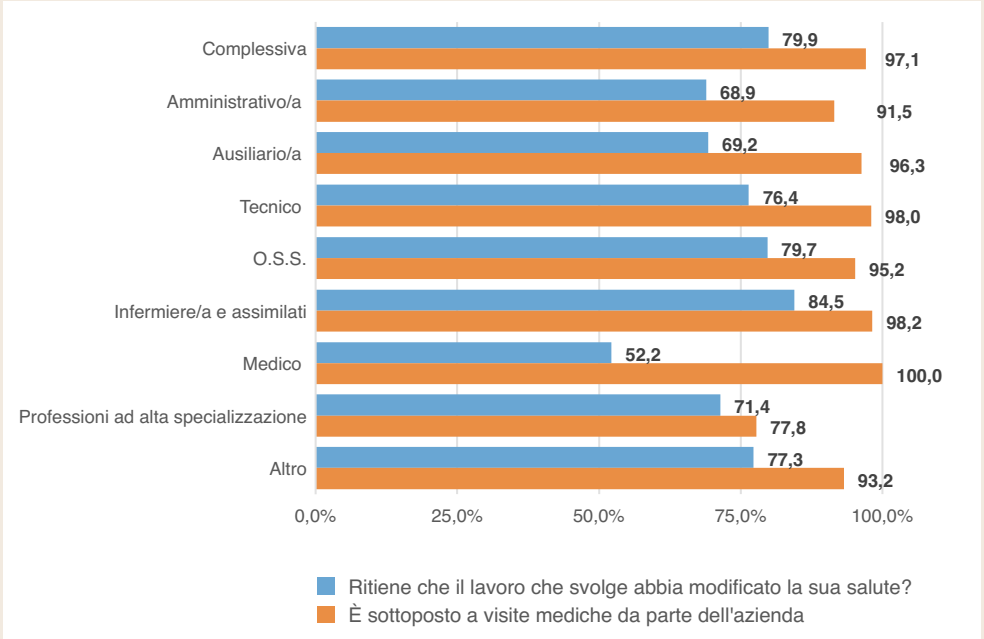
Anche in questo caso, confrontando i dati appena osservati con quelli rilevati in occasione dell'indagine sul comparto sanitario nella regione Piemonte, si può rilevare come diversi elementi siano del tutto sovrapponibili. Innanzitutto, anche nel caso dei lavoratori piemontesi, a fronte di una diffusione della turnazione notturna complessiva del 36,5%, gli operatori socio-sanitari e gli infermieri risultano maggiormente esposti a tale condizione (54,1% e 43%). In parte diversa, invece, è l'osservazione relativa allo svolgimento di prestazioni al di fuori dell'orario previsto di lavoro. A fronte di un prolungamento dell'orario di lavoro complessivo del 74,2%, infatti, se è vero che anche in questo caso gli infermieri contribuiscono ad elevare la media (80,1%), le categorie più esposte sono i medici (85,2%) e, soprattutto, gli addetti con elevata specializzazione (86,2%).

Infine, anche nel caso del Piemonte la movimentazione di pazienti o di pesi e carrelli ha riguardato una parte consistente della popolazione intervistata. In totale il 54% degli intervistati dichiara che durante lo svolgimento della propria mansione è chiamato alla movimentazione dei pazienti. Anche nel caso del Piemonte i gruppi professionali maggiormente coinvolti dall'attività di movimentazione di persone sono gli operatori socio-sanitari (86,3%), gli infermieri (61,4%) e i tecnici (70%). Per questi ultimi, però, la scomposizione del campione in tecnici di laboratorio e di radiologia rende il dato non confrontabile.

Sorveglianza sanitaria, infortuni e condizioni di salute

A condizioni di lavoro più dure corrisponde una maggiore diffusione dell'opinione che il lavoro abbia avuto un ruolo nel determinare le attuali condizioni di salute degli intervistati. L'84,5% degli infermieri e il 79,7% degli operatori socio-sanitari dichiarano che le condizioni di lavoro hanno avuto un effetto sulla propria salute. Si tratta delle sole due categorie per le quali il valore è superiore a quello medio (79,9%). Sono i medici, invece, a ritenere minore l'impatto del lavoro sulle proprie condizioni di salute (52,2%). È interessante osservare come a fronte di tale percezione la distribuzione di quanti sono sottoposti a visite mediche da parte dell'azienda sia diversamente modulata. Partendo da una quota complessivamente elevata, visto che il 97,1% del campione complessivo è sottoposto alle visite mediche, tra il personale medico si arriva al 100% di copertura. Sfiorano la copertura totale anche gli infermieri (98,2%) e il personale tecnico (98%). Le altre categorie sono meno coperte: si va dal 96,3% degli ausiliari fino al 91,5% degli amministrativi.

FIGURA 5: QUOTA DI LAVORATORI E LAVORATRICI PER I QUALI LE CONDIZIONI DI LAVORO HANNO AVUTO UN EFFETTO SULLE CONDIZIONI DI SALUTE E QUANTI SONO SOTTOPOSTI A VISITE AZIENDALI; COMPLESSIVO E PER MANSIONE



Fonte: elaborazione Fondazione Giuseppe Di Vittorio su dati Inca (San1; San2)

Molti degli intervistati e delle intervistate hanno specificato di quali disturbi soffrono. Lo hanno fatto attraverso una casella di testo, con 627 risposte. Vista la risposta aperta, un'analisi puntuale è impossibile in questa sede. Ma nella figura in basso sono state raffigurate le parole inserite dagli intervistati con una grandezza variabile e proporzionata alla frequenza (in parte rivista per rendere più leggibile l'immagine).

Emerge la rilevanza dei disturbi muscolo-scheletrici (in particolare con dolori alla schiena e alle spalle) e delle patologie alla testa e al collo (come la cervicalgia, la cefalea o, genericamente, il mal di collo o di testa), a cui si aggiungono casi diffusi di insonnia. Nel 67,4% dei casi validi (589) si tratta di disturbi che, secondo l'opinione degli stessi lavoratori, scompaiono dopo un periodo di astinenza dal lavoro.

Disturbi muscolo-scheletrici e sintomatologia dolorosa

Come anticipato nell'introduzione, questo rapporto nasce con l'ambizione di aggregare le informazioni che sono state rilevate attraverso due diverse indagini. In qualche modo si tratta di un primo lavoro di unione tra le diverse fasi delle rilevazioni sulle condizioni di salute dei lavoratori che hanno portato all'allestimento di un questionario standard, tale da permettere il confronto di informazioni analoghe tra i lavoratori dei diversi comparti. Questo obiettivo non è al momento ancora raggiungibile, vista la parzialità della rilevazione avviata con il nuovo questionario. In questa sede, quindi, le osservazioni sulle patologie e sintomatologie dolorose fanno ancora riferimento alle sole due inchieste San1 e San2, solo per le parti sovrapponibili.

FIGURA 6: DISTURBI DI SALUTE RICORRENTI

Fonte: elaborazione Fondazione Giuseppe Di Vittorio su dati Inca (San1; San2)

Ciò premesso, osservando le risposte date per i disturbi classificati, si nota nella tabella 1 come a carico delle spalle si rilevi una parte significativa dei disturbi dolorosi segnalati dai lavoratori. Il 12,1% lamenta dolore al movimento della spalla, il 12,3% al sollevamento dei pesi. Tra gli infermieri si registra una percentuale di risposta maggiore degli altri gruppi rispetto al dolore al movimento della spalla (12,4%). Gli operatori socio-sanitari (14,2%) e i lavoratori non classificati (20,1%) sono quelli che maggiormente dichiarano dolori nel sollevamento dei pesi.
Risultano, infine, più diffusi di altri sintomi, fastidi alle mani come il senso di addormentamento (14,5%) e il formicolio (12,4%). Soprattutto quando il lavoratore o la lavoratrice è un ausiliario (19,4% e 17,7%) o, con riferimento al solo addormentamento, un medico (22%), un amministrativo (19,2%) o un professionista ad elevata specializzazione (18,8%).
Come si può osservare nella tabella 2, invece, la gran parte dei lavoratori e delle lavoratrici intervistate afferma di soffrire da almeno un anno di disturbi alla schiena con particolare riferimento alla fascia lombare e lombo-sacrale (18,2 e 18,7%). Il dato, soprattutto quello relativo al disturbo lombo-sacrale, cresce in modo significativo tra i medici, tra gli ausiliari, tra i lavoratori ad elevata specializzazione e tra gli operatori socio-sanitari, con valori che vanno dal 26,3% dei primi fino al 20,3% degli ultimi. Particolarmente significativa risulta anche l'indicazione dei disturbi cervicali (15,9%), più diffusi tra personale amministrativo, ausiliario e tecnico (19,3%, 16,9% e 17%).
Il disturbo alla spalla destra, più diffuso di quello alla spalla sinistra (11,4% a fronte del 10,3%) risulta particolarmente significativo per i lavoratori ad elevata specializzazione (15,4%) e per gli operatori socio-sanitari (14,5%).
Coerentemente a quanto osservato fin qui e a maggior sostegno alla correlazione tra disturbo e condizioni di lavoro, schiena, spalle e collo sono le parti del corpo che più spesso i lavoratori e le lavoratrici sentono dolenti durante il turno di lavoro (19,8%; 11,4%; 9%). È comunque evidente, in tabella 3, come i disturbi durante il turno di lavoro cambino in base alle mansioni svolte. Tra gli ausiliari, ad esempio, pesa più che tra gli altri il dolore alle gambe (12,9% a fronte del 9,1% complessivo); tra i professionisti ad elevata specializzazione sono più diffuse le sintomatologie dolorose della testa (22,7%) e della mano o del braccio (9,1%). Tra i medici, invece, oltre a schiena e spalle, risultano significative le risposte che indicano dolore al collo, alle gambe o alle ginocchia (11,4%).
Complessivamente, il numero dei disturbi indicati dagli intervistati è elevato. Come evidenziato nel grafico in figura 7, infatti, solo il 21,9% non ha indicato alcuna sintomatologia dolorosa a fine turno e la quota maggiore degli intervistati, il 22,3%, ne ha invece indicati oltre quattro. Ma anche da questa prospettiva la mansione svolta fa la differenza. Il personale medico e amministrativo è quello meno soggetto a dolori (rispettivamente il 48 e il 32% non hanno indicato alcun disturbo). Sul piano opposto, sono gli ausiliari e gli infermieri ad avere la minore incidenza di rispondenti senza sin-

tomatologie dolorose durante o a fine turno lavorativo (il 18,5 e il 18,6%). Mentre però tra i primi è maggiore la quota di chi ha individuato un solo disturbo tra quelli proposti (14,8% a fronte del 10,5% complessivo), tra i secondi almeno un quarto indica oltre quattro disturbi (25,1%). Ciononostante non è agli infermieri che va il record di problemi individuati. Tra i professionisti con elevata specializzazione, infatti, è il 27,3% a indicare oltre quattro problemi. Ma in questo caso si deve ricordare che il basso numero delle occorrenze, undici in tutto, rende il dato scarsamente significativo.

TABELLA 1: SINTOMATOLOGIA DOLOROSA DELLE SPALLE, DEL GOMITO, DEL POLSO E DELLA MANO, DATI COMPLESSIVI E PER MANSIONE

		Complessivo	Amministrativo/a	Ausiliario/a	Tecnico	O.S.S.	Infermiere/a e assimilati	Medico	Professioni ad alta specializzazione	Altro
Spalla	Dolore ai movimenti	12,1%	10,0%	8,6%	11,6%	11,7%	12,4%	9,8%	6,3%	15,1%
	Dolore sollevando i pesi	12,3%	8,5%	10,8%	11,6%	14,2%	12,0%	9,8%	12,5%	20,1%
	Dolore a riposo	8,2%	9,2%	5,4%	6,7%	9,2%	8,1%	7,3%	12,5%	12,2%
Gomito	Dolore ai movimenti	4,1%	3,8%	5,4%	5,2%	2,5%	4,0%	4,9%	0,0%	4,3%
Polso	Dolore ai movimenti	1,1%	1,5%	0,0%	0,9%	2,8%	1,0%	0,0%	6,3%	0,0%
Mano	Formicolii	12,4%	15,4%	17,2%	13,1%	10,8%	12,0%	9,8%	12,5%	12,2%
	Le si addormentano le mani	14,5%	19,2%	19,4%	14,9%	9,8%	14,4%	22,0%	18,8%	15,1%
	Riduzione della sensibilità	5,5%	5,4%	8,6%	5,4%	4,0%	5,7%	9,8%	6,3%	2,9%
	Senso di intorpidimento	5,9%	4,6%	5,4%	7,1%	4,6%	6,0%	7,3%	6,3%	4,3%
	Dolore ai movimenti	5,7%	4,6%	7,5%	5,8%	5,2%	5,6%	14,6%	0,0%	5,0%
	Dolore anche a riposo	4,7%	4,6%	3,2%	4,3%	6,5%	4,8%	4,9%	6,3%	0,7%
	Perdita di forza/Caduta degli oggetti	9,5%	8,5%	8,6%	10,3%	8,6%	9,8%	0,0%	12,5%	7,9%
	Totale risposte rilevate (Val. Ass.)	*2.995*	*130*	*93*	*464*	*325*	*1.787*	*41*	*16*	*139*

Fonte: elaborazione Fondazione Giuseppe Di Vittorio su dati Inca (San1; San2)

TABELLA 2: COLLOCAZIONE DEI DISTURBI DI LUNGA DURATA (DA ALMENO UN ANNO); COMPLESSIVO E PER MANSIONE

	Complessivo	Amministrativo/a	Ausiliario/a	Tecnico	O.S.S.	Infermiere/a e assimilati	Medico	Professioni ad alta specializzazione	Altro
Spalla Dx	11,4%	11,9%	9,1%	11,0%	14,5%	10,9%	13,2%	15,4%	14,2%
Spalla Sx	10,3%	9,6%	9,1%	10,5%	13,2%	10,0%	7,9%	0,0%	11,2%
Gomito Dx	4,6%	3,7%	5,2%	4,7%	4,8%	4,7%	0,0%	0,0%	6,0%
Gomito Sx	4,0%	4,4%	5,2%	4,0%	2,6%	4,2%	2,6%	7,7%	3,7%
Braccio Dx	4,0%	3,7%	2,6%	4,7%	3,9%	3,9%	0,0%	7,7%	6,0%
Braccio Sx	3,3%	3,0%	2,6%	4,3%	4,8%	2,9%	2,6%	7,7%	2,2%
Cervicale	15,9%	19,3%	16,9%	17,0%	14,9%	15,7%	18,4%	15,4%	11,9%
Dorsale	9,5%	10,4%	6,5%	9,2%	6,6%	10,2%	7,9%	0,0%	9,0%
Lombare	18,2%	17,0%	19,5%	16,8%	14,0%	19,2%	21,1%	23,1%	17,9%
Lombo-sacrale	18,7%	17,0%	23,4%	17,9%	20,6%	18,3%	26,3%	23,1%	17,9%
Totale risposte rilevate (Val. Ass.)	2.648	135	77	447	228	1.576	38	13	134

Fonte: elaborazione Fondazione Giuseppe Di Vittorio su dati Inca (San1; San2)

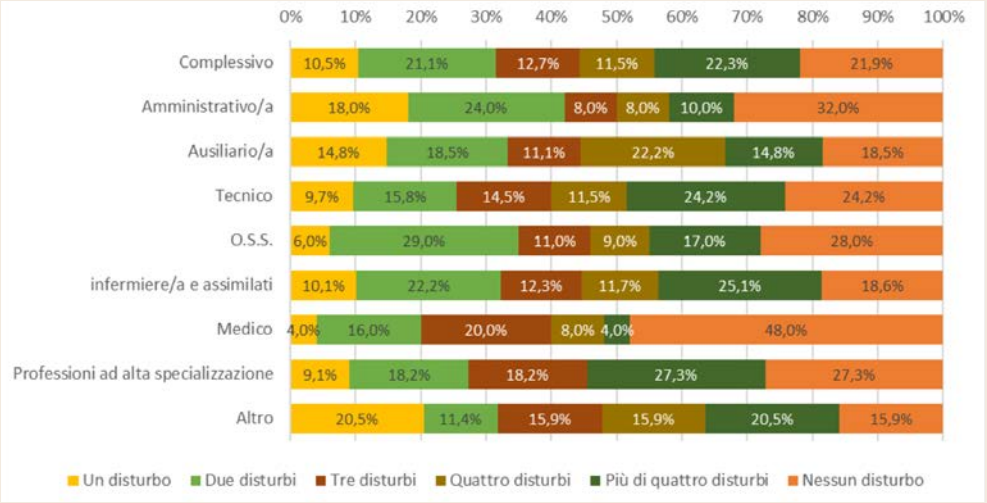
Purtroppo il confronto con l'indagine realizzata sul comparto sanitario in Piemonte non è fattibile nei casi delle problematiche muscolo-scheletriche osservate in questa occasione. Ciò in ragione della diversità delle domande a cui i lavoratori e le lavoratrici

TABELLA 3: SINTOMATOLOGIA DOLOROSA DURANTE E A FINE TURNO, DATI COMPLESSIVI E PER MANSIONE

	Complessivo	Amministrativo/a	Ausiliario/a	Tecnico	O.S.S.	Infermiere/a e assimilati	Medico	Professioni ad alta specializzazione	Altro
Viso	0,5%	1,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,7%	2,9%	0,0%	0,0%
Collo	9,0%	12,6%	10,0%	10,3%	9,8%	8,4%	11,4%	0,0%	8,1%
Petto	0,6%	1,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0,8%
Pancia	0,9%	1,0%	0,0%	0,6%	0,9%	1,1%	0,0%	0,0%	0,8%
Polso	3,9%	4,9%	2,9%	4,7%	3,3%	3,7%	5,7%	4,5%	4,8%
Mano	4,3%	5,8%	2,9%	7,1%	0,9%	4,0%	2,9%	9,1%	3,2%
Ginocchio	7,2%	2,9%	8,6%	6,6%	7,0%	7,4%	11,4%	0,0%	9,7%
Piede	4,7%	1,0%	1,4%	4,7%	7,5%	4,9%	0,0%	0,0%	4,8%
Gambe	9,1%	3,9%	12,9%	6,8%	9,3%	9,9%	11,4%	4,5%	8,1%
Testa	5,8%	8,7%	4,3%	4,9%	2,8%	6,3%	5,7%	22,7%	2,4%
Nuca	7,2%	7,8%	7,1%	7,7%	7,0%	7,3%	5,7%	13,6%	4,0%
Spalle	11,4%	9,7%	12,9%	12,2%	13,6%	10,5%	14,3%	9,1%	16,1%
Schiena	19,8%	21,4%	22,9%	19,0%	20,1%	19,4%	17,1%	22,7%	25,0%
Gomito	3,4%	1,9%	4,3%	4,3%	4,7%	3,2%	0,0%	0,0%	2,4%
Braccio	4,4%	6,8%	2,9%	4,3%	3,3%	4,4%	2,9%	9,1%	4,0%
Dito	1,5%	4,9%	1,4%	1,7%	1,4%	1,3%	0,0%	0,0%	0,8%
Sedere	2,9%	3,9%	1,4%	1,3%	3,7%	3,2%	5,7%	4,5%	1,6%
Caviglia	3,5%	1,0%	4,3%	3,4%	4,7%	3,5%	2,9%	0,0%	3,2%
Totale delle risposte date (Val. Ass.)	*2.729*	*103*	*70*	*468*	*214*	*1.693*	*35*	*22*	*124*

Fonte: elaborazione Fondazione Giuseppe Di Vittorio su dati Inca (San1; San2)

FIGURA 7: DIFFUSIONE DEI DISTURBI PER MANSIONE SVOLTA



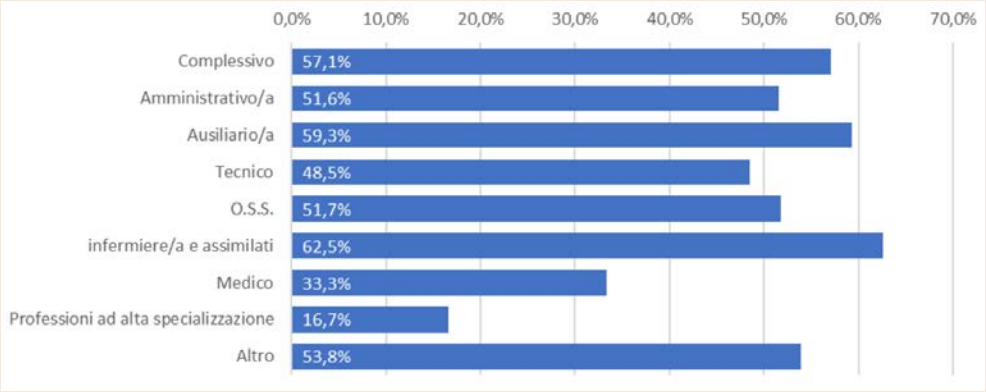
Fonte: elaborazione Fondazione Giuseppe Di Vittorio su dati Inca (San1; San2)

sono stati chiamati a rispondere. Tuttavia, coerentemente con quanto rilevato in questa occasione, ai fini del confronto è opportuno segnalare come anche nel caso del Piemonte la localizzazione prevalente dei disturbi è nella parte bassa della schiena.
Infine, è soprattutto in funzione dell'elevato grado di copertura dei medici aziendali di cui si è detto poco sopra che acquista un particolare valore il fatto che il 57% del personale intervistato si è lamentato del dolore alla schiena con il medico competente aziendale. Infermieri e operatori socio-sanitari sono i gruppi che maggiormente hanno manifestato tale disagio al medico competente. Si tratta, rispettivamente, del 62,5% e del 59,3% dei casi.

Le patologie diagnosticate

Il quadro delineato relativo alle patologie del personale sanitario si completa di un'ulteriore serie di dati, tratti dalle inchieste San1 e San2 (ad eccezione della diagnosi di artrosi della colonna – rilevata per la sola San1), che evidenzia le diagnosi più diffuse nei vari gruppi professionali.
In particolare le diagnosi di lombalgia acuta sono state segnalate nel 69% dei casi, ma il disturbo cresce fino all'81,5% nel caso degli ausiliari e al 77,3% in quello degli amministrativi, evidenziando come mansioni del tutto diverse possano comunque favorire lo sviluppo di patologie dolorose ai danni della schiena.
Dicasi lo stesso per le diagnosi di artrosi ai danni della colonna, che trovano i maggiori livelli di diffusione proprio tra amministrativi e infermieri (42,3% e 38,1%).
Sono gli ausiliari, invece, ad aver riscontrato la maggior diffusione di diagnosi di ernie del disco. Fino al 55,6% dei casi.
Infine, risultano meno diffuse le fratture, occorse però anche al di fuori dello svolgimento del lavoro (31,2%) e delle malattie della pelle (17,7%).

FIGURA 8: QUOTA DI LAVORATORI E LAVORATRICI CHE HANNO DENUNCIATO IL DOLORE ALLA SCHIENA AL MEDICO COMPETENTE AZIENDALE



Fonte: elaborazione Fondazione Giuseppe Di Vittorio su dati Inca (San1; San2)

TABELLA 4: DIFFUSIONE DI PATOLOGIE MUSCOLO-SCHELETRICHE E DELLA PELLE, DATI COMPLESSIVI E PER MANSIONE

	Complessivo	Amministrativo/ amministrativa	Ausiliario/ ausiliaria	Tecnico	O.S.S.	infermiere/a e assimilati	Medico	Professioni ad alta specializzaz.	Altro
Fratture	31,2%	40,9%	40,7%	34,0%	35,7%	29,4%	38,1%	0,0%	17,5%
Artrosi della colonna*	40,5%	42,3%	39,6%	22,2%	33,3%	38,1%	16,7%	18,4%	33,5%
Lombalgie acute	69,0%	77,3%	81,5%	64,4%	67,9%	69,5%	59,1%	55,6%	72,7%
Ernia del disco	35,8%	42,9%	55,6%	31,4%	32,9%	36,6%	33,3%	12,5%	31,6%
Malattie della pelle	17,7%	13,3%	16,0%	12,2%	17,9%	20,2%	13,3%	20,0%	13,9%

Fonte: elaborazione Fondazione Giuseppe Di Vittorio su dati Inca (San1; San2) - *(San1)

Gli infortuni e le malattie professionali riconosciute dall'Inail

Complessivamente, l'infortunio sul luogo di lavoro è un'esperienza piuttosto diffusa nel comparto.

Ciò si è osservato in relazione all'indagine svolta nella sola regione Piemonte, dove il 42% degli intervistati ha affermato di averne subito uno, ma l'osservazione è confermata anche nei dati rilevati nelle ricerche oggetto di questo rapporto. A partire dai due questionari San1 e San2, infatti, è il 40,9% degli intervistati ad affermare di aver avuto un riconoscimento da parte dell'Inail relativamente ad un infortunio.

Il dato è particolarmente rilevante per il personale ausiliario, che ha avuto il riconoscimento nel 68,8% dei casi (va però ricordato che la numerosità dei rispondenti, 27 individui in tutto, in questo caso, rende il dato su questa specifica professione non particolarmente rilevante). Come osservato in altre occasioni, invece, è il dato relativo agli infermieri ad incidere maggiormente sulla media. Per questa categoria, infatti, i riconoscimenti rappresentano il 41,2% dei casi. Più alto del dato medio, infine, è anche quello rilevato per il personale ad elevata specializzazione (60%).

Il 6,9% del totale dei rispondenti dichiara di avere avuto delle malattie professionali denunciate e riconosciute dall'Inail. Anche in questo caso il dato di maggior diffusione è quello degli ausiliari (14,8%).

TABELLA 5: MALATTIE PROFESSIONALI E INFORTUNI, DIFFUSIONE DEL RICONOSCIMENTO INAIL

RICONOSCIMENTO INAIL	Complessivo	Amministrativo/ amministrativa	Ausiliario/ ausiliaria	Tecnico	O.S.S.	infermiere/a e assimilati	Medico	Professioni ad alta specializzaz.	Altro
Malattia professionale	6,9%	8,7%	14,8%	4,8%	4,0%	7,6%	0,0%	0,0%	9,1%
Infortunio	40,9%	14,3%	68,8%	39,4%	58,0%	41,2%	21,1%	60,0%	46,7%

Fonte: elaborazione Fondazione Giuseppe Di Vittorio su dati Inca (San1; San2)

Conclusioni

L'inchiesta ha coinvolto lavoratrici e lavoratori con un'anzianità elevata, per lo più infermieri.
I risultati mostrano che il settore sanitario si caratterizza per una presenza diffusa di rischi per la salute e sicurezza dovuti sia all'organizzazione del lavoro (considerando il lavoro notturno e gli straordinari) sia all'esposizione a rischi fisici e ambientali (come quelli dovuti al sollevamento di pesi e pazienti). In particolare, il lavoro notturno interessa attualmente circa un lavoratore su tre ma ha riguardato il 76,5% del campione nell'arco della storia lavorativa; il lavoro straordinario è svolto da poco più della metà dei rispondenti e la gran parte degli intervistati svolge mansioni che prevedono la movimentazione di pazienti o di altri pesi, anche con carrelli. Considerando l'insieme di questi fattori di rischio, gli infermieri e gli operatori socio-sanitari sono le professioni più esposte. In linea con questi risultati, a condizioni di lavoro più dure corrisponde un giudizio più negativo sul rapporto tra salute e lavoro da parte degli intervistati: difatti l'84,5% degli infermieri e il 79,7% degli operatori socio-sanitari dichiarano che le condizioni di lavoro hanno avuto un impatto sulla propria salute.
I problemi per la salute fisici e psicologici sono comunque diffusi trasversalmente tra le professioni e solo il 21,9% non ha indicato alcuna sintomatologia dolorosa a fine turno. Emerge soprattutto la rilevanza dei disturbi muscolo-scheletrici (in particolare con problemi alla schiena, alle spalle, alla testa e al collo) che sono presenti in maniera significativa tra le varie professioni, seppure con diversa intensità.
Considerando la presenza di patologie di lunga durata (superiori a un anno) per l'insieme del campione, i disturbi lombo-sacrali e quelli lombari e interessano rispettivamente il 18,7% e 18,2% dei rispondenti, le cervicali il 15,9%, i dolori alle spalle l'11% circa, i dolori dorsali il 9,5%.
In particolare, considerando i disturbi di lunga durata insieme ad altri rilevati alla fine dei turni, gli infermieri e assimilati sono il gruppo professionale che dichiara più problemi muscolo-scheletrici, con un insieme differenziato di patologie: dolori dorsali, lombari e lombo-sacrali, cervicali e alle spalle. Tra le professioni ad alta specializzazione si segnala, oltre ai dolori alla schiena e alle spalle, una presenza più elevata della media per i dolori ai gomiti e alle braccia. Per gli operatori socio-sanitari, gli ausiliari e i tecnici si rilevano problemi simili, con patologie alla schiena e alle spalle, con una maggiore incidenza di problemi alle spalle per gli operatori. Il personale amministrativo registra dolori alla schiena e al collo, con una presenza più diffusa di cervicali e una incidenza elevata di casi di addormentamento delle mani. I medici sono un gruppo professionale che, pur manifestando come gli altri rischi di problemi alla schiena, registra una presenza diffusa di problematiche alle mani, con dolore ai movimenti.
Considerando infine i casi denunciati e riconosciuti, il 40,9% degli intervistati afferma di avere subito un infortunio e il 6,9% una malattia professionale.

La violenza nei confronti degli operatori sanitari

Comparazione tra i dati della letteratura internazionale e lo studio multicentrico nella realtà sanitaria italiana

Marco Bottazzi *, Fabio Manca ** e Marco Sgarbazzini ***

Conclusioni: I lavoratori del comparto sanità dovrebbero essere tutelati durante lo svolgimento del loro lavoro, proprio per le caratteristiche delle loro mansioni; per fare ciò appare tuttora necessario un salto di qualità sia nella raccolta dati correlata a criteri più stringenti, facili e ad un maggior supporto «istituzionale» legato alla crescita di nozioni dello stesso personale ed alla presa di coscienza sia dei lavoratori che delle stesse istituzioni anche previdenziali; attualmente non esiste una correlazione tra atti di qualsiasi violenza e problemi di salute sia fisici che comportamentali.

Premessa

La definizione di violenza sul luogo di lavoro in genere non è univoca. Istituzioni, ricercatori e professionisti esperti non hanno trovato il consenso, pur condividendo concetti e principi di base. In particolare, riesce difficile tentare una classificazione delle diverse forme di violenza, tenendo conto della frequente sovrapposizione tra violenza fisica e violenza psicologica e del fatto che ogni azione o comportamento violento provoca conseguenze negative anche sul versante psicologico e viceversa; da tale discrepanza di indicazione nascono differenti statistiche e differenti valutazioni del fenomeno.

Obiettivo del presente studio è quello di inquadrare in maniera più unitaria il problema con tutte le sue indicazioni in un contesto di sanità pubblica in Italia confrontato con quello di altri paesi al fine di prevenire la violenza nell'ambito lavorativo con linee guida non aperte ad interpretazioni.

Dati generali

La ricerca ha cercato di favorire il coinvolgimento diretto dei lavoratori, attraverso un percorso di riflessione sulle proprie condizioni (con il questionario, le assemblee e le riunioni propedeutiche all'avvio della ricerca) e la loro partecipazione alla defini-

* Responsabile della consulenza medico-legale di Inca
** Medico legale Inca
*** Medico legale Inca

zione dei possibili interventi di prevenzione nei contesti aziendali e territoriali, sulla base dei risultati dell'indagine. La ricerca è stata condotta tramite un questionario semi-strutturato distribuito attraverso la collaborazione con le rappresentanze sindacali aziendali.

Il questionario è stato elaborato nell'ambito di una ricerca nazionale rivolta a tutti i settori ed è costituito da due tipologie di domande: a) un insieme di domande cosiddette «standard» che vengono rivolte a tutti i lavoratori in ogni settore, al fine di avere una base di informazioni comuni utili per un'analisi comparativa; b) un insieme di domande specifiche, mirate per il contesto settoriale e aziendale, definite in collaborazione con i lavoratori e le rappresentanze sindacali.

Per il contesto sanitario sono state analizzate: le variabili anagrafiche, i profili professionali e l'organizzazione del lavoro; i dispositivi e gli strumenti utilizzati; le condizioni fisiche di lavoro; la sorveglianza sanitaria e le condizioni di salute, considerando anche il rischio infortunistico e di malattia professionale; le criticità principali rilevate dagli intervistati; i rischi psico-sociali. Queste analisi sul settore sanitario sviluppate in una ricerca *ad hoc* per il contesto del Piemonte, condotta attraverso la collaborazione tra Inail Piemonte, Inca Piemonte, Inca nazionale e Fondazione Giuseppe Di Vittorio, sono state accorpate e considerate per approfondire alcune informazioni ed effettuare confronti e valutazioni.

A questa rilevazione hanno parzialmente contribuito i dati rilevati presso strutture del Centro-Sud: 177 in Puglia (7,1% del campione), 164 in Basilicata (6,5%), 61 in Calabria (2,4%), 73 in Sicilia (2,9%); 290 sono gli addetti del Lazio (11,6%); nella regione Emilia-Romagna 68 (2,7%). L'età dei lavoratori e delle lavoratrici intervistate nelle regioni del Centro-Sud è complessivamente elevata. Il 69,4% di questo campione ha un'età compresa tra i 41 e i 60 anni. Gli ultrasessantenni sono la terza categoria più significativa (20,4%). Superano di poco il 10%, invece, i lavoratori intervistati di età non maggiore dei 40 anni (10,1%), in relazione all' incremento dell'età lavorativa del campione. La distribuzione non è molto diversa da quella rilevata nel quadro del rapporto sul Piemonte: in quel caso, con fasce di età diversamente costruite, oltre il 70,1% ha più di 44 anni, nel caso delle nuove indagini è l'89,7% ad averne più di 40. Nella ricerca condotta in Piemonte sono stati analizzati 1.674 questionari e hanno coinvolto le lavoratrici e i lavoratori delle Asl di Cuneo (il 38,4% del totale dei questionari analizzati), quelle di Novara (26,2%), dell'Azienda ospedaliera universitaria maggiore della carità di Novara (20,9%), delle Asl di Vercelli (12,2%) e una piccola quota di rispondenti, il 2,3%, che non ha indicato l'azienda in cui lavorava. Il totale dei questionari analizzati in questa seconda fase della ricerca risulta essere di 2.507.

PROFILO DEL CAMPIONE. L'analisi dei dati ha comportato alcune difficoltà metodologiche legate al contenuto delle domande ed alle modalità di distribuzione e di risposta.

Tali difficoltà hanno interessato in particolare alcune variabili descrittive fondamentali, come l'elaborazione delle mansioni. Ciò ha comportato la proliferazione di sigle, definizioni brevi o lunghe di mansioni, a volte di compiti, e altre di qualifiche professionali. Ove possibile tutte le informazioni sono state ricodificate secondo schemi più riduttivi e finalizzati allo studio specifico.

Nella gran parte dei casi si tratta di infermieri o di personale che svolge professioni assimilate (56,7%). Seguono i tecnici, 17,1%, gli operatori socio-sanitari (9,5%) e gli amministrativi (5,3%). Con la modalità «Altro» sono stati classificati i casi per i quali non è stato possibile individuare la mansione. La gran parte degli intervistati lavora nel settore sanitario da oltre 20 anni (il 60,5% dei casi).

TABELLA 1

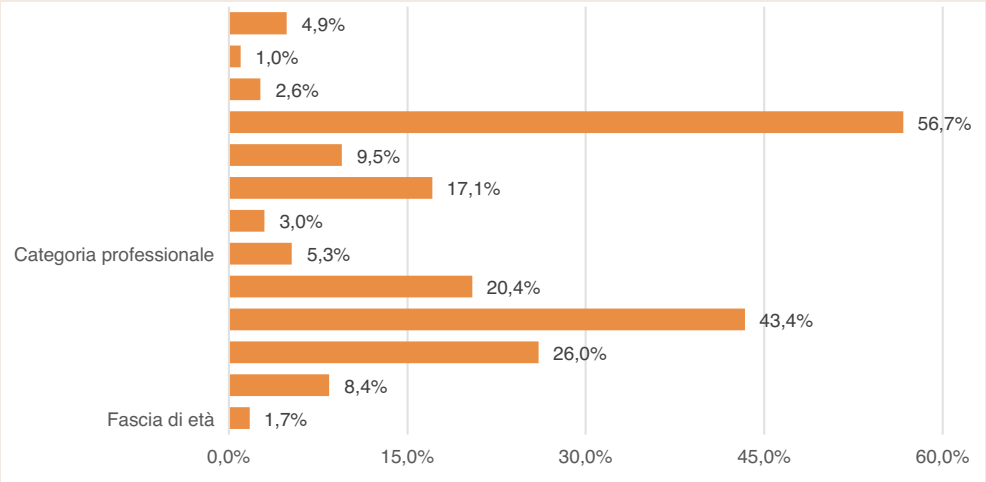
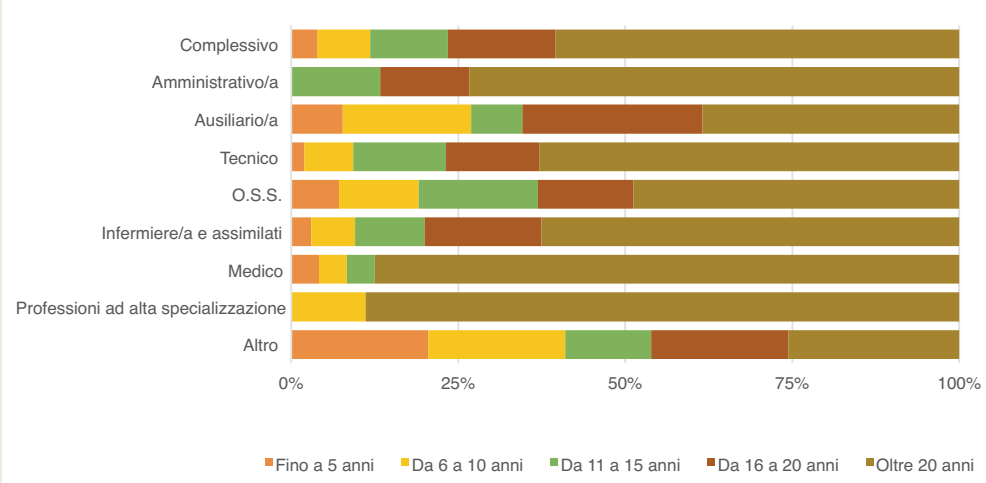


TABELLA 2



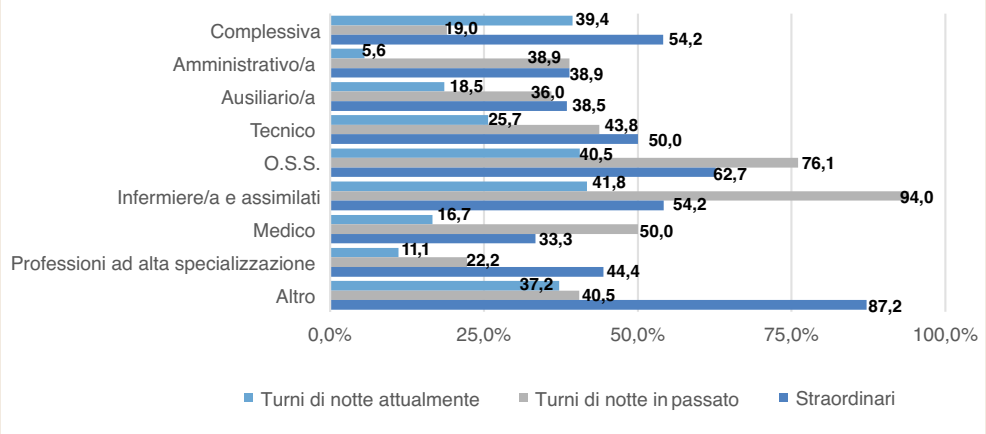
L'anzianità cresce nel caso degli addetti alle professioni meno diffuse (medici e professioni ad elevata specializzazione) fino all'88%. È superiore alla media anche nel caso degli infermieri (62,5%) e dei tecnici (62,9%).
Gli ausiliari e gli O.S.S. hanno un'anzianità inferiore, con meno di 10 anni rispettivamente nel 26,9% e nel 19% dei casi.

Le condizioni di lavoro

Tra le informazioni relative alle condizioni di lavoro, entrambe le indagini prendono in esame aspetti analoghi, anche se non sempre le forme coincidono, né per le domande né per le modalità di risposta. Comunque, partendo dagli elementi comuni riguardanti la totalità dei questionari, è stato possibile ricostruire una serie di informazioni riguardanti la turnazione notturna e le prestazioni lavorative al di fuori del tempo di lavoro previsto. Per quanto riguarda la turnazione notturna, si osserva come al momento dell'intervista lo svolgimento di turni di notte coinvolga poco più di un rispondente su tre (35,1%). Diversamente, se ad essere prese in considerazione sono le condizioni passate, la turnazione notturna ha riguardato la gran parte degli intervistati (il 76,5%). Il gruppo professionale che maggiormente è stato ed è sottoposto alla turnazione notturna è quello degli infermieri. Nel 41,8% dei casi gli intervistati svolgono turni di notte, mentre la quasi totalità ne ha svolti in passato (94%). Il secondo gruppo che supera il valore medio è quello degli operatori socio-sanitari. In questo caso il lavoro di notte riguarda il 40,5% degli intervistati e nel passato ne ha riguardato il 76,1%. La quota di chi svolge o ha svolto i turni di notte diminuisce sensibilmente per agli altri gruppi. Ciò è vero soprattutto in relazione al personale amministrativo (svolge

TABELLA 3

Quota di lavoratori e lavoratrici che hanno svolto o svolgono turni di notte e straordinari; complessivo e per mansione (valori percentuali)



turni di notte solo il 5,6% degli intervistati e tale condizione ha riguardato in passato il 38,9% di loro) e a quello dei professionisti ad alta specializzazione (11,1% e 44,4%). Al di sotto del valore medio restano anche i medici, che svolgono la turnazione notturna nel 16,7%, mentre la metà l'ha fatta in passato.

Per quanto riguarda gli straordinari, invece, oltre la metà dei rispondenti afferma di svolgere straordinari o di trattenersi oltre l'orario di lavoro (54,2%). Anche in questo caso, O.S.S. e infermieri sono le categorie che tengono elevata la media con, rispettivamente, il 62,7 e il 54,2%. Il valore più significativo, comunque, è quello che riguarda le altre professioni, dove lo svolgimento del lavoro oltre l'orario riguarda l'87,2% degli addetti. Guardando i valori assoluti, non parliamo di una platea particolarmente vasta, visto che si tratta di un totale di 39 persone. Ma il fatto che su 39 siano 34 a fare gli straordinari è comunque un valore da tenere in considerazione nei futuri approfondimenti, soprattutto visto che nella categoria «altra professione» è presente il 51% dei lavoratori intervistati che lavora per una società di appalto (49 individui).

Sorveglianza sanitaria, infortuni e condizioni di salute

A condizioni di lavoro più dure corrisponde una maggiore diffusione dell'opinione che il lavoro abbia avuto un ruolo nel determinare le attuali condizioni di salute degli intervistati. L'84,5% degli infermieri e il 79,7% degli operatori socio-sanitari dichiarano che le condizioni di lavoro hanno avuto un effetto sulla propria salute. Si tratta delle sole due categorie per le quali il valore è superiore a quello medio (79,9%). Sono i medici, invece, a ritenere minore l'impatto del lavoro sulle proprie condizioni di salute (52,2%).

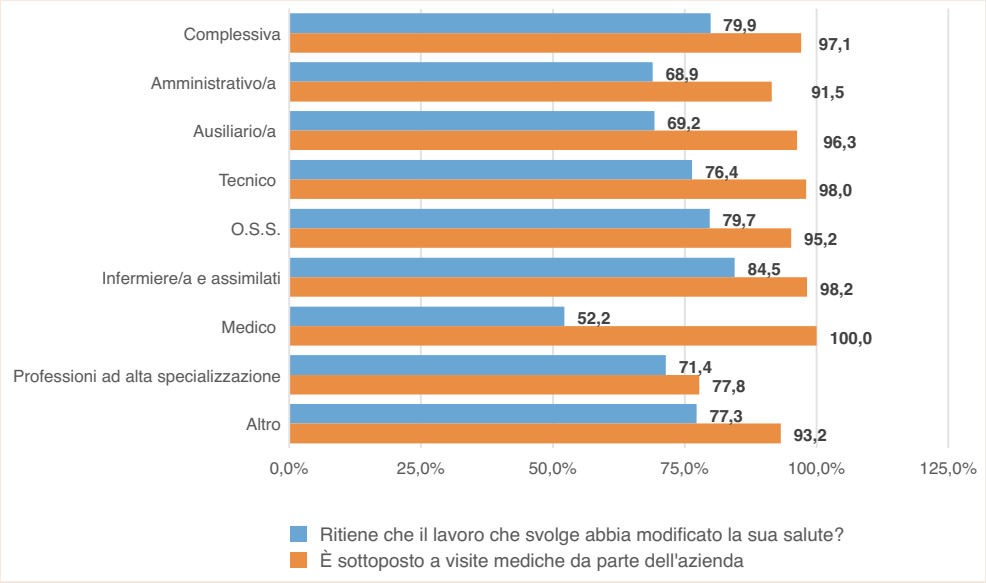
È interessante osservare come a fronte di tale percezione la distribuzione di quanti sono sottoposti a visite mediche da parte dell'azienda sia diversamente modulata. Partendo da una quota complessivamente elevata, visto che il 97,1% del campione complessivo è sottoposto alle visite mediche, tra il personale medico si arriva al 100% di copertura. Sfiorano la copertura totale anche gli infermieri (98,2%) e il personale tecnico (98%). Le altre categorie sono meno coperte: si va dal 96,3% degli ausiliari fino al 91,5% degli amministrativi.

Molti degli intervistati e delle intervistate hanno specificato di quali disturbi soffrono. Lo hanno fatto attraverso una casella di testo, con 627 risposte. Ma nella figura n. 1 sono state raffigurate le parole inserite dagli intervistati con una grandezza variabile e proporzionata alla frequenza (in parte rivista per rendere più leggibile l'immagine).

Ovviamente emergono i disturbi muscoloscheletrici (in particolare con dolori alla schiena e alle spalle), le patologie alla testa e al collo (come la cervicalgia, la cefalea o, genericamente, il mal di collo o di testa), a cui si aggiungono casi diffusi di insonnia e di stress lavoro correlato.

TABELLA 4

Quota di lavoratori e lavoratrici per i quali le condizioni di lavoro hanno avuto un effetto sulle condizioni di salute e quanti sono sottoposti a visite aziendali; complessivo e per mansione (valori percentuali)



Fonte: elaborazione Fondazione Giuseppe Di Vittorio su dati Inca (San1; San2)

FIGURA 1: DISTURBI DI SALUTE RICORRENTI

Fonte: elaborazione Fondazione Giuseppe Di Vittorio su dati Inca (San1)

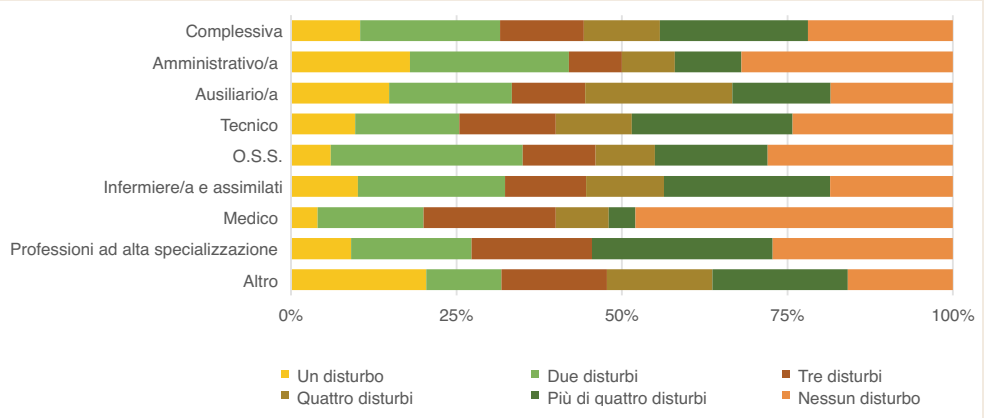
Nel 67,4% dei casi validi (589) si tratta di disturbi che, secondo l'opinione degli stessi lavoratori, scompaiono dopo un periodo di astinenza dal lavoro.

Si è posta l'attenzione sulla valutazione statistica dei dati incrociandoli con i soggetti che sono stati esposti nell'ultimo anno ad episodi di violenza nell'attività lavorativa (1.573 questionari: correlabili statisticamente con lo scopo della ricerca e completi a fronte dei 2.507 totali, derivanti tutti dai dati piemontesi).

Hanno subito una qualsiasi forma di violenza nell'ultimo anno 422 operatori sanitari, oltre 1/4 degli intervistati arruolati (26,8%); hanno assistito a violenza 609, oltre 1/3 (38,7%).

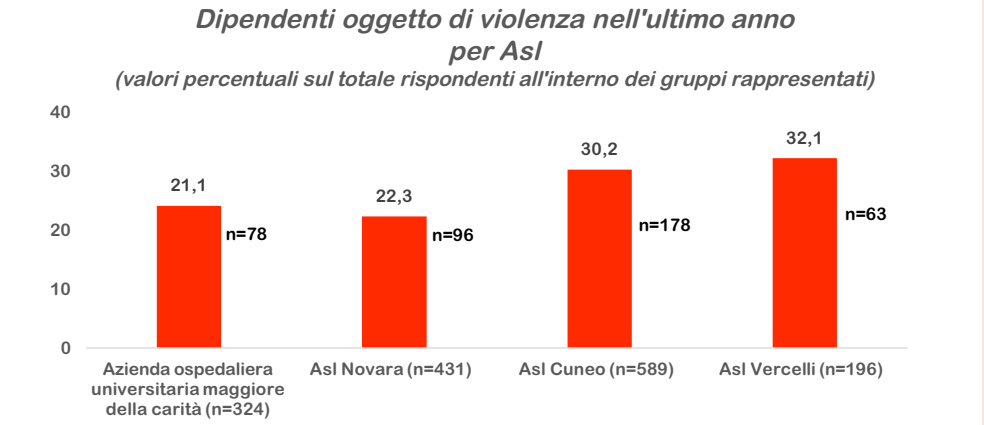
Le percentuali relative alla età della violenza dimostrano un picco inequivocabile nei confronti dei soggetti più giovani. Il

TABELLA 5: DIFFUSIONE DEI DISTURBI PER MANSIONE SVOLTA



Fonte: elaborazione Fondazione Giuseppe Di Vittorio su dati Inca (San1; San2)

TABELLA 6



Fonte: elaborazione Fondazione Giuseppe Di Vittorio su dati Inca (San1; San2)

sesso femminile a sua volta è più soggetto a tale problematica; si correlano i dati del Piemonte poiché sono omogenei nel contesto statistico. La prima considerazione si rifà al fatto che il fenomeno sia distribuito su tutto l'ambito assistenziale regionale con picchi del 32,1% a Vercelli e del 30,2% a Cuneo fino ad un minimo del 21,1%.

I dati confermano una prevalenza (del resto ipotizzabile) di genere (28,9% femmine versus 18,6% maschi)

Dati interessanti sono quelli relativi all'età dei soggetti sottoposti a violenza (fisica o verbale) vedi tabella 8.

Particolare riguardo viene evidenziato dalla età dove, a fronte di numeri assoluti mi-

TABELLA 7

Dipendenti oggetto di violenza nell'ultimo anno per genere

(valori percentuali sul totale rispondenti all'interno dei gruppi rappresentati)

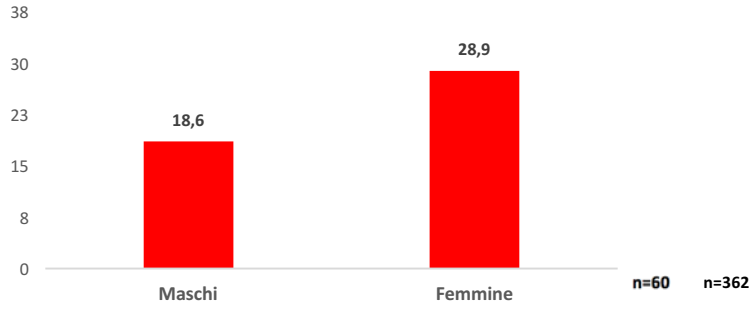
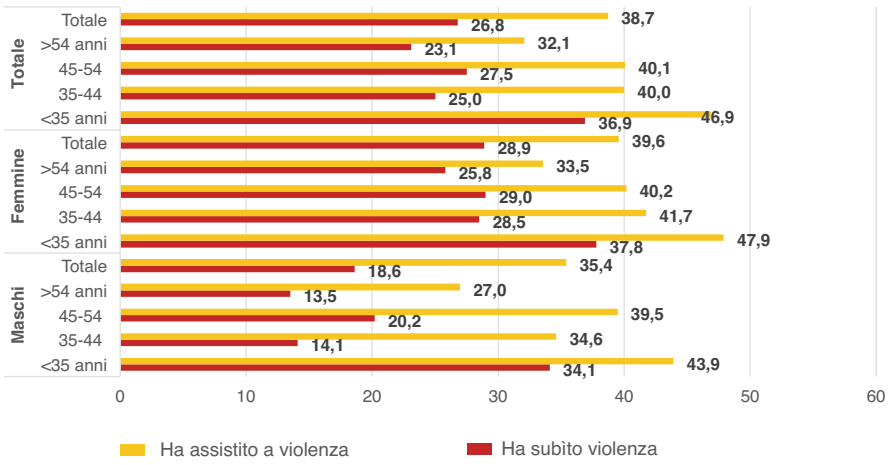


TABELLA 8

Dipendenti che hanno subìto violenza e dipendenti che hanno assistito ad episodi di violenza nell'ultimo anno per genere ed età

(valori percentuali sul totale rispondenti all'interno dei gruppi rappresentati)



nori, i giovani assunti rappresentano la maggiore fonte di catalizzatori della violenza (72%> 56% di media rispetto alle altre età). La maggior parte del resto di chi ha subito violenza viene rappresentato dagli infermieri.

Tali dati sono stati correlati con l'esperienza lavorativa che dimostra un incremento significativo nei soggetti con poca esperienza professionale, ed un lieve innalzamento nei lavoratori con maggiore anzianità e con il lavoro notturno che rappresenta un ulteriore fattore di rischio.

Così come appare più evidente in coloro che svolgono mansioni di movimentazione dei pazienti come nei Dea o nei reparti di

TABELLA 9

Dipendenti oggetto di violenza nell'ultimo anno per genere ed età

(valori percentuali sul totale rispondenti all'interno dei gruppi rappresentati)

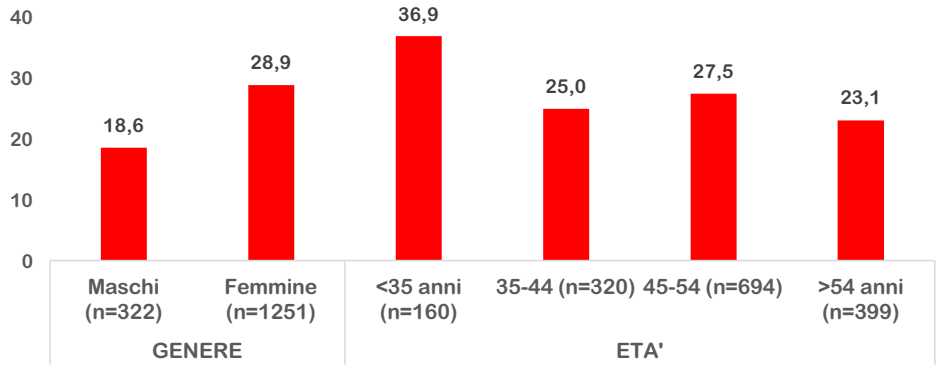
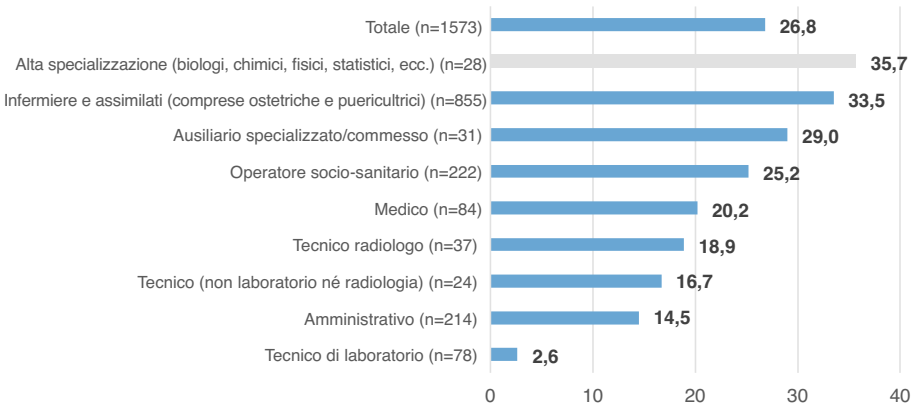


TABELLA 10

Dipendenti oggetto di violenza nell'ultimo anno per categoria professionale

(valori percentuali sul totale rispondenti all'interno dei gruppi rappresentati)



terapia intensiva o nelle medicine con indirizzo di geriatria o nei reparti psichiatrici.

La valutazione dei danni subiti. I dati estrapolati sono stati, pertanto, incrociati con lo stato di salute generale usando come variabile la presenza o meno di un atto di violenza subita come parametro di distribuzione dei due campioni, senza che gli intervistati avessero informazione della correlazione tra le due domande.
Non sembrerebbe dagli intervistati emergere la percezione che sullo stato di salute influisca significativamente un danno generale correlabile con l'evento traumatico subito rispetto a coloro che non lo riferiscono.

TABELLA 11

Dipendenti oggetto di violenza nell'ultimo anno per anzianità nella mansione attuale
(valori percentuali)

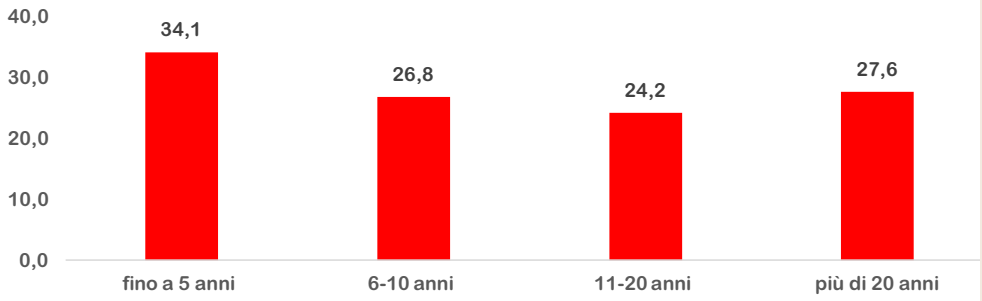


TABELLA 12

Dipendenti oggetto di violenza nell'ultimo anno per lavoro notturno
(valori percentuali)

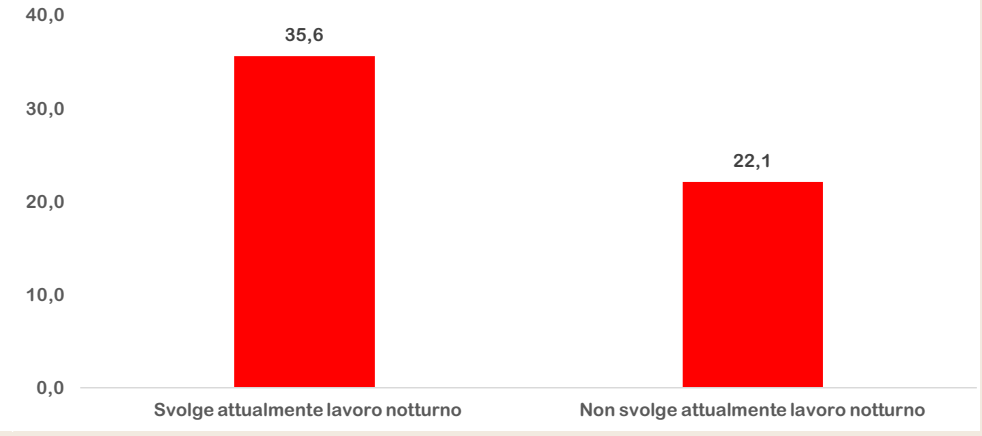


TABELLA 13

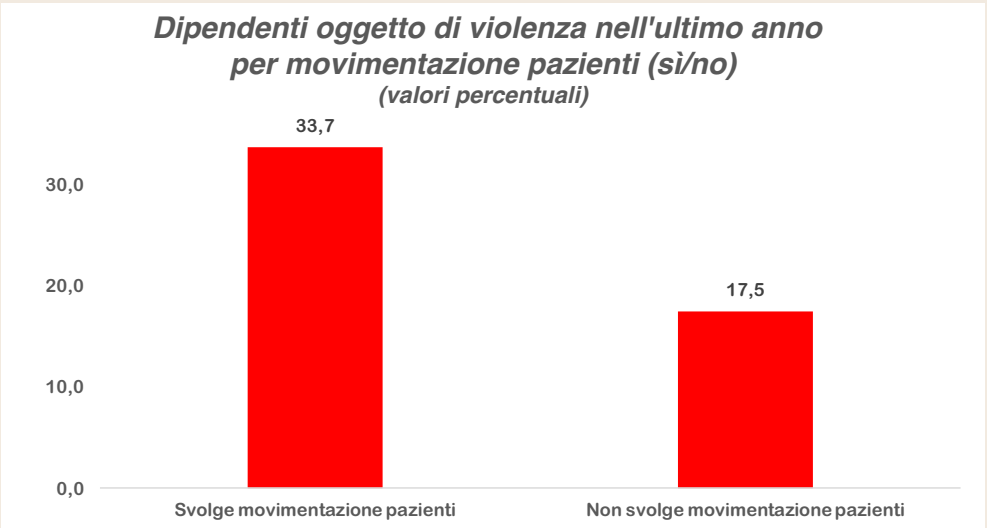
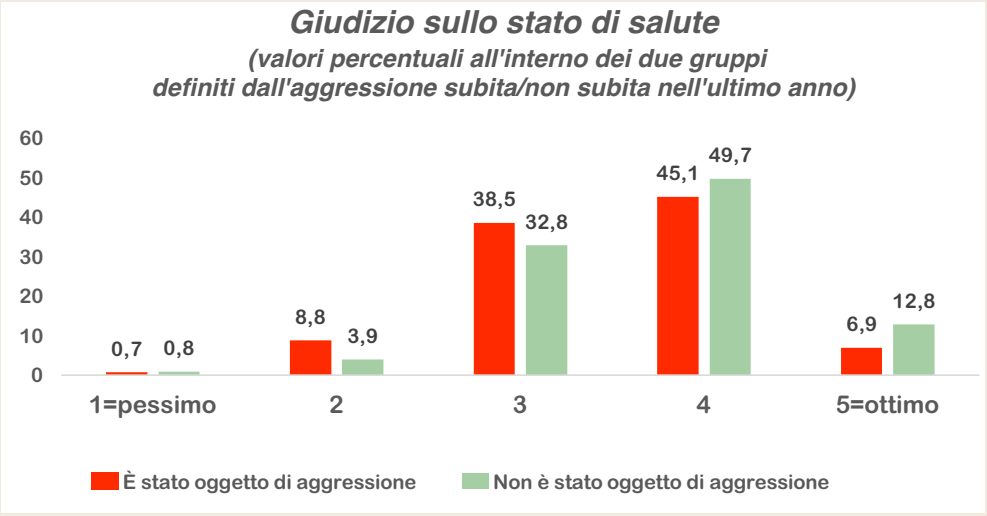


TABELLA 14



Infatti i dati generali dei problemi psico-attitudinali del comparto rappresentato come unitario in questo schema, quindi senza distinzione dei due gruppi, evidenziano tra i principali disturbi quelli di carattere psico-comportamentale. Al fine di valutare se esistono problematiche non riconosciute e correlate ad eventuali traumi fisici e psichici correlati con episodi di violenza abbiamo espresso un rapporto per ogni singolo disturbo tra il gruppo di lavoratori che hanno subito aggressioni e quelli che non le hanno subite.

TABELLA 15

Problemi psico-sociali che si presentano una o più volte a settimana

(percentuale soggetti sul totale)

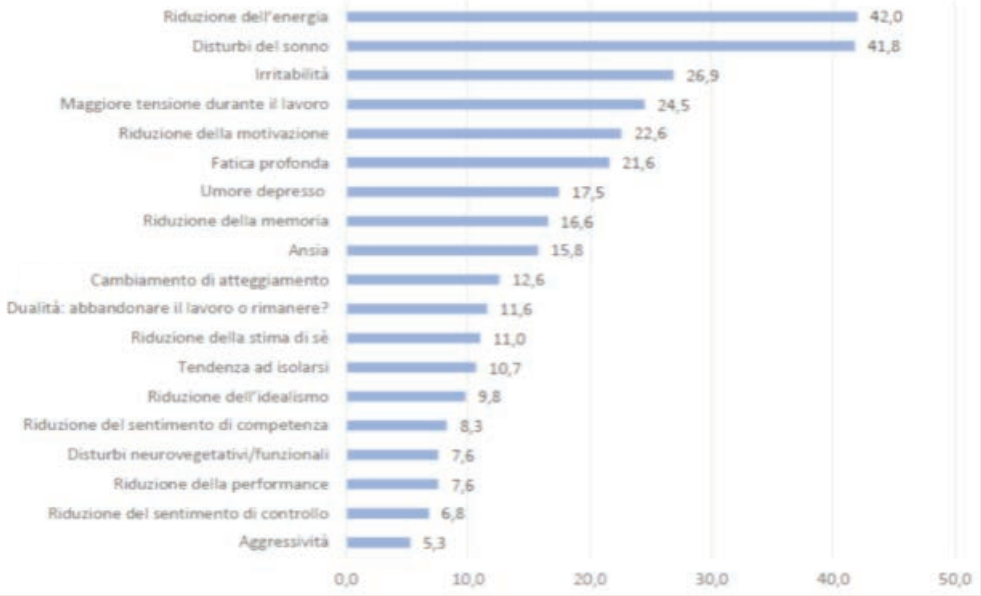
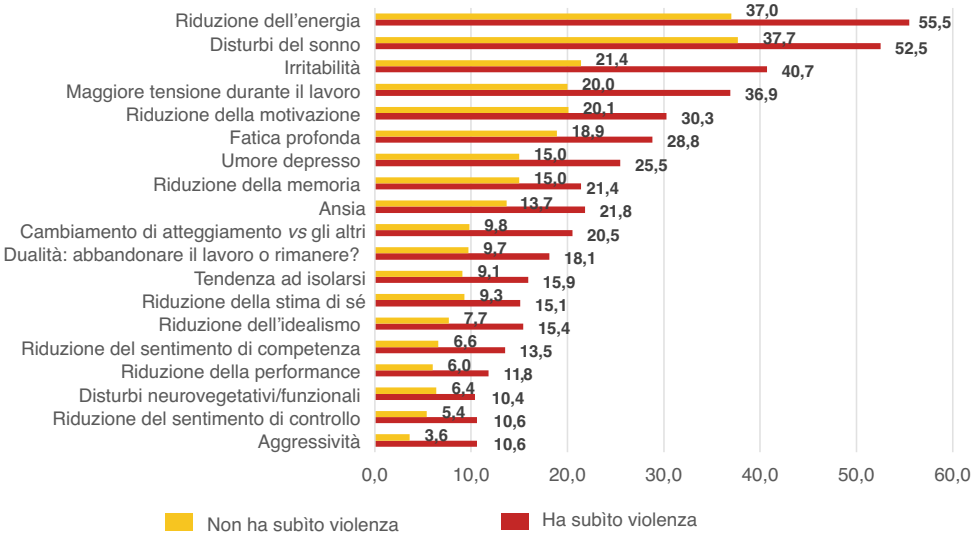


TABELLA 15 BIS

Problemi psico-sociali che si presentano una o più volte a settimana

(valori percentuali all'interno dei due gruppi definiti dall'aggressione subita/non subita nell'ultimo anno)

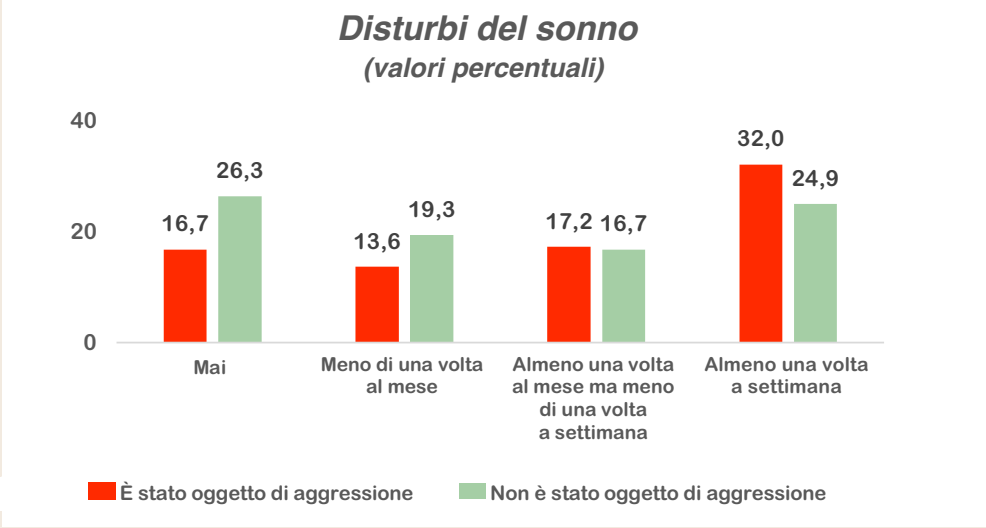


Registriamo percentuali significativamente più elevate per tutti i disturbi analizzati nel gruppo di quanti hanno subìto violenza.
Segnaliamo in particolare, in ordine di prevalenza osservata:
– la riduzione dell'energia (55,5% *vs* 37,0%);
– i disturbi del sonno (52,5% *vs* 37,7%);
– l'irritabilità (40,7% *vs* 21,4%);
– la maggiore tensione durante lo svolgimento dell'attività lavorativa (36,9% *vs* 20%);
– la riduzione della motivazione (30,3% *vs* 20,1%);
– lo «stato astenico» (fatica profonda, 28,8% *vs* 18,9%);
– lo stato di depressione (umore depresso, 25,5% *vs* 15,0%);
– l'ansia (21,8% *vs* 13,7%);
– il cambiamento di atteggiamento verso gli altri (20,5% *vs* 9,8%);
– il sentimento di dualità (abbandonare il lavoro o rimanere? 18,1% *vs* 9,7%);
– la tendenza ad isolarsi (15,9% *vs* 9,1%);
– la perdita di autostima (riduzione della stima di sé, 15,1% *vs* 9,3%);
– la riduzione del sentimento di competenza (13,5% *vs* 6,6%);
– la riduzione della performance lavorativa (11,8% *vs* 6,0%);
– l'aggressività (10,6% *vs* 3,6%).

Al fine di una maggior precisazione dei disturbi abbiamo preso in considerazione i singoli aspetti psico-attitudinali rapportandoli ad una maggiore specificità di quantificazione del disturbo:

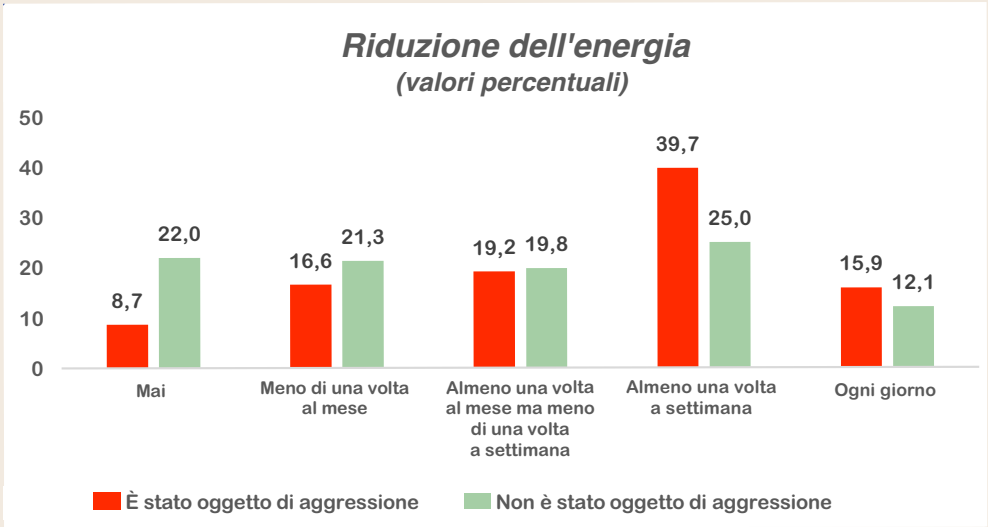
1) SIA PER LA COMPONENTE SONNO

TABELLA 16



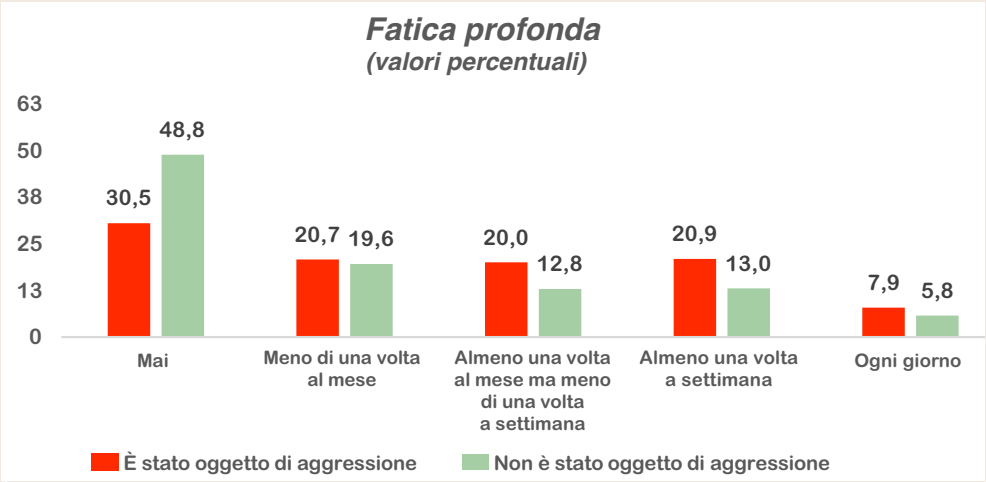
2) VALUTAZIONE DELL'ENERGIA

TABELLA 17



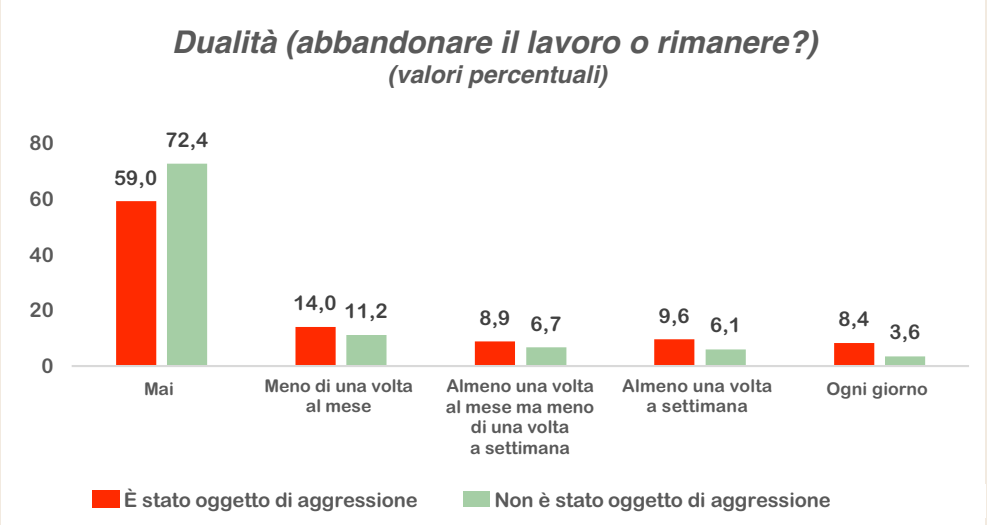
3) CON PRESENZA DI UNO STATO «ASTENICO» PIÙ EVIDENTE

TABELLA 18



4) SENTIMENTO DI DUALITÀ

TABELLA 19

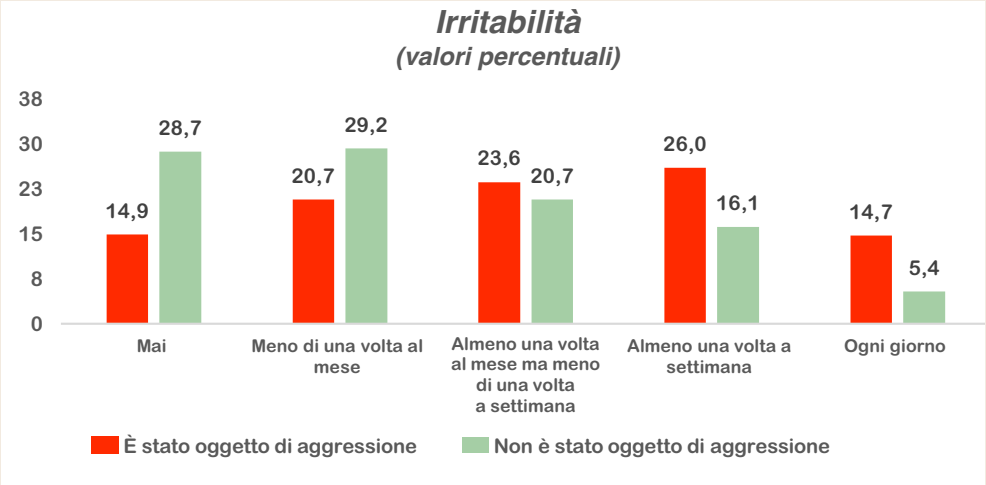


5) E PROFONDA RIDUZIONE DELLE MOTIVAZIONI LAVORATIVE

TABELLA 20

6) IRRITABILITÀ

TABELLA 21



7-8) DA QUI SEMBREREBBE ESSERE PRESENTE UNO STATO DI DEPRESSIONE DELL' UMORE E DI ANSIA MAGGIORE RISPETTO A COLORO CHE NON SONO STATI VITTIMA DI VIOLENZA

TABELLA 22

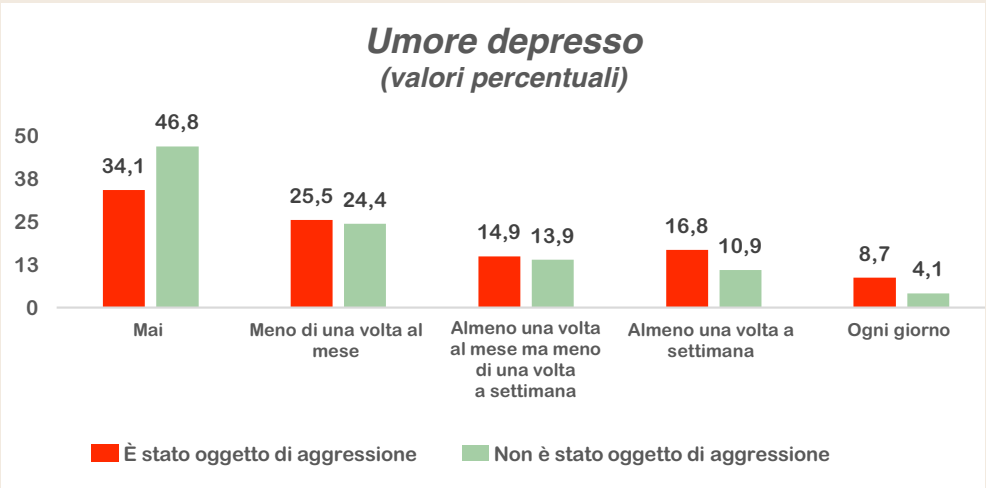
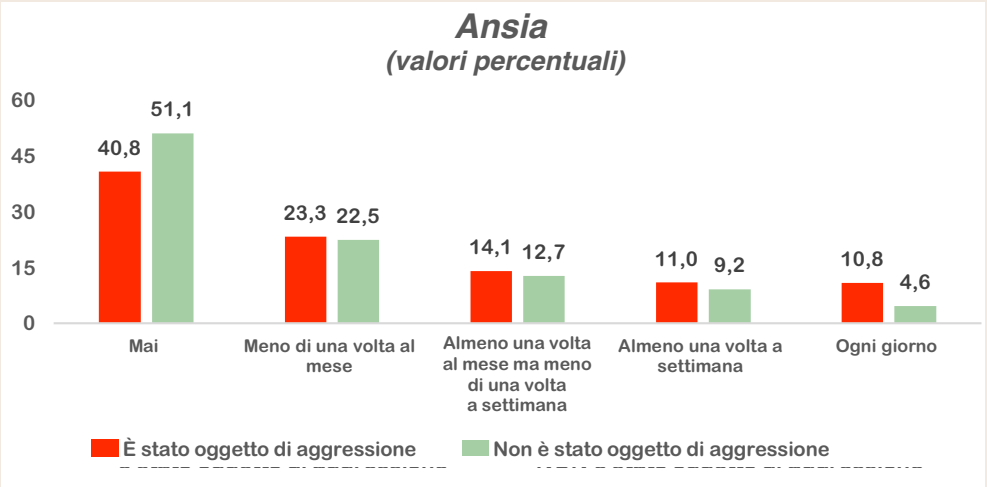
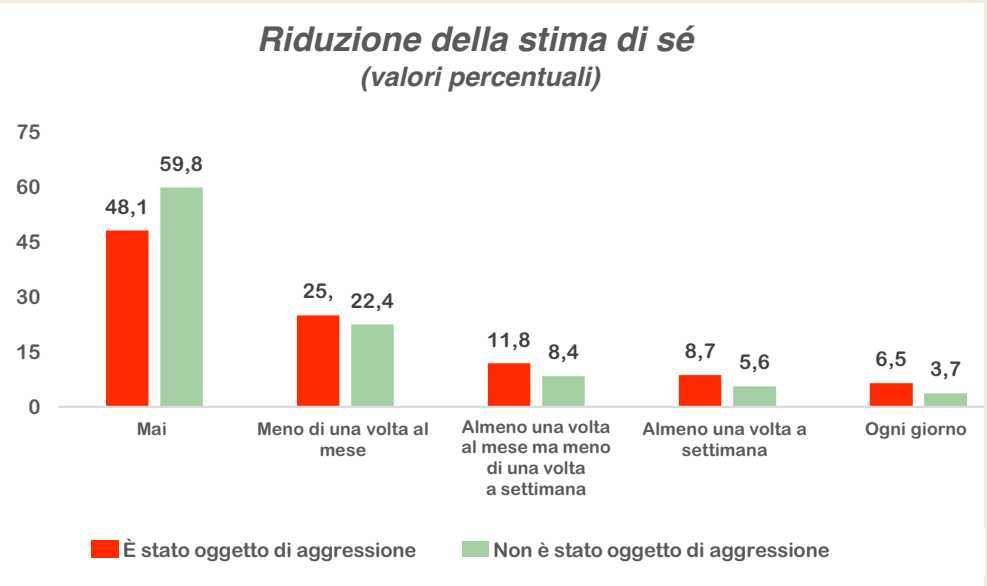


TABELLA 23



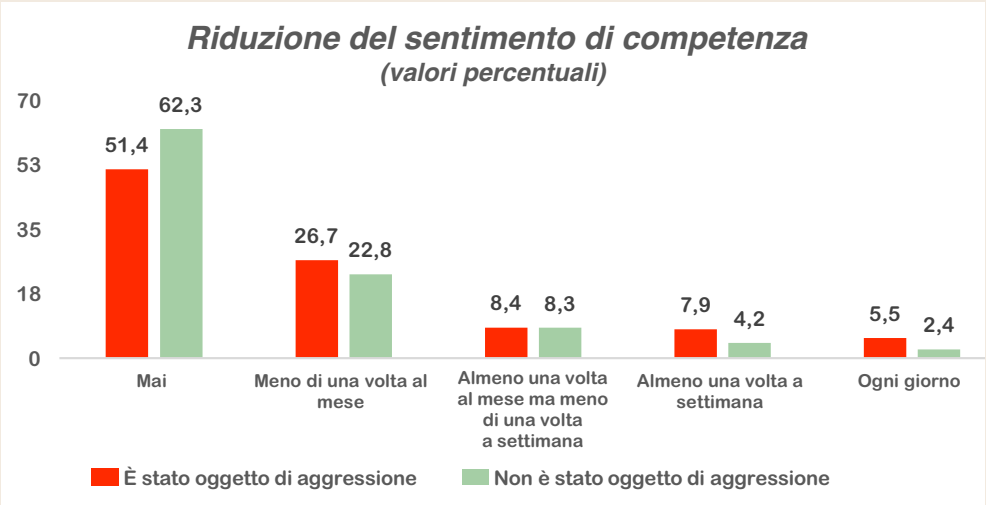
9) ANALOGO ANDAMENTO VIENE RAPPRESENTATO PER LA PERDITA DI AUTOSTIMA

TABELLA 24



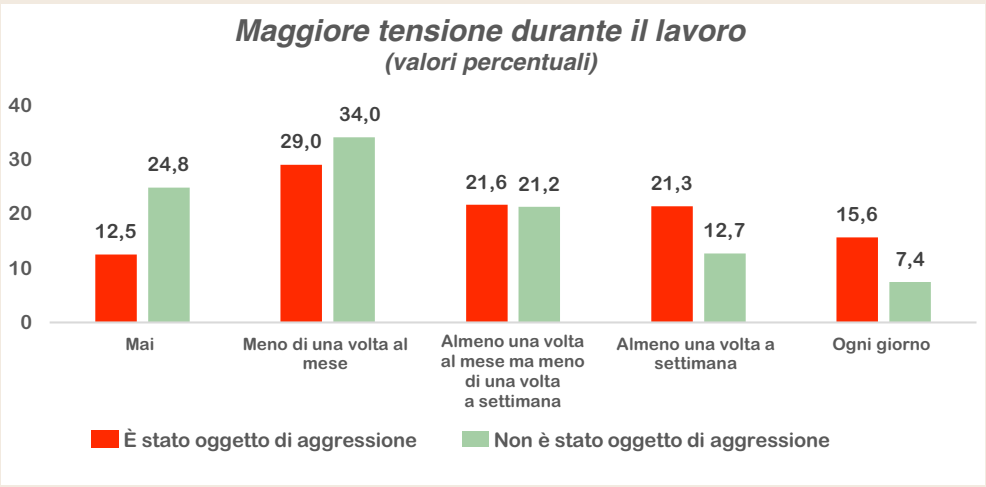
10) RIDUZIONE DEL SENTIMENTO DI COMPETENZA

TABELLA 25



11) CON CONSEGUENTE MAGGIORE DISAGIO LAVORATIVO E TENSIONE DURANTE IL LAVORO

TABELLA 26



12-13) CON TENDENZA ALL'ISOLAMENTO: CAMBIAMENTO DI ATTEGGIAMENTO VERSO GLI ALTRI

TABELLA 27

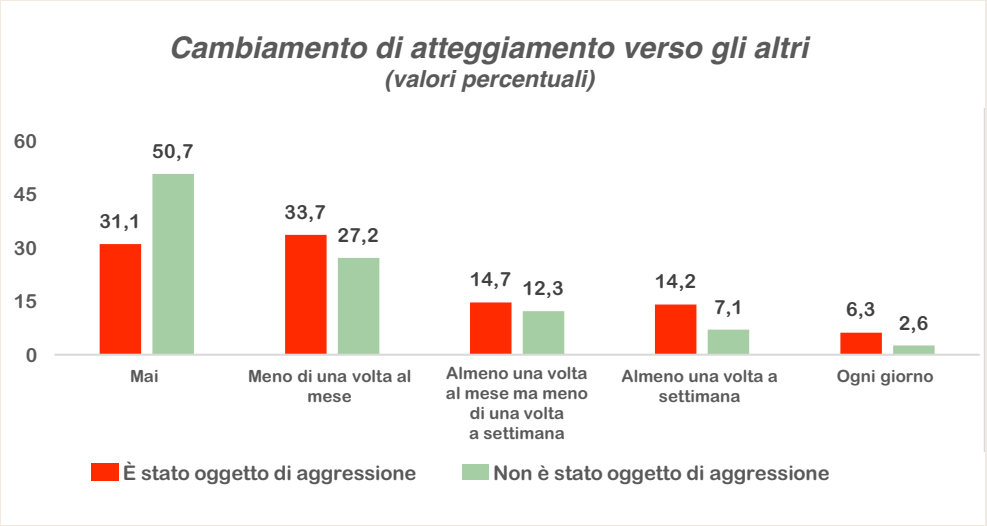
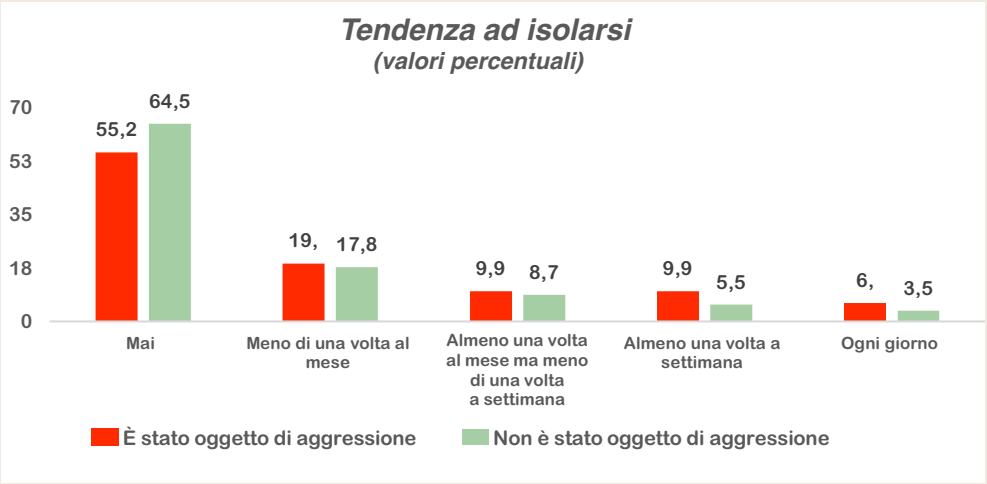
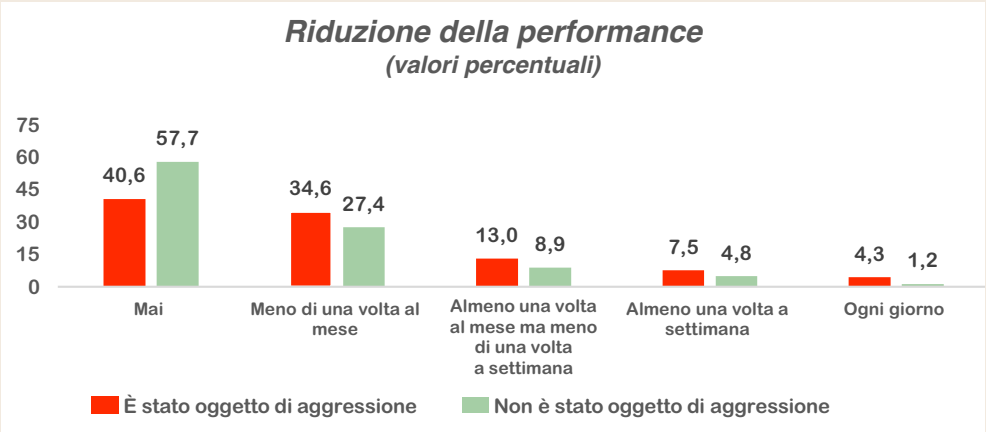


TABELLA 28



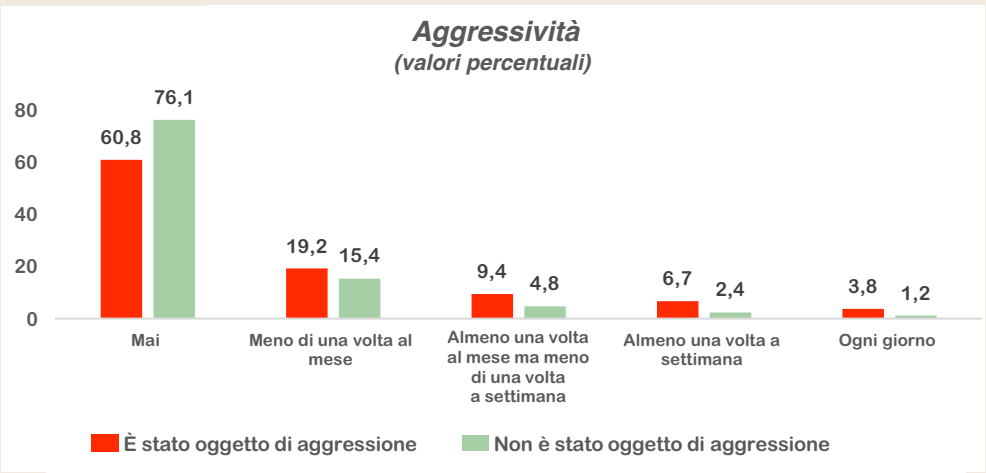
14) CON RELATIVA DIMINUZIONE DELLE PERFORMANCE LAVORATIVE

TABELLA 29



15) E CON UN AUMENTO STATISTICAMENTE SIGNIFICATIVO DELLA PERCENTUALE DI AGGRESSIVITÀ

TABELLA 30

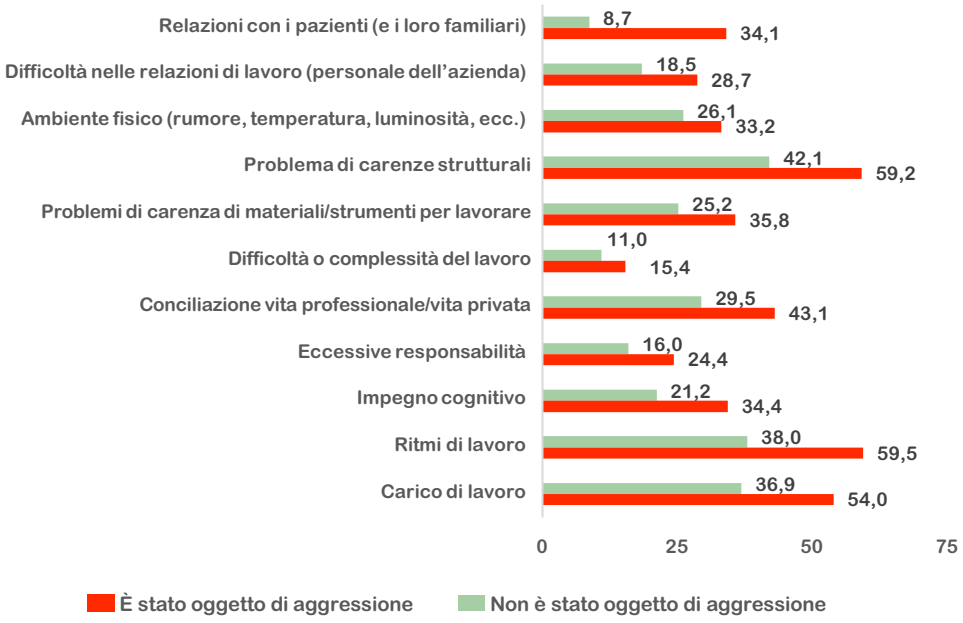


Correlazioni con i reparti. Tale dato è di particolare difficoltà valutativa per valenza retroattiva e per anzianità; infatti normalmente il lavoratore del comparto viene spostato dal reparto in relazione alle specifiche esigenze o a quelle della sua azienda o struttura ed in relazione alla età lavorativa che lo porta a turni più accessibili con il crescere dell'età o con l'insorgenza di altre patologie (cardiache, osteoarticolari, ecc.). Un elemento particolarmente interessante viene alla luce dal trend correlato ai turni nottur-

ni laddove si evidenzia non solo che i lavoratori che abbiano svolto attività lavorativa notturna abbiano più rischi di quelli che non la svolgano, ma che tali dati siano in crescita in coloro che tutt'ora svolgono tale attività di solito correlata a prestazioni in reparti a rischio (60%>70%) vedi Dea, terapie intensive, neonatologie, ecc.) come evidenziato in numerosi studi (26,8% totali nell'ultimo anno con valori del 35,6% nei lavori notturni). Altro dato significativo riguarda sostanzialmente come sia cresciuta la percentuale di aggressioni in coloro che non effettuano turni notturni.
Dalla seguente tabella si dimostra come lo stato dei lavoratori sottoposti a qualsivoglia atto di violenza viene ad essere globalmente più compromesso rispetto agli altri lavoratori, con disturbi della sfera n.v. e psicocomportamentali che si incrementano come cadenza ed intensità significativamente tra i due gruppi.

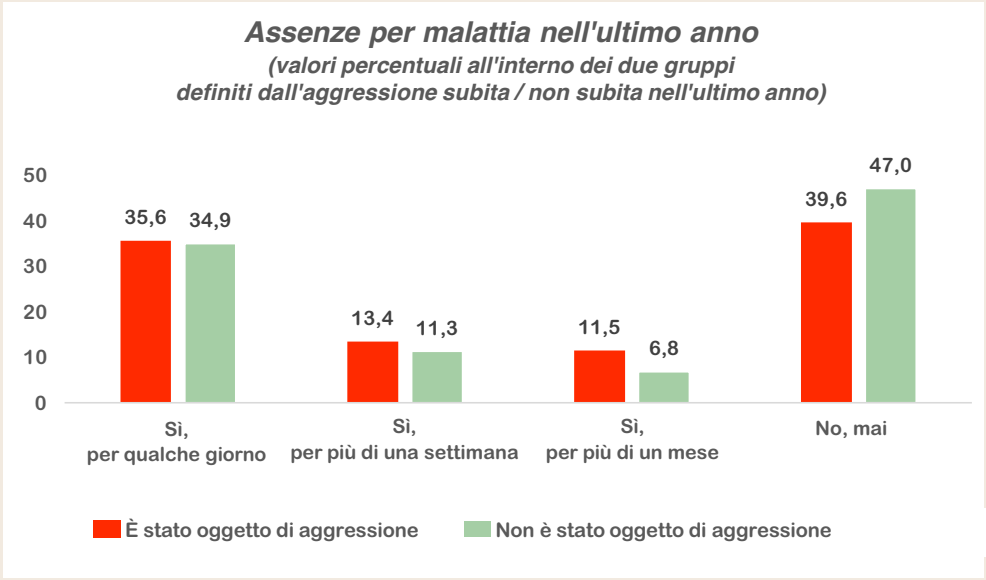
TABELLA 31

Fattori che creano difficoltà nel lavoro
(valori percentuali* all'interno dei due gruppi definiti dall'aggressione subita/non subita nell'ultimo anno)



(*) La somma delle percentuali all'interno dei gruppi supera 100 perché era possibile indicare più fattori di difficoltà

TABELLA 32



Dai dati della tabella si rileva come le persone che abbiano subito aggressioni sia fisiche che verbali presentano una percentuale superiore di malattia rispetto a quelle non sottoposte a violenza (con giorni lavorativi persi superiori a più di una settimana 13,4%>11,3%) e diventa più significativa per le patologie che richiedono un allontanamento globale per più di un mese.

A conferma della criticità del problema si evidenzia nei soggetti sottoposti a violenza una formulazione di giudizi di non idoneità o di idoneità con limitazioni con una differenza del 10% circa:

TABELLA 33

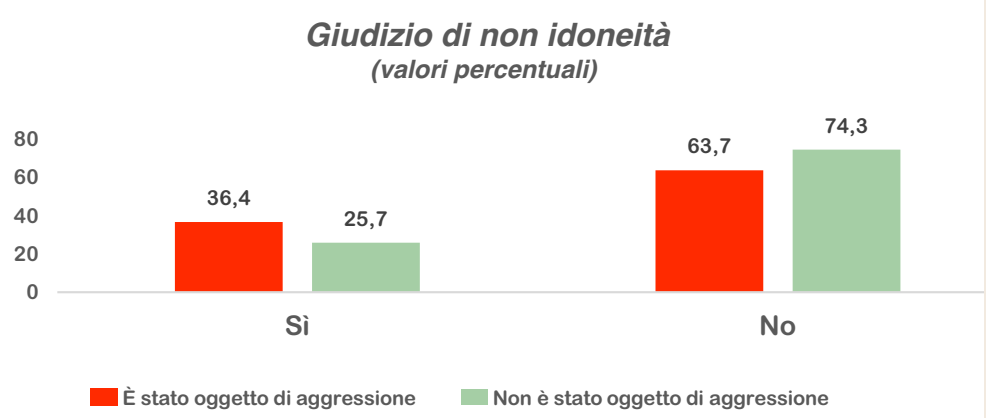
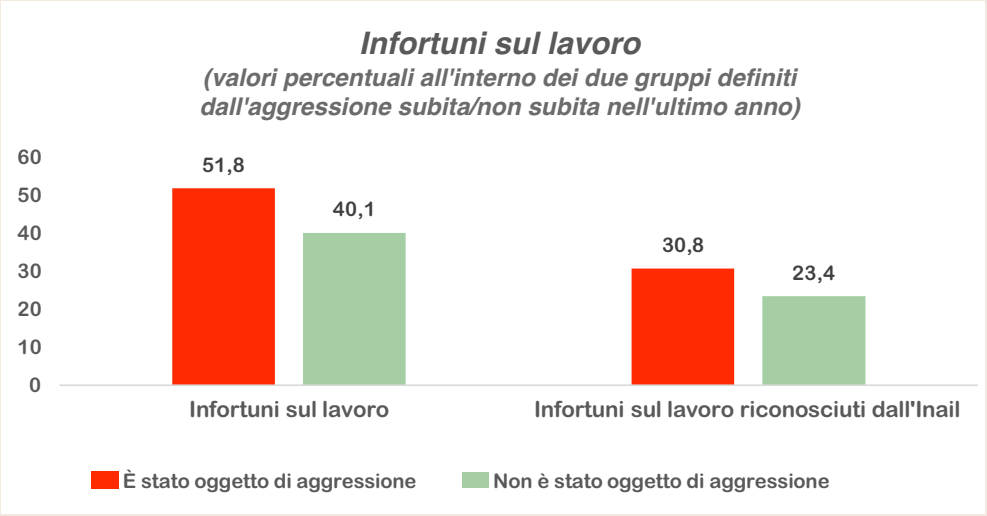


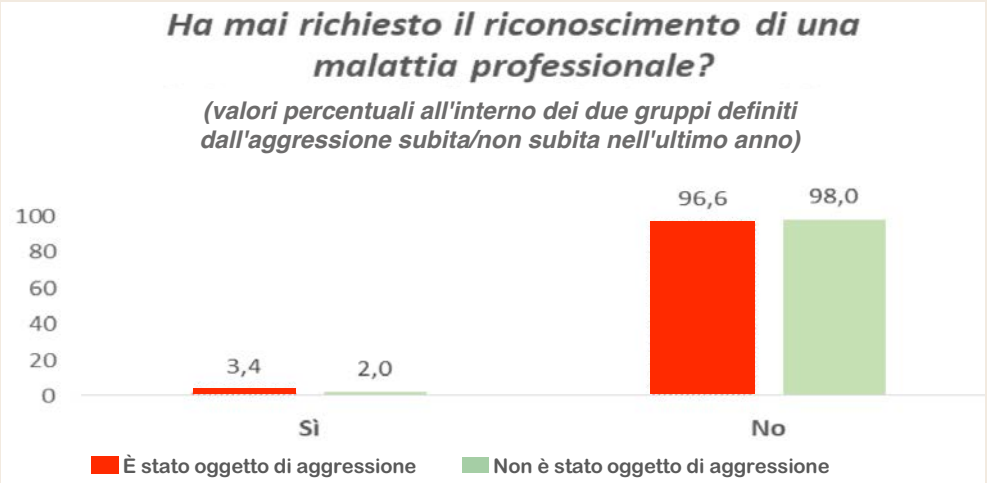
TABELLA 34



Da tale quadro di disagio si potrebbe evidenziare un «inconsapevole» aumento sia degli infortuni sul lavoro che della richiesta di riconoscimento di malattia professionale, che in esito allo studio non finalizzato per gli intervistati al diretto rapporto con i nostri scopi, risulta particolarmente interessante.

L'incrocio di tali dati rileva una situazione in cui, ovviamente ponendosi in essere condotte violente, il riconoscimento dell'infortunio professionale risulta maggiore nei soggetti che hanno subito un evento simile con relativo incremento del riconoscimento da parte dell'Inail.

TABELLA 35



Tale discorso non vale per il riconoscimento di malattia professionale, dove si evidenzia addirittura un numero maggiore di riconoscimenti tra coloro che non hanno subito violenza, anche se sostanzialmente simile nel numero di riconoscimenti di m.p. che appaiono vicini allo 0%, unico dato in controtendenza. A conferma probabilmente di ciò di cui sopra, l'assenza di percezione della «perdita» del proprio stato di salute in termini olistici.

DISCUSSIONE

Nel decennio dal 2005 al 2015, in controtendenza rispetto alla pubblica amministrazione, gli operatori del settore sanitario hanno rappresentato uno dei comparti che ha aumentato lievemente il numero degli occupati.

ITALIA - OCCUPATI 2005-2014 (VALORI IN MIGLIAIA)

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Var. % 2005-2014	Var. % 2011-2014
Totale attività economiche	Dipendenti	17960,2	18357,3	18639,7	18769,7	18543,9	18342,1	18425,5	18394	18081,2	18108,7	0,8	-1,7
	Indipendenti	6541,1	6626,5	6655,2	6579,5	6381,6	6423,6	6417,2	6370,8	6241,6	6230,7	-4,7	-2,9
	Totale	24501,3	24983,8	25294,9	25349,2	24925,5	24765,7	24842,7	24764,8	24322,8	24339,4	-0,7	-2,0
Sanità e assistenza sociale	Dipendenti	1348,3	1370,2	1386	1419,2	1432,4	1442,5	1473,8	1480,8	1493,4	1506,9	11,8	2,2
	Indipendenti	285,5	273	264,9	277,4	279,2	284,9	288,9	299,6	305,8	327,6	14,7	13,4
	Totale	1633,8	1643,2	1650,9	1696,6	1711,6	1727,4	1762,7	1780,4	1799,2	1834,5	12,3	4,1

Fonte: nostre elaborazioni su dati ISTAT - HSA

Complessivamente, anche l'infortunio sul luogo di lavoro è un'esperienza diffusa nel comparto (dati Inail/ comparto Sanità Piemonte) e spesso rappresenta uno dei settori con maggiore incidenza di i.p. e m.p.

PIEMONTE - MALATTIE PROFESSIONALI DENUNCIATE PER CLASSI DI ETÀ, 2015

	Val. as.				Val. %			
	Italia		Piemonte		Italia		Piemonte	
	Tutti i settori	Sanità e assistenza sociale	Tutti i settori	Sanità e assistenza sociale	Tutti i settori	Sanità e assistenza sociale	Tutti i settori	Sanità e assistenza sociale
Fino a 14	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
15 - 19	4	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
20 - 24	88	2	4	0	0,1	0,1	0,2	0,0
25 - 29	346	4	21	0	0,6	0,2	0,9	0,0
30 - 34	926	22	36	0	1,6	1,1	1,6	0,0
35 - 39	1999	58	66	3	3,4	2,8	3,0	4,5
40 - 44	4101	197	133	2	7,0	9,5	5,9	3,0
45 - 49	7122	353	258	17	12,1	17,1	11,5	25,4
50 - 54	11246	507	436	19	19,1	24,6	19,5	28,4
55 - 59	13689	504	437	21	23,2	24,4	19,5	31,3
60 - 64	10202	357	288	3	17,3	17,3	12,9	4,5
65 - 69	4355	42	179	2	7,4	2,0	8,0	3,0
70 - 74	2124	6	127	0	3,6	0,3	5,7	0,0
75 e oltre	1999	4	168	0	3,4	0,2	7,5	0,0
Non disp.	716	7	84	0	1,2	0,3	3,8	0,0
Totale	58917	2.063	2.237	67	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: nostre elaborazioni su dati INAIL

PRESTAZIONI INAIL (VALORI PERCENTUALI DIVISI PER SETTORE)

Settore di attività economica (Codice Ateco)	Temporanea	Permanente	Morte	TOTALE
Agrindustria	20,87	1,91	0,05	22,83
Pesca	16,74	1,49	0,3	18,53
Estrazione di minerali	15,37	1,87	0,11	17,36
Totale industrie manifatturiere	24,2	1,56	0,03	25,79
Elettricità, gas, acqua	13,08	0,99	0,03	14,09
Costruzioni	31,12	3,78	0,1	35
Totale commercio	18,72	1,19	0,02	19,93
Alberghi e ristoranti	35,58	1,51	0,02	37,12
Trasporti e comunicazioni	30,23	2,37	0,08	32,68
Intermediazione finanziaria	2,39	0,21	-	2,6
Attività immobiliari e servizi alle imprese	14,52	0,87	0,02	15,4
Pubblica amministrazione	16,08	0,99	0,01	17,08
Istruzione	7,7	0,46	0,01	8,17
Sanità e servizi sociali	**26,49**	**1,09**	**0,01**	**27,59**
Altri servizi pubblici	21,9	1,44	0,02	23,37
Non determinato	62,1	2,34	-	64,45
Totale	**22,69**	**1,6**	**0,04**	**24,33**

Ciò si è osservato in relazione anche all'indagine svolta nella sola regione Piemonte, quantitavimente significativa, dove il 42% degli intervistati ha affermato di avere subito un infortunio, ma l'osservazione è confermata anche nei dati rilevati nelle ricerche oggetto di questo rapporto. A partire dai due questionari San1 e San2, infatti, è il 40,9% degli intervistati ad affermare di aver avuto un riconoscimento da parte dell'Inail relativamente ad un infortunio.

Il dato è particolarmente rilevante per il personale ausiliario, che ha avuto il riconoscimento nel 68,8% dei casi (va però ricordato che la numerosità e relatività dei rispondenti, 27 individui in tutto, in questo caso, rende il dato su questa specifica professione non particolarmente rilevante). Come osservato in altre occasioni, invece, è il dato relativo agli infermieri ad incidere maggiormente sulla media. Per questa categoria, infatti, i riconoscimenti rappresentano il 41,2% dei casi. Più alto del dato medio, infine, è anche quello rilevato per il personale ad elevata specializzazione (60%).

Il 6,9% del totale dei rispondenti dichiara di avere avuto delle malattie professionali denunciate e riconosciute dall'Inail. Anche in questo caso il dato di maggior diffusione è quello degli ausiliari (14,8%).

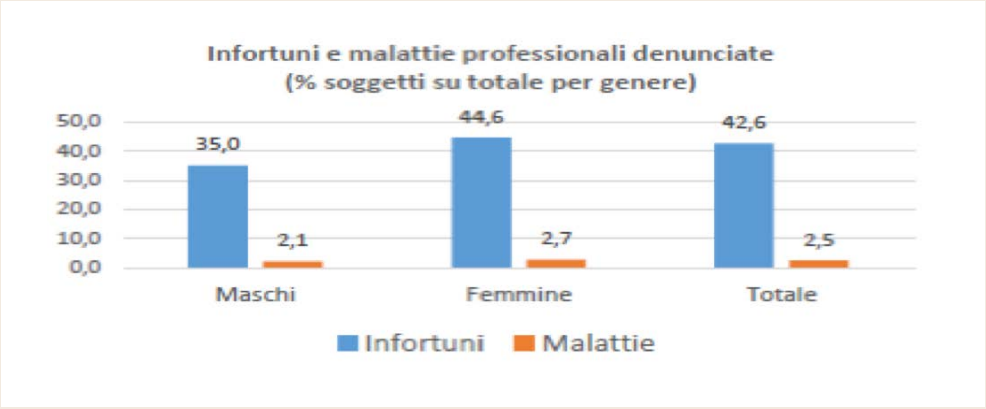
Partendo dalle evidenze dei dati in nostro possesso si rileva che esiste una differenza tra gli infortuni e le malattie professionali di coloro che hanno subito un atto di violenza rispetto a coloro che non l'hanno subita, ma tali dati non sembrano e non sembre-

TABELLA 36: MALATTIE PROFESSIONALI E INFORTUNI, DIFFUSIONE DEL RICONOSCIMENTO INAIL

	Complessivo	Amministrativo/a	Ausiliario/a	Tecnico	O.S.S.	Infermiere/a e assimilati	Medico	Professioni ad alta specializzazione	Altro
Malattia professionale	6,9%	8,7%	14,8%	4,8%	4,0%	7,6%	0,0%	0,0%	9,1%
Infortunio	40,9%	14,3%	68,8%	39,4%	58,0%	41,2%	21,1%	60,0%	46,7%

Fonte: elaborazione Fondazione Giuseppe Di Vittorio su dati Inca (San1; San2).

TABELLA 37



rebbero agli occhi degli interessati correlabili con l'evento violenza. Abbiamo cercato di valutare quanto possano influire gli episodi di crescente violenza nella vita professionale degli addetti: i report della letteratura scientifica evidenziano come il problema sia di portata «planetaria», così come, partendo dal solo numero assoluto degli episodi rilevati, il numero dei casi riportati sia «inquietante» per l'aspetto quantitativo.

Ma come possiamo inquadrare in parametri gli atti di violenza?

In sintesi non c'è una definizione univoca di violenza.

È inoltre variabile la percezione di ciò che costituisce violenza in contesti e culture diverse. Inoltre, recentemente, è stato sottolineato che l'aggressione (termine coniato all'inizio nel XVII secolo e ripreso dal latino *aggredi* col significato di «avvicinarsi» ovvero di «attaccare» fisicamente o verbalmente) può essere definita tale indipendentemente dalle intenzioni dell'aggressore. Sono comunque state avanzate nel tempo varie definizioni e interpretazioni autorevoli. Per violenza si intendono «tutti quegli atti e quegli abusi che umiliano, degradano o danneggiano il benessere o la dignità di una persona». Il termine violenza è un'accezione generica che richiama una forma di comportamento o di azione negativa nelle relazioni tra due o più persone,

caratterizzata da aggressività che a volte è ripetuta e talvolta inaspettata. Comprende tutti i tipi di abuso. La violenza si manifesta in forma sia fisica sia psicologica e spesso le due modalità si sovrappongono. Rientrano in questa definizione i comportamenti aggressivi in crescendo e senza soluzione di continuità da insulti, intimidazioni, minacce, fino a giungere all'aggressione fisica con conseguenze più o meno gravi e durature per la salute psico-fisica della persona. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) la violenza è «l'utilizzo intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o reale, contro se stessi, un'altra persona, o contro un gruppo o una comunità, che determini o che abbia un elevato grado di probabilità di determinare lesioni, morte, danno psicologico, cattivo sviluppo o privazione».

Nel parlare di violenza correlata al lavoro o violenza sul posto di lavoro ci si riferisce a tutti gli episodi, includendo gli incidenti in cui gli operatori vengano fatti oggetto di abusi, minacce, aggressioni o comportamenti e azioni offensive in situazioni correlate al loro lavoro. All'interno dei luoghi di cura la violenza a danno degli operatori sanitari, in genere medici o infermieri, è messa in atto da parte di pazienti, familiari, *caregiver* o visitatori (violenza di terza parte). La violenza può essere inoltre perpetrata da altri operatori (bullismo, mobbing ecc.). È stata proposta una classificazione della violenza sul luogo di lavoro in quattro tipi secondo la relazione tra il suo autore e il luogo di lavoro. Facendo riferimento a questa classificazione nel contesto sanitario, il tipo più comune di violenza è il II, caratterizzato da una relazione autore-vittima legata alla situazione di lavoro o alla fornitura di un servizio.

I quattro tipi di violenza sul luogo di lavoro:

I Chi perpetra la violenza non ha legami con il luogo di lavoro o con i lavoratori (es. persona con intenti criminali che esegue una rapina a mano armata).

II Chi perpetra la violenza è un paziente o un visitatore o un fornitore o un lavoratore (es. un paziente intossicato prende a pugni un'infermiera).

III Chi perpetra la violenza è un lavoratore o un ex lavoratore di quella struttura (es. un dipendente licenziato di recente assale il suo capo).

IV Chi perpetra la violenza ha una relazione personale con il lavoratore ma nessun legame con il luogo di lavoro (es. un ex marito assale la ex moglie sul suo luogo di lavoro).

L'Oms e l'Organizzazione internazionale del lavoro (Ilo) hanno convenuto su una definizione generale di violenza sul luogo di lavoro: «Incidenti in cui i lavoratori sono abusati, minacciati o aggrediti in situazioni correlate al lavoro, incluso il trasferimento, e che comportano un rischio implicito o esplicito per la loro sicurezza, benessere o salute».

In aggiunta, vengono definiti i due concetti di violenza fisica e di violenza psicologica, quest'ultima per molto tempo sottostimata come rilevanza e frequenza. La violenza fisica si identifica con «l'uso della

forza fisica contro una persona o un gruppo che esiti in una lesione fisica, sessuale o psicologica». La violenza psicologica comporta «l'impiego intenzionale della forza, comprese le minacce del ricorso alla forza fisica, contro una persona o un gruppo che esiti in un danno fisico, mentale, spirituale, morale o sociale». L'Ilo fa anche una distinzione tra violenza esterna, che si verifica tra i dipendenti e qualsiasi altra persona presente sul posto di lavoro (pazienti, familiari, visitatori, fornitori), e violenza interna, che si verifica tra i lavoratori, compresi i dirigenti.

Il National Institute of Occupational Safety and Health (Niosh) definisce la violenza sul luogo di lavoro come «ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifichi sul posto di lavoro».

L'Occupational Safety and Health Administration (Osha) adotta pure una definizione in linea con la precedente: «Ogni atto o minaccia di violenza fisica, molestia, intimidazione, o qualsiasi altro comportamento minaccioso che si verifica sul posto di lavoro, spaziando da minacce, abuso verbale all'aggressione fisica fino all'omicidio. Può coinvolgere lavoratori, clienti, utenti e visitatori».

Terminologia:

Abuso Comportamento caratterizzato da un uso illegittimo e/o eccessivo della potenza fisica e psicologica che umilia, degrada o indica comunque una mancanza di rispetto per la dignità e il valore di una persona. Comprende molestie, bullismo e mobbing.

Aggressione/Attacco Comportamento intenzionale che provoca un danno fisico. Comprende l'aggressione sessuale.

Bullismo/Mobbing Comportamento ripetitivo e offensivo che si avvale di tentativi vendicativi, crudeli o malevoli di umiliare o ferire una persona o un gruppo di lavoratori. Si configura come una forma di molestia psicologica continua attuata attraverso osservazioni o critiche ingiustificate, costanti e negative, isolamento della persona dai contatti sociali, pettegolezzo o diffusione di informazioni false.

Minaccia Avvertimento del ricorso alla forza fisica o psicologica che determina la paura di lesioni fisiche, sessuali, psicologiche o di altro tipo.

Molestia Comportamento rivolto contro aspetti della persona come età, disabilità, stato Hiv, situazione domestica, sesso, orientamento sessuale, cambiamento di sesso, etnia, colore della pelle, lingua, religione, orientamento politico, adesione a sindacati, o altra opinione o credo, nazionalità o provenienza sociale, appartenenza a una minoranza, patrimonio, nascita o altro status che sia non gradito o indesiderato e che comprometta la dignità di un uomo o di un donna sul luogo di lavoro.

Molestia sessuale Comportamento a sfondo sessuale che sia non gradito o indesiderato, non corrisposto o non accetto, che sia offensivo per la persona coinvolta e faccia sentire la stessa minacciata, umiliata o imbarazzata o che sia percepito come un obbligo cui sottostare per svolgere il proprio lavoro.

Molestia razziale Qualsiasi comportamento minaccioso basato su etnia, colore della pelle, nazionalità, religione, associazione con una minoranza, nascita o altro stato che sia non corrisposta o non desiderata e che comprometta la dignità di un uomo o di un donna sul luogo di lavoro.

Stalking Consiste in un insieme di condotte persecutorie ripetute nel tempo (come le telefonate moleste, pedinamenti, minacce) che provocano un danno alla vittima incidendo sulle sue abitudini di vita oppure generando un grave stato di ansia o di paura, o, ancora ingenerando il timore per la propria incolumità o per quella di una persona cara.

Straining Situazione di stress forzato sul posto di lavoro, in cui la vittima subisce, solitamente da un superiore, almeno una azione che ha come conseguenza un effetto negativo nell'ambiente lavorativo, azione che, oltre a essere stressante, è caratterizzata anche da una durata costante.

Autore La persona che commette un atto di violenza o adotta un comportamento violento.

Vittima La persona soggetta a un atto di violenza o a un comportamento violento.

Luogo di lavoro Qualsiasi struttura sanitaria, indipendentemente da dimensioni, sede, tipo di servizio erogato. Rientrano nella definizione anche i servizi forniti in ambulanza e le cure domiciliari.

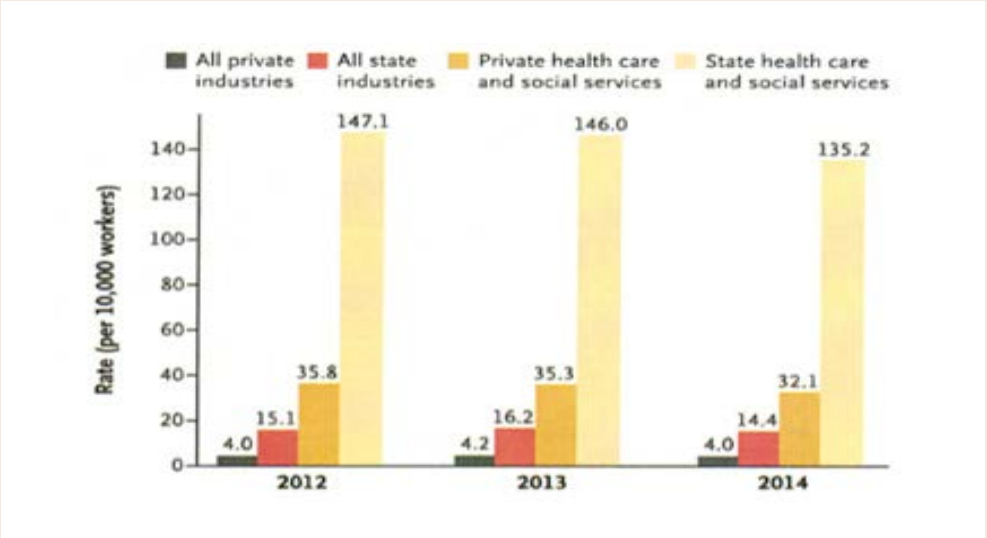
Sempre l'Ilo fa una distinzione tra bullismo e mobbing. Mobbing è il termine usato per descrivere situazioni in cui qualcuno è trattato negativamente da un gruppo di persone e bullismo è il termine usato in situazioni in cui c'è un solo esecutore. Il mobbing coinvolge quindi un gruppo di lavoratori che si coalizzano tutti contro un dipendente, sottoponendo quella persona a molestie psicologiche. Il bullismo costituisce invece un comportamento offensivo attraverso atteggiamenti vendicativi, crudeli, dannosi o umilianti che mirano a danneggiare un individuo o gruppi di dipendenti. Alcuni autori distinguono due tipologie di mobbing, non di rado compresenti (da cui il cosiddetto mobbing combinato), in base ai responsabili dei comportamenti vessatori: mobbing «orizzontale», posto in essere dai colleghi di pari livello o anche da subalterni del lavoratore, e mobbing «verticale», perpetrato dal datore di lavoro o dai superiori del lavoratore. Più raramente può verificarsi il caso di mobbing dal basso verso l'alto, cioè quando un dipendente o un gruppo di sottoposti ignora sistematicamente e volontariamente il capo per screditarlo, spesso rivolgendosi, scavalcandolo, a un suo diretto superiore. Meno frequente è il mobbing strategico anche definito *bossing*, rappresentato da azioni vessatorie condotte nei confronti di sottoposti da parte di chi detiene il

potere con un preciso scopo politico, per esempio, eliminare esuberi del personale. Una caratteristica essenziale delle molestie è la natura in crescendo. La vittima non può risolvere la situazione, e, anzi, col passare del tempo, diviene bersaglio di biasimo. Questo processo è stato descritto da diversi ricercatori e ha una natura collettiva. Leymann lo ha descritto in quattro fasi: la prima fase è rappresentata da un conflitto che innesca un incidente critico; la seconda fase comprende diversi atti quali bullismo e riprovazione; la terza fase include le azioni amministrative e nella quarta fase la vittima viene spostata dal luogo di lavoro.

In letteratura sono presenti studi concernenti soprattutto gli infermieri, ma di recente l'attenzione si è rivolta anche ai medici. I dati italiani rilevano la mancanza di studi ufficiali condotti su campioni rilevati in maniera del tutto aspecifica e talvolta frammentati e parziali, ma sembrerebbero in linea con quelli degli altri paesi, segnalando un'incidenza maggiore in alcuni reparti, in particolare in quelli di emergenza/urgenza e in quelli psichiatrici, e laddove si svolgono turni notturni. Dai dati disponibili in letteratura, anche di diversa provenienza, emerge che qualsiasi luogo di lavoro può essere teatro di episodi di violenza, ma che il contesto sanitario è particolarmente a rischio. Le stime di enti autorevoli come l'Oms e l'Ilo indicano che questo fenomeno può riguardare fino al 50% degli operatori sanitari. Va subito detto, tuttavia, che proprio le stime, importanti per comprendere le dimensioni e le caratteristiche di qualsiasi fenomeno, rappresentano una criticità nel caso della violenza degli operatori per problemi di disomogeneità e sottonotifica e anche per la mancanza di criteri rigorosi e sistematici per la raccolta e l'analisi dei dati. Gli infermieri ed il personale di alta specializzazione sono più esposti al rischio poiché la probabilità di aggressione si correla con il tempo trascorso a contatto con il paziente, anche se è diffusa la sensazione che lo scenario stia cambiando in relazione anche alla criticità legata alla perdita di autorità legata alle figure istituzionalmente deputate alla salute, dovute alla campagna mediatica di supporto ed audience in cui inquadrare la «malasanità». La modalità più comune di aggressione è l'abuso verbale (agito non solo direttamente ma anche per telefono) che assume la forma di insulti, imprecazioni, intimidazioni, molestia sessuale e diffamazione, critiche, rimproveri, che viene riportato con una frequenza variabile dal 17% al 94% a secondo delle statistiche internazionali (i nostri dati rilevano una percentuale del 27% circa). Per quanto riguarda la violenza fisica oltre alle modalità più consuete (spintoni, graffi, calci, pugni, morsi, schiaffi) sono caratteristiche del contesto sanitario aggressioni con strumenti come aghi o bisturi. Uno degli studi più ampi disponibili è una revisione sistematica del 2014 che ha analizzato i dati provenienti da 160 centri nel mondo su oltre 150.000 infermieri. Emerge dai nostri risultati in linea con i dati generali che 1/3 degli operatori del comparto subisce un episodio di violenza l'anno e che, mediamente, circa un terzo di questi operatori sanitari subisce

violenza fisica e circa due terzi violenza psicologica o verbale, che noi volutamente non abbiamo diviso in quanto riteniamo di pari spessore sia la violenza fisica che quella psichica. Contrariamente a quanto si possa pensare, se è vero che si riscontra una differenza per area geografica, questa differenza appare con la massima frequenza nei paesi di cultura anglosassone come Australia, Irlanda, Regno Unito, Stati Uniti, Canada, Nuova Zelanda e con una frequenza minore in Europa. La problematica però appare universalmente diffusa ed acquista caratteri particolarmente critici in certi contesti come per esempio quello del mondo arabo in guerra. Uno studio realizzato in Iraq (Baghdad), sotto l'egida dello stesso Governo, ha evidenziato una criticità superiore a molti contesti europei, ovviamente legati a situazioni contingenti belliche e di distruzione del tessuto sociale (RK. Lafta *et al.*, 2018). Una revisione di 17 studi (oltre 12.000 operatori sanitari coinvolti) sulla violenza in ospedale ha stimato che si verificano 1,75 eventi per 100 lavoratori a tempo pieno. I tassi più alti si registrano in generale tra i lavoratori di sicurezza pubblica (circa 4 eventi per 100 lavoratori a tempo pieno verso 5,14 riportati in letteratura) e gli infermieri ausiliari (4 eventi per 100 lavoratori a tempo pieno); gli infermieri di reparto (2 eventi verso 1,79 eventi per 100 lavoratori a tempo pieno in letteratura) e ad altri professionisti medici o tecnici (≤2 eventi per 100 lavoratori a tempo pieno) rientrano in questa media. Per quanto riguarda il bullismo, una revisione di 30 studi ha trovato una prevalenza di bullismo nei confronti degli infermieri variabile dal 5,7% al 94%, rappresentando pertanto valori difficilmente correlabili con uno studio significativamente valido. Negli Stati Uniti, tra il 2011 e il 2013, il numero assoluto di aggressioni sui luoghi di lavoro è stato di

TABELLA 38: RAPPORTO DI GIORNATE LAVORATIVE PERSE NELL'AMBITO DEI DIVERSI COMPARTI LAVORATIVI NEGLI STATI UNITI



circa 24.000 all'anno, il 75% delle quali si è verificato in ambito sanitario. Altre stime statunitensi suggeriscono che l'assenza o l'allontanamento dal lavoro a seguito di violenza è circa quattro volte più frequente rispetto a quello per altre cause. A differenza dei dati rilevati dalla nostra ricerca, laddove non si evidenziano correlazioni con l'allontanamento dal lavoro in esito ad aggressioni significative, anche se percentualmente maggiori nel comparto sanità rispetto ad altri comparti di pubblica amministrazione.

Gli Stati Uniti sono peraltro una nazione con caratteristiche del tutto peculiari quanto alla disponibilità di armi da parte della popolazione: circa il 25% degli episodi di violenza con esito fatale si è verificato sul luogo di lavoro. D'altra parte in tutte le statistiche del continente americano un dato costante riguarda attualmente la prevenzione e l'inasprimento delle pene legato a tali attacchi. Per quanto riguarda i dati relativi ai medici, negli Stati Uniti subisce violenza circa un quarto di quelli in servizio presso i reparti di emergenza-urgenza. Il tutto a discapito probabilmente della qualità del servizio che obiettivamente dovrebbe essere altamente qualificato, anche se non da tutti usufruibile. Tali dati rilevati in contesti sembrano essere decisamente più elevati rispetto al problema italiano ed a quello europeo. Nell'89% dei casi gli autori dell'aggressione sono i pazienti, nel 9% i familiari, nel 2% i conoscenti dei pazienti. I dati delle indagini Nursind mostrano un aumento delle aggressioni riferite che sono passate in termini assoluti da 2.532 a 6.053 con un incremento relativo del 30% circa negli ultimi due anni. Nell'ultima rilevazione l'aggressione è verbale (48,1%), verbale e fisica (45,5%) o fisica (6,4%) ed è messa in atto da un paziente (40,1%), un parente (34,3%), entrambi (17%) o un utente casuale (8,6%). Circa il profilo degli autori prevalgono gli italiani in poco meno della metà dei casi (48,8%), mentre gli «stranieri» sono responsabili del 16,4% delle aggressioni. Le aggressioni da parte di «ubriachi» sono l'8,9%, da parte di pazienti affetti da disturbi psichici il 21,6% e da parte di «zingari» il 4,3%. I dati Nursind evidenziano che il personale di sesso femminile è più spesso vittima della violenza, con una percentuale in linea con il rapporto maschi/femmine nelle professioni sanitarie (66% femmine, 34% maschi). Tali dati sono perfettamente in linea con i nostri (61% femmine e 39% maschi) con un rapporto di violenza maggiore nel genere femminile.

In Europa, secondo la quarta indagine Ewcs (European Working Conditions Survey) dell'European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, il 16% dei lavoratori europei riferisce di aver subito minacce e il 15% di essere stato effettivamente oggetto di violenza nell'ultimo anno. Il progetto europeo Next, condotto in dieci paesi raccogliendo informazioni tramite un questionario proposto a oltre 38.000 infermieri, indica che gli episodi di violenza sono più frequenti in Francia (39%), nel Regno Unito (29%) e in Germania, più rari in Norvegia (9%) e nei Paesi Bassi (10%). L'incidenza della violenza fi-

sica è variabile dal 20,8% all'82%, ed è spesso messa in atto dai pazienti.
In Italia la maggior parte dei dati disponibili riguarda la professione infermieristica, ma sono state presentate recentemente alcune indagini che si riferiscono specificamente ai medici. La classe medica trent'anni fa era sostanzialmente intangibile. Poi un lento ma inesorabile decremento della sua posizione ha portato verso uno scontro costante con i pazienti; in sostanza la impunità della stessa classe nasceva da una sorta di emanazione divina del ruolo. Tutto ciò nasce da un rapporto più paritario, la necessità dell'assistito di recarsi dal medico per la conferma della propria autodiagnosi, le aspettative troppo elevate, la scarsa *compliance* nei confronti dell'utenza da parte del medico (però spesso sottoposto a turni stressanti), l'atteggiamento saccente o maleducato infine.
Il problema è tanto evidente che alcune realtà locali, sollecitate anche da fatti contingenti, hanno messo in atto iniziative specifiche: così abbiamo che in Piemonte è stata condotta una campagna congiunta dell'Asl TO4, dell'Omceo di Torino e dell'Opi di Torino che hanno realizzato un manifesto con lo slogan «Condanniamo la violenza. È inaccettabile che la violenza sia parte del lavoro di chi si prende cura del prossimo». Questo manifesto è stato affisso in tutte le strutture operative dell'Asl TO4 per sensibilizzare sul tema. In Lombardia sono numerose le iniziative realizzate nel tempo per contrastare il fenomeno. Tra quelle passate merita particolare attenzione la «Mozione concernente più sicurezza nei pronto soccorso degli ospedali in prossimità di Expo» che, per far fronte all'incremento del numero di persone che sarebbero potute afferirnegli ospedali e nei pronto soccorso durante l'evento, ha previsto non solo l'incremento del personale lavorativo, ma anche della sicurezza dei presidi ospedalieri (in particolare nei pronto soccorso) in termini di dotazioni di sicurezza e di finanziamenti specifici per la sorveglianza.
Nel Lazio si segnala la campagna dell'Omceo di Roma «Chi aggredisce un medico aggredisce se stesso» di forte impatto visivo: un pugno al volto, una smorfia di dolore e l'esortazione «Difendiamo chi difende la nostra salute».
La Puglia (Ordine dei medici di Bari) ha attivato un osservatorio sulla sicurezza che intende raccogliere le denunce dei colleghi e le criticità che i medici rilevano sul territorio e ha preso contatti con la Regione per la costituzione di un osservatorio regionale per registrare e analizzare i casi di aggressione, individuare i fattori di pericolosità e proporre soluzioni finalizzate alla tutela della sicurezza degli operatori sanitari». In Puglia è record di aggressioni ai medici.
In Sicilia è stato recentemente approvato il «Protocollo di rilevazione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari e sindrome da *burnout* correlata». Il testo darà il via a un progetto realizzato in partnership tra l'Omceo e l'Azienda ospedaliera universitaria Paolo Giaccone, con la collaborazione di diverse Aziende sanitarie regionali, per arginare i continui atti di violenza subiti dai medici e da tutti i professionisti della

sanità negli ospedali e nelle strutture territoriali, soprattutto nelle aree di emergenza, di continuità assistenziale e di prima accoglienza (guardie mediche).

Quindi le cause delle aggressioni per i medici coinvolti sono generalmente da riferire a fattori socio-culturali per il 37,2%, al definanziamento del Ssn per il 23,4%, a carenze organizzative per il 20%, a carenze di comunicazione per l'8,5%.

Un'altra indagine medica focalizzata sui reparti di emergenza/urgenza, curata dalla Simeu (Società italiana medicina d'emergenza-urgenza), mette in evidenza come nel 63% dei Pronto soccorso italiani si è verificato almeno un episodio di violenza fisica nel bimestre oggetto della rilevazione, nella metà dei casi nelle strutture in cui il sovraffollamento di pazienti era maggiore. Uno studio condotto nel quinquennio 2010-2015 in 5 ospedali siciliani ha fatto emergere che 140 lavoratori esaminati, di cui 91 infermieri e 49 medici, hanno denunciato infortunio da aggressione con prevalenza di genere femminile (53>47).

Nei dati sugli eventi sentinella del Ministero della Salute (segnalazioni pervenute tra settembre 2005 e dicembre 2012) gli «atti di violenza a danno di operatore» sono al quarto posto (8,6% del totale) tra quelli segnalati al sistema Simes (Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità). Il numero assoluto (165) suggerisce la presenza di una cospicua sottonotifica.

Appare un aspetto del tutto nuovo a differenza di quanto visibile dai dati pubblicati nello studio «La sicurezza e la tutela sul lavoro delle donne che operano nel campo dell'assistenza sanitaria» realizzato per l'Associazione nazionale fra lavoratori mutilati e invalidi del lavoro (Anmil), nel quale emerge che dei circa 4.000 infortuni indennizzati complessivamente dall'Inail nel 2013 tra gli operatori sanitari circa 1.200 sono stati causati da «aggressione o violenza da parte di estranei», 851 dei quali (il 71%) hanno riguardato donne; dati che sinceramente sembrano troppo lontani dalla realtà di effettiva denuncia, che evidenziano come a fronte di una mancata differenza di significatività tra i soggetti sottoposti a violenza di qualsivoglia genere (fisica o verbale o psichica) e quelli non sottoposti al riconoscimento della malattia professionale (3,4%>2%) o dell'infortunio (30,8% >23,4%), i primi abbiano una percezione significativa del proprio stato di salute peggiore rispetto ai secondi, in assenza di una correlazione con le proprie esperienze di aggressione. Oltre il 50% dei rispondenti ignora che le aggressioni dovrebbero essere identificate come evento sentinella dalla propria Direzione aziendale, come previsto dalla raccomandazione n. 8 del 2007 del Ministero della Salute, mentre il 18% asserisce che addirittura non vengono riconosciute.

I rilievi del nostro studio dimostrano indipendentemente dalla mansione svolta come, in generale, coloro che lavorano di notte e/o siano deputati a lavori più pesanti (movimentazione carichi) siano esposti a maggiori «aggressioni»: le maggiori criticità si hanno in termini percentuali sia nell'aspetto delle difficoltà nelle relazioni di lavoro tra il personale aziendale che nella conciliazione tra vita professionale e vita priva-

ta nell'ambito di problematiche legate a carenze strutturali (59,2%>42,1), nelle eccessive responsabilità e nelle relazioni con i pazienti o con i loro familiari; c'è da notare come questi dati siano stati incrociati senza che gli interrogati correlassero il motivo della domanda che genericamente veniva posta come «fattori che creano difficoltà sul lavoro» con l'evento violenza.

La mancata denuncia dell'episodio di violenza riguarda sia i medici (mancata notifica nel 75% dei casi) sia gli infermieri (mancata notifica nel 70%) e può arrivare secondo alcuni studi anche all'80% dei casi. Nel 55% dei casi la vittima non chiede aiuto nel momento in cui si compie l'aggressione. Il fenomeno rimane sommerso per diversi motivi: spesso mancano attività di censimento mirate, non sono definite procedure standardizzate per la gestione dell'evento e le vittime hanno una scarsa propensione a denunciare, ovvero temono conseguenze professionali negative stigmatizzanti, per esempio essere considerate incapaci di adattarsi alle situazioni o di stabilire buone relazioni e un rapporto empatico con il paziente.

Si può ipotizzare peraltro che in esito alla situazione stressante, al di là dell'aspetto tipicamente traumatico dell'aggressione, lo stesso lavoratore non abbia percezione, o non voglia averla – il tacere, dopo una prima esperienza in cui si abbia la sensazione di non essere stato adeguatamente ascoltato e tutelato o di una tendenza a minimizzare o «normalizzare» l'accaduto da parte dei colleghi o dell'organizzazione – portando quindi ad una latenza della sintomatologia che evidenzia uno stato di malessere generale, con tendenza ad isolarsi (9,9%>5,5% 1 volta a settimana), cambiamento di atteggiamento verso gli altri (14,2% <7,1%), riduzione delle performance (7,5%>4,8%), aggressività (9,4%>4,(%), riduzione stima di sé (8,7%>5,6%), sentimento di competenza (5,5%>2,4%) nonostante l'età più matura, tensione durante il lavoro (21,3%>12,7%), depressione (16,8%>10,9), dualità (9,6%> 6,1% laddove rientrano fattori correttivi legati alla necessità di lavoro), umore depresso (16,8%>10,9%). Sarebbe ipotizzabile come la stessa conseguenza del vissuto venisse spostata verso situazioni organiche o funzionali.

Un'indagine Ena (Emergency Nurses Association) ha rilevato che in quasi la metà dei casi di violenza fisica a infermieri non sono stati presi provvedimenti e nel 70% dei casi gli infermieri non hanno ricevuto una risposta formale dall'ospedale. Può capitare che gli operatori che non denunciano l'episodio cerchino il supporto di qualcuno e si confidino con i colleghi, ma questa modalità configura comunque un mancato utilizzo dell'organizzazione o un suo parziale fallimento. La mancata denuncia si verifica anche in caso di violenza orizzontale e anch'essa si accompagna alla mancanza di azioni di controllo e contenimento o a una inadeguata formazione sulla gestione dei comportamenti aggressivi. A ciò si aggiunge una concezione dell'assistenza sanitaria che nega il rischio dell'operatore sanitario di subire violenza o addirittura la considera un rischio «facente parte della professione», specie quando gli autori sono persone che non hanno il pieno controllo delle loro

azioni (pazienti con diagnosi di psicosi, di demenza o persone con comportamenti di abuso). I danni provocati, oltre che psicologici e fisici per gli operatori che le subiscono, sono anche di natura economica. La perdita di efficienza sul lavoro e la scarsa fiducia nelle proprie capacità professionali determinano infatti ricadute economiche correlate soprattutto alla diminuzione della quantità, qualità e sicurezza delle prestazioni, aumento delle assenze e del turnover con perdita di immagine della struttura sanitaria. A ciò va aggiunto l'aspetto previdenziale, con i costi per l'assistenza alle lesioni fisiche e il supporto psicologico, oltre ai costi per i contenziosi legali, che però appaiono proprio per le precedenti ragioni scarsamente rilevati.

Uno studio internazionale ha stimato che stress e violenza pesano per circa il 30% dei costi complessivi degli incidenti legati all'assistenza sanitaria, una cifra che corrisponde, secondo i diversi contesti, allo 0,5-3,5% del Prodotto interno lordo (Pil). In Italia un'estrapolazione a tutto il personale infermieristico del Ssn permetterebbe una stima su base nazionale di almeno 222.589 giornate di lavoro mancate. I nostri dati relativi al personale studiato evidenziano una estrapolazione ben diversa del fenomeno sia in termini quantitativi che qualitativi; infatti in termini assoluti si evidenzia una tendenza alla non denuncia dell'aggressione con ricadute in campo di «decadimento psicologico», la cui quantificazione si sovrappone al dato generale di maggior malattia o infortunio nel comparto sanità, ma correlato magari ad uno stato di maggior malessere che esacerba altre patologie, soprattutto organiche, pertanto di difficile correlazione. Dai dati infatti dell'osservatorio Inail del Piemonte ed in generale non si rilevano dati statisticamente significativi sulle assenze legate a questa tipologia di danno.

Conclusioni

Da tali dati discende che l'approccio al fenomeno della violenza, al di là delle specifiche e puntuali raccomandazioni, delle linee e dei documenti di indirizzo, denota la necessità di un approccio globale, integrato e partecipativo al fenomeno della violenza sugli operatori sanitari, che ne consideri gli aspetti sociali, economici, organizzativi e culturali, oltre che assicurativi, in modo da affrontarlo alla radice. Si individua nelle istituzioni la responsabilità di azioni per la riduzione della violenza sul luogo di lavoro tramite normative a tutti i livelli (nazionale, regionale e locali) mediante una collaborazione tra vertici aziendali e operatori, basata sulla fiducia e sull'ascolto, per mettere in atto le misure necessarie. Sottolineiamo inoltre il ruolo di associazioni sindacali, federazioni e associazioni professionali.

Pertanto tramite:

1) Una maggiore consapevolezza e partecipazione di tutti i portatori di interesse, compresa la società civile con un particolare richiamo al ruolo dei mezzi di comunicazione nel sensibilizzare al rischio della violenza e a diffondere una cultura della tolleranza zero.

2) La necessità di una maggiore conoscenza del problema ottenibile sia attraverso la raccolta di dati statistici, sia attraverso la raccolta sistematica di informazioni sul singolo evento sulla base di procedure definite a priori, sia attraverso la creazione di commissioni o gruppi di lavoro dedicati.
3) La presa di coscienza del lavoratore sul proprio stato di malessere correlabile o correlato al trauma psichico e/o fisico subito in esito alla violenza; da questo punto di vista risulta assolutamente necessario un salto di qualità inteso come «presa di coscienza» del proprio stato di malessere correlato all'evento subito. In altri termini misconoscere, per motivi sociali, culturali, organizzativi e di appropriatezza comportamentale, un problema può determinare a cascata un rapido decremento in generale di tutte le performance.

Un capitolo a parte è quello relativo alla violenza tra colleghi, indicata anche con il termine di violenza interna. La frequenza riportata da alcuni studi è allarmante: intorno al 30% per gli episodi di infermieri nei confronti di infermieri e al 40% per quelli di medici nei confronti di infermieri, con punte che arrivano al 70% secondo altri studi. Per quanto riguarda il bullismo i dati del progetto europeo Next riportano una frequenza media in Europa del 3,6%, con il massimo in Polonia (8,9%) e il minimo in Finlandia (1,6%) e Norvegia (1%). In Italia la frequenza registrata è del 3,7%. Questa particolare forma di violenza nascosta, reiterata e persistente tocca elementi personali e professionali della vittima, compresi giudizi sulle competenze. È esercitata in genere in forma di insulti, scortesia, pettegolezzi o calunnie. L'esposizione degli operatori sanitari a questa forma di bullismo produce scarso impegno professionale. Si manifesta come *burnout*, stanchezza emotiva e depersonalizzazione. Secondo una revisione italiana la violenza orizzontale tra operatori ha una prevalenza dell'1,3-65%. Tra le diverse modalità, oltre a quelle più tradizionali che vanno dalle molestie (le meno frequenti in assoluto, 4,5%) all'abuso emozionale (il più frequente, 62,4%), ha rilevanza il carico di lavoro eccessivo (71%). Nella valutazione della Bos si devono individuare le valenze nosografiche inducenti lo stato patologico e stimare il conseguente danno biologico. La statistica epidemiologica mostra la diffusione della Bos a tutte le specializzazioni mediche. Sotto un profilo medico-giuridico la Bos si esprime in forma di malattia professionale, meritevole di un'adeguata tutela Inail. Il potere stressante di ogni stimolo è determinato dalla valutazione cognitiva che ogni singolo individuo dà della situazione stessa e delle competenze che egli sente di possedere per affrontarla. La valutazione cognitiva determina lo strain, ossia l'impatto negativo (che si esprime con disagio psichico e/o malattia) che la situazione potenzialmente stressante ha sull'individuo con le alterazioni afferenti la sfera psichica. La valutazione dello stato anteriore della persona, l'accertamento del nesso causale (derivanti dalla polifattorialità che caratterizza e connota il danno di interesse psichiatrico, e le

possibili concause esogene ed endogene di lesione), le difficoltà di inquadramento nosografico della patologia insorta, la quasi impossibilità di una valutazione prognostica adeguata alle manifestazioni di tale patologia, in particolare per la loro stabilizzazione, e l'applicabilità alle sindromi psichiche dei criteri valutativi adottati per la quantificazione delle menomazioni fisiche ne rende particolarmente difficile la valutazione. È interessante notare come un evento acuto, sempre lavoro-correlato e comunque di tipo professionale, quale potrebbe essere un'aggressione da parte di un paziente deve necessariamente qualificarsi come infortunio sul lavoro, per il sopravvenire di un *quid pluris*, cioè di un causa unica, esclusiva, sopravvenuta, che costituisce il vero e proprio innesco della definitiva psicopatologia, che agisce su una condizione favorente l'azione, rappresentata dalla psicopatologia Bos-correlata.

Poiché al momento non ci sono prove di efficacia sufficienti per alcun programma di contrasto alla violenza, è fondamentale un'attività di ricerca mirata. Il primo esempio di studio controllato e randomizzato di dimensioni adeguate è quello condotto dall'Università del Michigan in 41 unità di 7 ospedali, assegnate a ricevere dati utili per mettere a punto un piano di azione contro la violenza o a non riceverne alcuno. Il numero degli eventi di violenza è stato significativamente minore nel gruppo di intervento sia a 6 mesi (rischio relativo 0,48) sia a 24 mesi (rischio relativo 0,37).

Va fermamente ribadita la «tolleranza zero» a qualsiasi forma di violenza. Peraltro è segnalata da più parti la persistenza di una sorta di accettazione di alcune manifestazioni di violenza, per esempio le aggressioni verbali, ritenute meno gravi o non pericolose, o che si pensa rientrino nel «rischio professionale» e in quanto tali non meritevoli di denuncia.

Sembra banale affermare che i lavoratori del comparto sanità abbiano il diritto alla sicurezza nel luogo di lavoro. È invece ormai assodato che la violenza non fisica prelude a quella fisica senza soluzione di continuità e che quando sono tollerate le manifestazioni meno clamorose si pongono le basi per il verificarsi di episodi gravi; per spiegare questo crescendo si sono richiamate teorie criminologiche definite *broken windows principle*, nate per spiegare come teppismo e microcriminalità dei contesti urbani (che generano danni di scarso rilievo, come appunto le finestre rotte) possano sfociare in crimini gravi. Tali dati sono avvalorati dalle criticità in realtà stressate. Pertanto un linguaggio minaccioso e segni di agitazione vanno inseriti nella cultura di tolleranza zero con il rifiuto di qualsiasi discriminazione in base a genere o etnia. La direzione aziendale ha un ruolo importante, nel rispetto della promozione di una cultura della sicurezza, nell'impostare un programma di prevenzione della violenza e valutarne gli esiti, incoraggiare la segnalazione e la denuncia, rassicurare gli operatori sul fatto che verranno adottati provvedimenti, coinvolgere personale e pazienti nel piano di sicurezza. Gli operatori devono sentirsi ascoltati e rassicurati anche una volta che abbiano subito un'aggressione. Nel

gruppo di lavoro e all'interno delle singole unità la circolazione delle informazioni può contribuire a ridurre il rischio di aggressioni attraverso meccanismi di allentamento della tensione e della frustrazione. È particolarmente importante rimuovere il silenzio che circonda le aggressioni soprattutto quando assumono le caratteristiche di molestia sessuale, mobbing o bullismo. Si possono utilizzare diversi strumenti e metodologie per favorire ascolto e comunicazione: incontri personali e collettivi, discussioni e lavoro di gruppo. Infine occorre portare avanti un'azione a livello culturale per ristabilire il rapporto di fiducia medico-paziente che si è incrinato negli ultimi anni. I medici spesso sono «la faccia» del sistema sanitario, per cui i pazienti li ritengono responsabili di tutti i disservizi del sistema. La formazione punta a far sì che tutto il personale conosca i rischi potenziali per la sicurezza e le procedure da seguire per proteggere se stessi e i colleghi da atti di violenza erogando contenuti diversificati. La formazione rivolta a tutti gli operatori: ciascun operatore dovrebbe conoscere il concetto di «precauzioni universali della violenza» che può aiutare a contrastare gli atti aggressivi.

BIBLIOGRAFIA

Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, Manuale governo clinico *Manuale di formazione per il governo clinico: la sicurezza dei pazienti e degli operatori*, capitolo «Violenza su operatore», 2012.

Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, *Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari*, n. 8, novembre 2007.

Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella, 5° rapporto (settembre 2005-dicembre 2012), 2015.

Anmil (Associazione Nazionale fra Lavoratori Mutilati ed Invalidi del Lavoro) Onlus, *Prendersi cura di chi cura. La sicurezza e la tutela sul lavoro delle donne che operano nel campo dell'assistenza sanitaria*, 2015.

Arnetz J., Hamblin L. et al., *Understanding Patient-to-Worker Violence in Hospitals: a Qualitative Analysis of Documented Incident Reports*, J Adv Nurs 2015, n. 71, pp. 338-348.

Anderson C. *Workplace violence: are some nurses more vulnerable? Issues Ment Health Nurs*, 2002, n. 23, pp. 351-366.

Bambi S., Lumini E. et al., *Violenza orizzontale e bullismo nella professione infermieristica*, G Ital Med Lav Ergon, 2016, vol. 38, n. 1, pp. 50-57.

Behnam M., Tillotson R. et al., *Violence in the Emergency Department: a National Survey of Emergency Medicine Residents and Attending Physicians*, J Emerg Med, 2011, n. 40, pp. 565-579.

Campbell A., *Nurses' Experiences of Working with Adults who Have an Intellectual Disability and Challenging Behavior*, Brit J Dev Disabil, 2011, n. 57, pp. 41-51.

Deans C., *Who Cares for Nurses? The Lived Experience of Workplace Aggression*, Collegian, 2004, n. 11, pp. 32-36.

Deans C., *Nurses and Occupational Violence: the Role of Organisational Support in Moderating Professional Competence*, Aust J Adv Nurs, 2004, n. 22, pp. 14-18.

Cdc (Centers for Disease Control and Prevention) e Niosh (National Institute for Occupational Safety and Health), *Violence. Occupational Hazards in Hospitals*, No 2002-101, Washington, DC, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, 2002.

Crilly J., Chaboyer W., Creedy D., *Violence towards emergency department nurses by patients*, Acc Emerg Nur, 2004, n. 12, pp. 67-73.

Edward K., Ousey K. et al., *Nursing and Aggression in the Workplace: a Systematic Review*, Br J Nurs, 2014, n. 23, pp. 653-659.

Estryn-Behar M., van der Heijden B., Camerino D. et al., *Violence Risks in Nursing - Results from the EUROPEAN 'Next' Study*, Occup Med, 2008, n. 58, pp. 107-114.

Eurofound (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions), Fourth European Working Conditions Survey, Parent-Thirion A., Fernández Macías E., et al. (eds), *Publications Office of the European Union*, Lussemburgo, 2007.

Fernandes C., Bouthillette F., et al., *Violence in the Emergency Department: a Survey of Health Care Workers*, Can Med Ass J, 1999, n. 161, pp. 1245-1248.

Furin M., Eliseo L., et al., *Self-Reported Provider Safety in an Urban Emergency Medical System*, West J Emerg Med, 2015, n. 16, pp. 459-464.

Gascón S., Martínez-Jarreta B., et al., *Aggression Towards Health Care Workers in Spain: a Multi-Facility Study to Evaluate the Distribution of Growing Violence Among Professionals, Health Facilities and Departments*, Int J Occup Environ Health, 2009, n. 15, pp. 29-35.

Gerberich S., Church T., et al., *An Epidemiological Study of the Magnitude and Consequences of Work Related Violence: the Minnesota Nurses' Study*, Occup Environ Med, 2004, n. 61, pp. 495-503.

Harrell E., *Workplace Violence, 1993-2009*, Washington, DC: Department of Justice, Bureau of Justice Statistics, National Crime Victimization Survey, 2011.

Henson B., *Preventing Interpersonal Violence in Emergency Departments: Practical Applications of Criminology Theory*, Violence Vict, 2010, n. 25, pp. 553-565.

Howard J., *State and Local Regulatory Approaches to Preventing Workplace Violence*, Occup Med 1996, n. 1, pp. 293-301.

Ilo (International Labour Office), Icn (International Council of Nurses), Who (World Health Organization), Psi (Public Services International), *Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector. Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector*, Ginevra, 2002.

Ilo (International Labour Office), *Violence at Work*. Chappell D., Di Martino V. (eds). *Third Edition*, 2006, 5, Pompeii L., Dement J., Perpetrator, *Worker and Workplace Characteristics Associated with Patient and Visitor Perpetrated Violence (Type II) on Hospital Workers: a Review of*

the Literature and Existing Occupational Injury Data, J Safet Res, 2013, n. 44, pp. 57-64.

Kitaneh M., Hamdan M., *Workplace Violence Against Physicians and Nurses in Palestinian Public Hospitals: a Crosssectional Study*, Bmc Health Serv Res, 2012, n. 12, p. 469.

Kowalenko T., Cunningham R. et al., *Workplace Violence in Emergency Medicine: Current Knowledge and Future Directions*, J Emerg Med, 2012, n. 43, pp. 523-531.

Kowalenko T., Gates D. et al., *Prospective Study of Violence Against ED Workers*, Am J Emerg Med, 2013, n. 31, pp. 197-205.

Lanza M., Zeiss R., Rierdan J., *Nonphysical Violence: a Risk Factor for Physical Violence in Health Care Settings*, AAOHN J, 2006, n. 54, pp. 397-402.

Lafta R.K., Falah N., *Violence Against Health Care Workers in a Conflict Affected City. Medicine, Conflict and Survival*, 2018.

Leymann H., *Mobbing and Psychological Terror at Workplaces*, Violence Vict, 1990, n. 5, pp. 119-126.

Manderino M., Berkey N., *Verbal Abuse of Staff Nurses by Physicians*, J Prof Nurs, 1997, n. 13, pp. 48-55.

May D., Grubbs L., *The Extent, Nature and Precipitating Factors of Nurse Assault Among three Groups of Registered Nurses in a Regional Medical Center*, J Emerg Nurs, 2002, n. 28, pp. 11-17.

Magnavita N., Heponiemi T., *Violence Towards Health Care Workers in a Public Health Care Facility in Italy: a Repeated Cross-Sectional Study*, Bmc Health Serv Res, 2012, n. 12, p. 108.

Menckel E., Viitasara E., *Threats and Violence in Swedish Care and Welfare - Magnitude of the Problem and Impact on Municipal Personnel*, Scand J Caring Sci, 2002, n. 16, pp. 376-385.

McKinnon B., Cross W., *Occupational Violence and Assault in Mental Health Nursing: a Scoping Project for a Victorian Mental Health Service*, Int J Ment Health Nurs, 2008, n. 17, pp. 9-17.

Nelson R., *Tackling Violence Against Health-Care Workers*, Lancet, 2014, n. 383, pp. 1373-1374.

Nikathil S., Olaussen A. et al., *Review Article: Workplace Violence in the Emergency Department. A Systematic Review and Meta Analysis*, Emerg Med Australas, 2017, n. 29, pp. 265-275.

Osha (Occupational Safety and Health Administration), *Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care & Social Service Workers*, Osha 3148-01R. US Department of Labor, 2004.

Peek-Asa C., Howard J. et al., *Incidence of Non-Fatal Workplace Assault Injuries Determined from Employer's Reports in California*, J Occup Environ Med, 1997, n. 39, pp. 44-50.

Phillips J., *Workplace Violence Against Health Care Workers in the United States*, N Engl J Med, 2016, n. 374, pp. 1661-1669.

Pinar R., Ucmak F., *Verbal and Physical Violence in Emergency Departments: a Survey of Nurses in Istanbul, Turkey*, J Clin Nurs, 2011, n. 20, pp. 510-517.

Pompeii L., Dement J., *Perpetrator, Worker and Workplace Characteristics Associated with Patient and Visitor Perpetrated Violence (Type II) on Hospital Workers: a Review of the Literature and Existing Occupational Injury Data*, J Safet Res, 2013, n. 44, pp. 57-64.

Pompeii L.A., Schoenfisch A.L. et al., Physical Assault, *Physical Threat, and Verbal Abuse Perpetrated Against Hospital Workers by Patients or Visitors in Six U.S. Hospitals*, Am J Ind Med, 2015, n. 58, pp. 1194-1204.

Rosenman K., Kalush A. et al., *How Much Work-Related Injury and Illness is Missed by the Current National Surveillance System?*, J Occup Environ Med, 2006, n. 48, pp. 357-365.

Rose M., *A survey of Violence Toward Nursing Staff in One Large Irish Accident and Emergency Department*, J Emer. Nurs, 1997, n. 23, pp. 214-219.

Sia (Security Industry Association), Iahss (International Association for Healthcare Security and Safety), *Mitigating the RISK of Worplce Violence in Healtcare Settings*, 2017.

Simeu (Società Italiana Medicina d'Emergenza-Urgenza), *Aggressioni in oltre la metà dei Pronto Soccorso Nazionali*, Congresso Nazionale Simeu, 2017.

Spector P., Zhou Z., Che X., *Nurse Exposure to Physical and Nonphysical Violence, Bullying, and Sexual Harassment. A Quantitative Review*, Int J Nurs Stud, 2014, n. 51, pp. 72-84.

Winstanley S., Whittington R., *Aggression Towards Health Care Staff in a UK General Hospital: Variation Among Professions and Departments*, J Clin Nurs 2004, n. 13, pp. 3-10.

World Health Organization (Who), *World Report on Violence and Health*, Krug E., Dahlberg L. et al. (eds), *World Health Organization*, Ginevra, 2002. Versione italiana In: *Quaderni di sanità pubblica. Violenza e salute nel mondo. Rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità*, Cis editore.

World Health Organization (Who), *Who Global Consultation on Violence and Health. Violence: a Public Health Priority* (document WHO/EHA/SPI.POA.2), Ginevra, World Health Organization, 1996.

World Health Organization (Who), *Workplace Violence in the Health Sector*, Country Case Studies. Di Martino V. (ed), *World Health Organization*, Ginevra, 2002.

WorkSafe B.C., *Preventing Violence in Health Care. Five Steps to an Effective Program*, 2005.

Wuellner S., Bonauto D., *Exploring the Relationship Between Employer Recordkeeping and Underreporting in the Bls Survey of Occupational Injuries and Illnesses*, Am J Ind Med, 2014, n. 57, pp. 1133-1143.

Zampieron A., Galeazzo M. et al., *Perceived Aggression Towards Nurses: Study in Two Italian Health Institutions*, J Clin Nurs, 2010, n. 19, pp. 2329-2341.

Documenti locali

Piemonte È stata condotta una campagna congiunta dell'Asl TO4, dell'Omceo di Torino e dell'Opi di Torino che hanno realizzato un manifesto con lo slogan «Condanniamo la violenza. È inaccettabile che la violenza sia parte del lavoro di chi si prende cura del prossimo» affisso in tutte le strutture operative dell'Asl TO4 per sensibilizzare sul tema.

Lombardia In Lombardia sono numerose le iniziative realizzate nel tempo per contrastare il fenomeno. Tra quelle passate merita particolare attenzione la «Mozione concernente più sicurezza nei pronto soccorso degli ospedali in prossimità di Expo» che, per far fronte all'incremento del numero di persone che sarebbero potute afferire negli ospedali e nei pronto soccorso durante l'evento, ha previsto non solo l'incremento del personale lavorativo, ma anche della sicurezza dei presidi ospedalieri (in particolare nei pronto soccorso) in termini di dotazioni di sicurezza e finanziamenti specifici per la sorveglianza. Sono varie le iniziative di informazione e formazione che si svolgono sul territorio regionale, tra queste: convegni e tavole rotonde.

Lazio «Chi aggredisce un medico aggredisce se stesso». La campagna dell'OMCeO di Roma contro le aggressioni ai medici è di forte impatto visivo: un pugno al volto, una smorfia di dolore e l'esortazione «Difendiamo chi difende la nostra salute».

Puglia L'Ordine dei medici di Bari ha attivato un osservatorio sulla sicurezza che intende raccogliere le denunce dei colleghi e le criticità che i medici rilevano sul territorio e ha preso contatti con la Regione per la costituzione di un osservatorio regionale per registrare e analizzare i casi di aggressione, individuare i fattori di pericolosità e proporre soluzioni finalizzate alla tutela della sicurezza degli operatori sanitari. A marzo 2017 è stata lanciata una campagna che ha previsto l'affissione di cartelloni (6x3 metri) nei sei capoluoghi di regione. Due le varianti, tra immagini e slogan, per veicolare il messaggio: un paziente che si colpisce da solo con un pugno, accompagnato dalla scritta «Chi aggredisce un medico, aggredisce se stesso. Difendiamo chi difende la nostra salute», e una dottoressa con un evidente ematoma sul viso, ritratta accompagnata dalla scritta «In Puglia è record di aggressioni ai medici. Chi aggredisce un medico, aggredisce se stesso. Difendiamo i medici, difendiamo la nostra salute».

Sicilia In Sicilia è stato recentemente approvato il «Protocollo di rilevazione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari e sindrome da *burnout* correlata». Il testo darà il via a un progetto realizzato in partnership tra l'Omceo e l'Azienda ospedaliera universitaria Paolo Giaccone, con la collaborazione di diverse Aziende sanitarie regionali per arginare i continui atti di violenza subiti dai medici e da tutti i professionisti della sanità negli ospedali e nelle strutture territoriali, soprattutto nelle aree di emergenza, di continuità assistenziale e di prima accoglienza.

Le condizioni di lavoro e di salute negli asili nido e nelle Scuole dell'Infanzia

Gianluca De Angelis**, Daniele Di Nunzio***

Introduzione

L'obiettivo della ricerca è stato quello di comprendere le condizioni di lavoro e di salute delle lavoratrici e dei lavoratori degli asili nido e delle scuole dell'infanzia al fine di elaborare dei percorsi di tutela, sia a livello individuale (tramite i servizi del Patronato e i medici legali convenzionati) sia a livello collettivo (tramite l'impegno delle rappresentanze sindacali), rivolgendo le opportune sollecitazioni anche ai sistemi di prevenzione aziendali e istituzionali.

L'indagine ha cercato di favorire il coinvolgimento diretto dei lavoratori, alimentando un percorso di riflessione sulle proprie condizioni (con il questionario, le assemblee e le riunioni propedeutiche all'avvio della ricerca) e la loro partecipazione alla definizione dei possibili interventi di prevenzione nei contesti aziendali e territoriali, sulla base dei risultati dell'indagine. La ricerca è stata condotta tramite un questionario semistrutturato distribuito in collaborazione con le rappresentanze sindacali aziendali della Fp-Cgil (Rsu).

Il questionario è stato elaborato nell'ambito di una ricerca nazionale ed è costituito da due tipologie di domande: a) un insieme di domande cosiddette «standard» che vengono rivolte a tutti i lavoratori in ogni settore al fine di avere una base di informazioni comuni utili per un'analisi comparativa; b) un insieme di domande specifiche, definite in collaborazione con le rappresentanze sindacali, mirate al contesto settoriale e aziendale.

Per il contesto dei nidi e delle scuole dell'infanzia sono state analizzate: le variabili anagrafiche, i profili professionali e l'organizzazione del lavoro; i dispositivi e gli strumenti utilizzati; le condizioni fisiche di lavoro; la sorveglianza sanitaria e le condizioni di salute, considerando anche il rischio infortunistico e di malattia professionale; le criticità principali rilevate dagli intervistati; i rischi psico-sociali. In gran parte i lavoratori e le lavoratrici non hanno specificato le

* Ricerca a cura di Inca, Fp-Cgil e Fondazione Giuseppe Di Vittorio

** Ricercatori Fondazione Giuseppe Di Vittorio

aziende in cui lavorano (99,5%). Come mostrato in tabella, oltre il 70% dei rispondenti lavora in strutture collocate nei comuni delle Città Metropolitane di Firenze e di Milano.

TABELLA 1: DISTRIBUZIONE DEI RISPONDENTI PER PROVINCIA E CITTÀ

Provincia o Città Metropolitana	Val. Ass.	Distribuzione %
Arezzo	7	1,6%
Bari	22	5,1%
Firenze	256	59,5%
Lucca	1	0,2%
Milano	48	11,2%
Pisa	1	0,2%
Pistoia	4	0,9%
Prato	13	3,0%
Roma	2	0,5%
Siena	4	0,9%
Venezia	72	16,7%

Fonte: elaborazione Fondazione Giuseppe Di Vittorio su dati Inca

Il questionario è stato compilato tra il 30 aprile e il 21 maggio 2018 da 615 individui, anche se non tutti hanno risposto in modo completo. Questo significa che in diversi casi le distribuzioni di frequenza delle risposte sono state calcolate su un totale diverso da 615. In particolare, considerando i maggiori tassi di mancata risposta, rilevati soprattutto per le domande poste alla fine del questionario, le risposte mancanti arrivano ad incidere per il 16%.

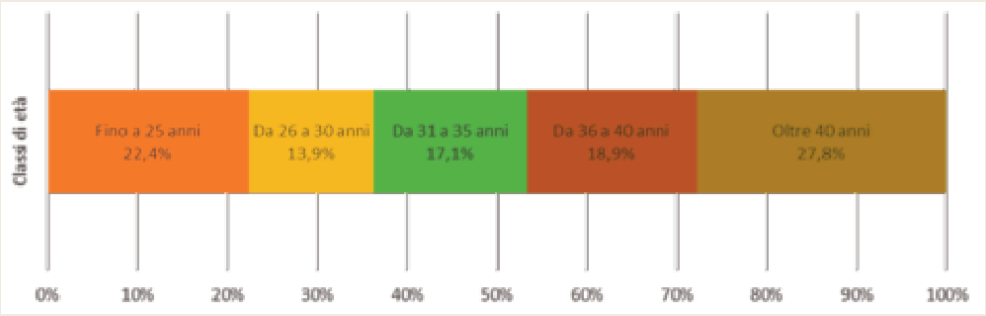
Per le osservazioni relative a domande a risposta multipla o, più in generale, dove ad essere considerato è il peso complessivo di una data risposta a domande in batteria (come il «sì» nelle domande in batteria con risposta dicotomica «Sì/No») il totale potrebbe eccedere il numero dei rispondenti.

Il campione

La distribuzione per età del campione è quella rappresentata nel grafico in figura 1. La quota più significativa è quella dei rispondenti con oltre 40 anni (27,8%), seguita da quella dei rispondenti di età non superiore ai 25 anni (22,4%).

La composizione di genere è caratterizzata da una netta prevalenza femminile e le donne rappresentano il 96,9% di chi ha rispo-

FIGURA 1: FASCE D'ETÀ DELLE LAVORATRICI INTERVISTATE



Fonte: elaborazione Fondazione Giuseppe Di Vittorio su dati Inca

sto al quesito (590 rispondenti). Dal punto di vista territoriale la distribuzione dei rispondenti non è omogenea e in parte riflette la distribuzione delle aziende coinvolte nel progetto.

Come mostrato nel grafico in figura 2, infatti, il 67% dei rispondenti è impiegato in una struttura toscana, il 17% in una veneta, l'11% in una lombarda e il 5% in una pugliese. Solo lo 0,5% è collocato in una struttura laziale. Va comunque specificato che 186 rispondenti non hanno specificato la provincia di impiego[1].

Il profilo professionale e l'organizzazione del lavoro

Nella maggior parte dei casi (65%) le rispondenti lavorano come educatrici, nell'11,2% come maestre, nel 12,4% come operatrici, nel 7,5% come addette alla cucina e nel 3,9% dei casi, infine, si tratta di personale ausiliario. Come anticipato, la presenza dei lavoratori maschi è minima: si tratta infatti di 17 individui, ma, a differenza della distribuzione complessiva, sono educatori nel 41,2% dei casi e operatori,

FIGURA 2: PROVENIENZA DELLE LAVORATRICI INTERVISTATE

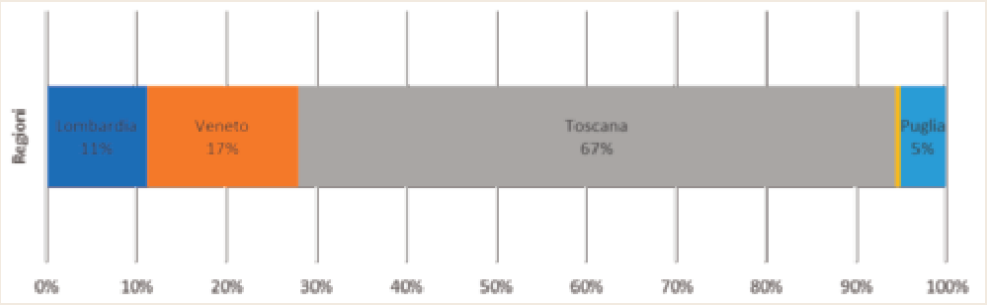
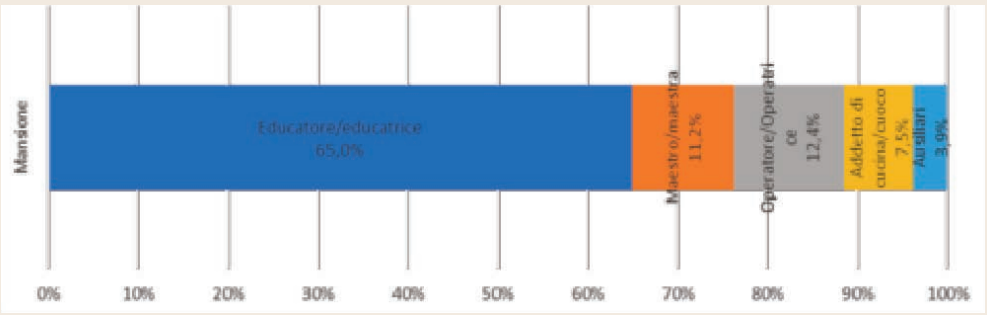


FIGURA 3: MANSIONE SVOLTA DALLE LAVORATRICI INTERVISTATE



Fonte: elaborazione Fondazione Giuseppe Di Vittorio su dati Inca

[1] Va inoltre specificato che l'inserimento dei questionari è stato svolto in gran parte nelle strutture romane (67,3%), di Reggio-Emilia (20,9%) e baresi (11,3%). Il restante 0,6% si distribuisce equamente tra Barletta-Andria-Trani, Firenze e Taranto.

addetti in cucina e ausiliari nel 17,6% dei casi. Si tratta di numeri che comunque non permettono ulteriori elaborazioni utili. Anche per questa ragione, nei prossimi paragrafi faremo direttamente riferimento alle rispondenti e non ai rispondenti o alle lavoratrici e non ai lavoratori, pur riferendoci all'insieme del campione.

Le lavoratrici impiegate come educatrici e maestre tendono ad essere più giovani rispetto alle altre. Oltre un quarto delle intervistate nelle due attività, infatti, ha fino a 25 anni e oltre la metà ne ha fino a 35. Questo non avviene per le ausiliarie, le addette alla cucina e le operatrici, caratterizzate da un'età media più elevata. Le operatrici e le addette alla cucina hanno più frequentemente delle altre un'età maggiore di 40 anni (37% e 33,3%). Per queste professioni, le lavoratrici fino a 35 anni costituiscono poco più o poco meno del 40% (cfr. grafico in figura 4).

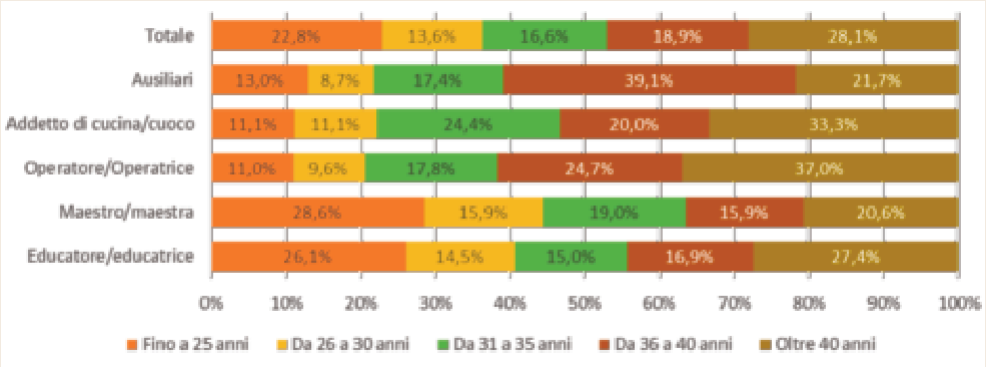
Nella gran parte dei casi le lavoratrici intervistate hanno un'anzianità nel settore elevata. Solo il 9,8% è nel settore da meno di 5 anni. Piuttosto, il 46,2% lavora negli asili nido da oltre 20 anni, il 31,2% da più di dieci anni e meno di venti e il 12,7% tra i 5 e i 9 anni (su 597 rispondenti).

Nella gran parte dei casi le lavoratrici intervistate svolgono turni alternati tra mattino e pomeriggio. Si tratta del 73% di chi ha risposto alla domanda (529 individui). Tale condizione cresce per le operatrici (85,9%) e per il personale che svolge il lavoro in aula. Si riduce, invece, per le addette alla cucina, che lavorano in gran parte solo nei turni di mattina (84,2%) e per le ausiliarie (circa la metà di loro svolge i turni solo la mattina) – cfr. tabella 2.

Nel 52,3% dei casi le lavoratrici affermano di effettuare frequentemente sostituzioni di colleghe assenti. Per più della metà dei casi tale condizione si verifica per sostituzioni che durano oltre una giornata. Nello specifico, il 34,4% afferma di effettuare sostituzioni per tre o più giornate.

Relativamente a chi ha specificato la mansione svolta le sostituzioni caratterizzano il 52,4% del campione, ma la quota di chi le effettua cresce tra le operatrici (60,9%) e le

FIGURA 4: FASCIA DI ETÀ DELLE LAVORATRICI INTERVISTATE, PER MANSIONE



Fonte: elaborazione Fondazione Giuseppe Di Vittorio su dati Inca

educatrici (56,4%). Resta, invece, al di sotto del valore medio per le altre figure (cfr. grafico in figura 5). Osservando la stessa informazione per fascia di età la quota di quante affermano di dover sostituire con frequenza colleghe assenti cresce progressivamente al crescere dell'età. Si va dal 45,3% per chi ha meno di 26 anni, fino al 58,3% di chi ne ha più di 40.

Complessivamente, la fascia di età con cui la maggior parte delle intervistate ha lavorato è costituita dai divezzi (38,6% delle rispondenti). Un'altra buona parte, il 33,7%, ha invece risposto in modo alternativo alle modalità proposte, specificando, soprattutto, di aver lavorato con tutte e tre le fasce (lattanti, divezzi, oltre i tre anni) senza riuscire a individuare una fascia prevalente. La seconda fascia più ricorrente è quella dei bambini oltre i 3 anni (19,6%), mentre solo l'8,1% afferma di aver lavorato prevalentemente con lattanti.

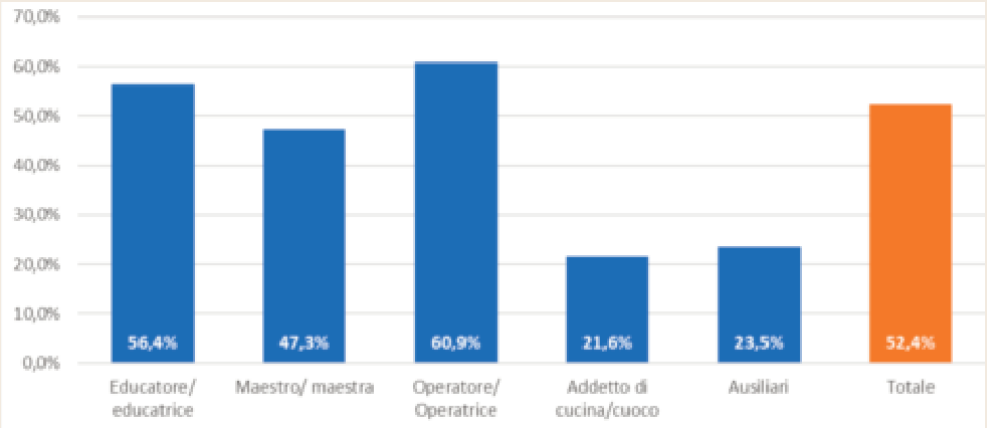
La gran parte delle lavoratrici intervistate afferma di essersi occupata, nel proprio percorso lavorativo, di bambini con handicap (67%) mentre, considerando la condizione attuale, circa una lavoratrice su tre (34,4%) dichiara che sono presenti in classe bambini con handicap. Le educatrici, le maestre e le operatrici sono le categorie tra le quali il

TABELLA 2: COLLOCAZIONE TEMPORALE DEI TURNI, VALORI COMPLESSIVI E PER MANSIONE

	Complessivo	Educatore/ educatrice	Maestro/ maestra	Operatore/ Operatrice	Addetto di cucina/ cuoco	Ausiliari
Solo turno di mattino	23,8%	20,8%	10,9%	9,9%	84,2%	47,6%
Solo turno pomeridiano	3,2%	2,1%	7,3%	4,2%	0,0%	14,3%
Turno alternato	73,0%	77,1%	81,8%	85,9%	15,8%	38,1%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: elaborazione Fondazione Giuseppe Di Vittorio su dati Inca

FIGURA 5: EFFETTUA FREQUENTEMENTE SOSTITUZIONI DI COLLEGHE ASSENTI PER MANSIONE



Fonte: elaborazione Fondazione Giuseppe Di Vittorio su dati Inca

dato è maggiore se si prende in considerazione l'esperienza passata (rispettivamente, si tratta del 67,4%, 72,7% e 67,7%).
Tuttavia, con riferimento alla condizione presente, tra quante svolgono funzioni ausiliarie la quota di quante vivono questa esperienza è maggiore rispetto a quella delle educatrici e delle operatrici. Dal 34,4% che è il dato medio complessivo, infatti, si passa al 56,6% delle maestre, al 40% delle ausiliarie, contro il 36,7% delle operatrici e al 31% delle educatrici.
Nella gran parte dei casi segnalati l'handicap è di tipo fisico. Questo sia con riferimento al passato (55,2%) che al presente (52,9%). Nella condizione attuale, comunque, il disagio alimentare sembra crescere notevolmente rispetto al passato, aumentando dal 15,9% al 35,9% dei casi segnalati (cfr. grafico in figura 6).

FIGURA 6: TIPOLOGIA DI HANDICAP DEI BAMBINI CON CUI SI LAVORA O SI HA LAVORATO

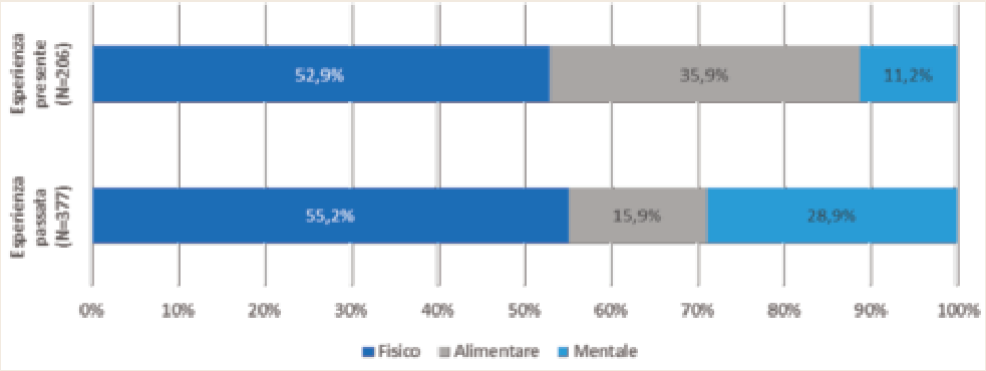
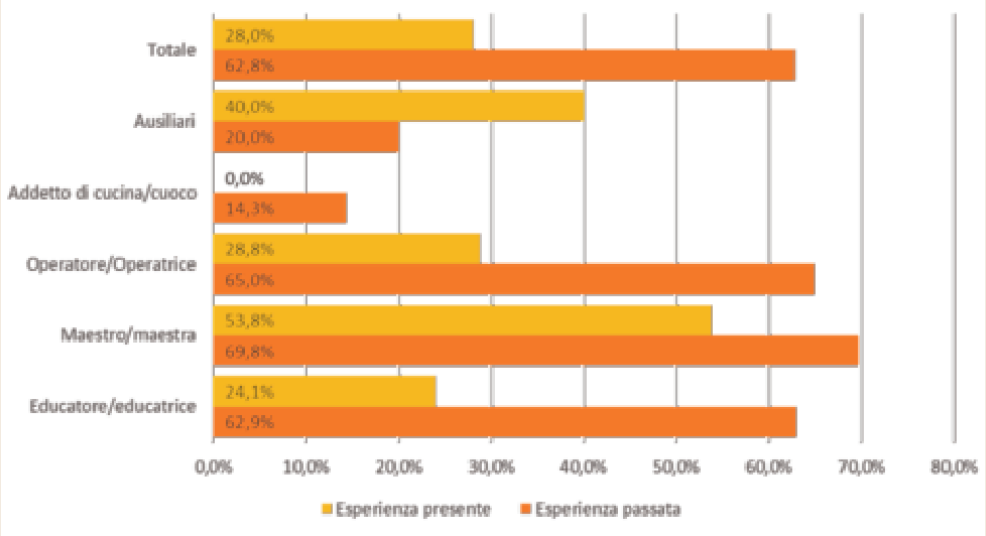


FIGURA 7: PRESENZA IN AULA DI BAMBINI CON SOSTEGNO, PER MANSIONE



Fonte: elaborazione Fondazione Giuseppe Di Vittorio su dati Inca

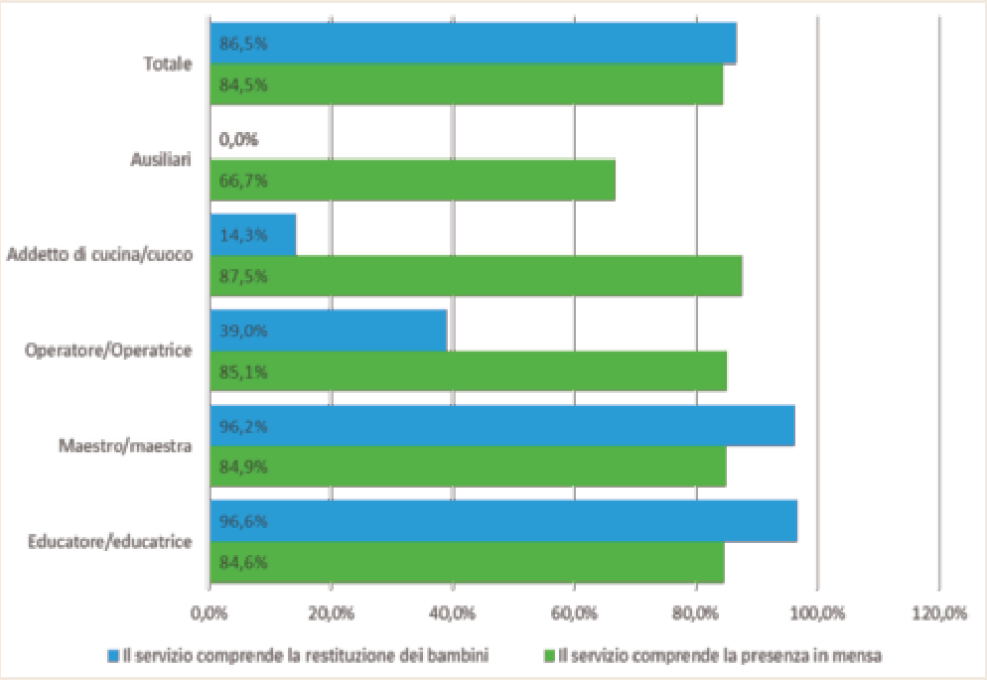
Analogamente a quanto affermato fin qui sulla presenza di bambini con handicap, la presenza di bambini con sostegno prevale nelle esperienze passate delle intervistate (62,8%), considerando ovviamente che sono chiamate a esprimersi su un arco temporale ampio, mentre diminuisce nell'esperienza attuale (28%). Con riferimento alla situazione attuale, le maestre sono quelle che più dichiarano la presenza di bambini con sostegno, seguite dalle ausiliarie.

Per la gran parte delle intervistate il servizio svolto prevede mansioni che vanno al di là della presenza in aula. Nell'84,5% dei casi, infatti, il servizio prevede la presenza in mensa e per l'86,5% la restituzione dei bambini. Chiaramente su tali questioni incide la mansione svolta.

La restituzione dei bambini coinvolge la quasi totalità delle educatrici e delle maestre (96% circa) e, in misura minore, le operatrici (39%), mentre sono quasi escluse le addette alla cucina e le ausiliarie. La presenza durante la mensa è invece un'attività trasversale, svolta dalle addette alla cucina ma, anche, in maniera rilevante, da tutte le altre figure professionali.

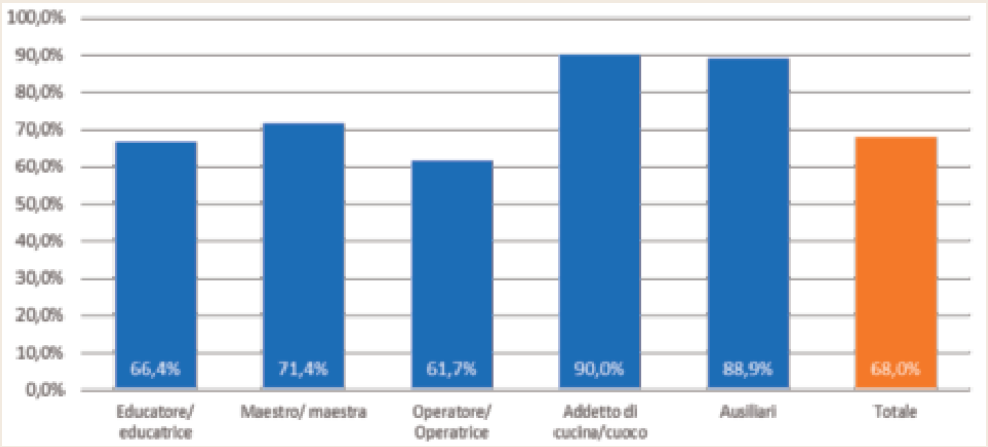
Con particolare riferimento allo svolgimento del lavoro in mensa, le addette alla cucina hanno affermato di preparare «oltre 60 pasti al giorno» nel 41,3% dei casi, «più di 40 e fino a 59» nel 37,5% e solo il 7,7% «oltre 30 pasti ma meno di 40». Il restante 13,5% delle rispondenti, invece, afferma di prepararne «non più di 30».

FIGURA 8: TIPOLOGIA DI ATTIVITÀ AGGIUNTIVA PER MANSIONE



Fonte: elaborazione Fondazione Giuseppe Di Vittorio su dati Inca

FIGURA 9: QUOTA DI QUANTI GODONO DI UN AIUTO DURANTE LA FASE DEI PASTI, PER MANSIONE



Fonte: elaborazione Fondazione Giuseppe Di Vittorio su dati Inca

Altro elemento di interesse relativamente al lavoro in mensa è che nella gran parte dei casi (il 68% delle rispondenti) le lavoratrici intervistate affermano di godere di un aiuto durante la fase dei pasti. Anche in questo caso il dato cresce per le addette alla cucina (90%), per il personale ausiliario (88,9%) e per le maestre (71,4%); mentre resta al di sotto della media il dato delle educatrici e delle operatrici (cfr. figura 9).

I dispositivi e gli strumenti utilizzati

Lo svolgimento delle attività lavorative comporta in moltissimi casi il contatto o l'utilizzo di sostanze o strumenti e dispositivi per la pulizia dei bambini o di oggetti comunque destinati alle esigenze che dovessero darsi. Il questionario prevedeva alcune di queste condizioni e nella tabella 3 sono state sintetizzate le risposte fornite dalle intervistate, complessivamente e per mansione svolta.

Nel complesso, il 98,6% delle intervistate afferma di utilizzare dei guanti per il cambio dei bambini. Tale evento si verifica, comunque, nel 100% dei casi relativamente alle maestre e alle addette alla cucina. Diminuisce, leggermente, nel caso delle educatrici e delle operatrici (rispettivamente il 98,4% e il 98,1%).

Risulta meno diffusa, invece, la fornitura di prodotti disinfettanti per le mani (27,7%). Ma in questo caso sembra avere un peso la mansione svolta; infatti dal 27,7% si arriva al 58,3% nel caso delle addette alla cucina e al 55,7 e al 55,6% delle operatrici e del personale ausiliario. I valori più bassi riguardano, invece, le lavoratrici che svolgono la gran parte della loro attività in aula. Si tratta delle educatrici (21,7%) e delle maestre (20%).

Anche l'utilizzo di creme e pomate per la pulizia dei bambini è un dato che si distri-

TABELLA 3: UTILIZZO DI DISPOSITIVI E STRUMENTI NEL CORSO DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA, VALORI COMPLESSIVI E PER MANSIONE

	Complessivo	Educatore/ educatrice	Maestro/ maestra	Operatore/ Operatrice	Addetto di cucina/ cuoco	Ausiliari
Nelle operazioni di pulizia e cambio dei bambini utilizzate mezzi di protezione per le mani (guanti)?	98,6%	98,4%	100,0%	98,1%	100,0%	100,0%
Vi vengono forniti prodotti disinfettanti per le mani?	27,7%	21,7%	20,0%	55,7%	58,3%	55,6%
Per la pulizia dei bambini, dopo il lavaggio, fate uso di creme, pomate ecc.?	62,4%	67,4%	14,0%	69,4%	50,0%	75,0%
Utilizzo di						
Lettini	42,1%	49,5%	34,3%	14,3%	42,9%	20,0%
Fasciatoi	44,4%	70,9%	32,0%	75,0%	66,7%	57,1%
Tavoli	47,3%	50,2%	61,1%	27,4%	33,3%	50,0%
Utilizzo esclusivo di oggetti di arredo progettati per i bambini	84,8%	87,7%	59,6%	93,5%	60,0%	75,0%

Fonte: elaborazione Fondazione Giuseppe Di Vittorio su dati Inca

buisce in modo differenziato in base alle mansioni. Se complessivamente, infatti, è il 62,4% delle intervistate a farne uso, tale valore è dato dalla prevalenza di educatrici nel nostro campione. Sono loro, infatti, a far crescere il valore medio con il 67,4% di utilizzo. I valori più alti, comunque, riguardano le ausiliarie (75%) e le operatrici (69,4%). Molto meno frequente l'utilizzo di creme e pomate da parte delle maestre (14%).

Infine, dai dati rilevati emerge come l'utilizzo di strumenti e dispositivi presenti nelle strutture caratterizzi le mansioni svolte dalle intervistate. Infatti, sebbene i valori medi dell'utilizzo di lettini, tavoli e fasciatoi si attestino tra il 42 e il 47%, rispettivamente dei lettini e dei tavoli, sono le maestre ad usare maggiormente questi ultimi (61,1%), seguite dalle educatrici (50,2%). Le educatrici e le operatrici, invece, si caratterizzano per l'utilizzo dei fasciatoi (70,9% e 75%). Diversamente, l'utilizzo di lettini è più distribuito tra le varie figure. Tuttavia spiccano per il loro utilizzo le educatrici e le cuoche (49,5% e 42,9%).

Quelli utilizzati, comunque, sono per lo più dispositivi disegnati per i bambini (84,8%). Questo vale soprattutto per le educatrici (87,7%) e per le operatrici (93,5%). Diminuisce, invece, per le maestre e le cuoche (60%).

Condizioni fisiche di lavoro

Per indagare gli sforzi fisici è stato chiesto alle lavoratrici quanto tempo passassero quotidianamente sedute o inginocchiate a terra o con i bambini in braccio. Complessivamente, il 41,6% afferma di passare oltre un quarto del tempo di lavoro con i bambini in braccio e il 63% in ginocchio o a terra. I valori crescono o diminuiscono in funzione della mansione svolta.

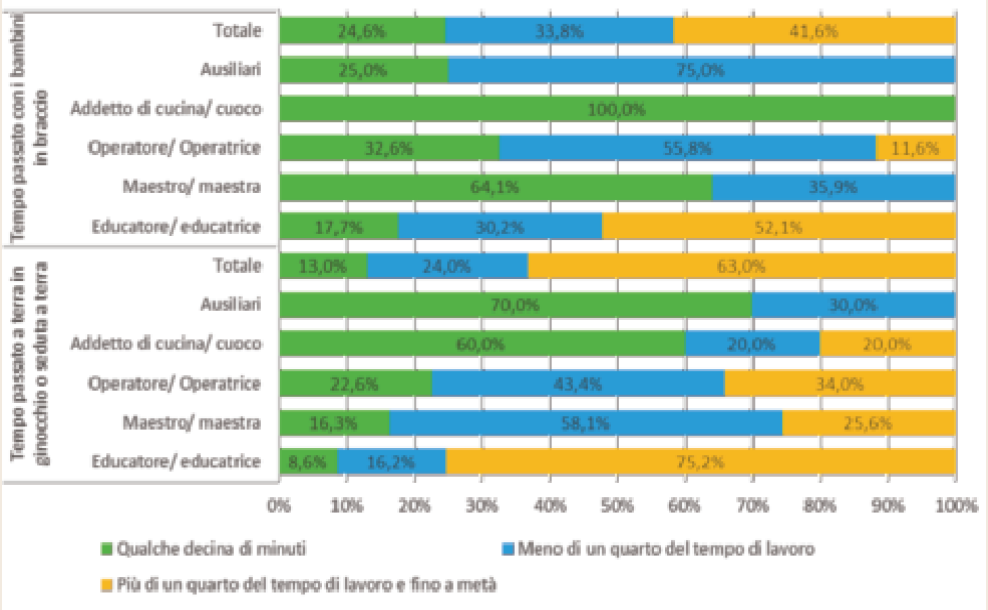
Le educatrici, in particolare, sono le lavora-

trici maggiormente sottoposte a questo genere di condizione. Oltre la metà, il 52%, infatti, trascorre un tempo superiore a un quarto del turno con i bambini in braccio e il 75% passa uno stesso tempo inginocchiata. In condizioni analoghe, sebbene non paragonabili in quanto a frequenza, lavorano le operatrici (11,6% e 34%). Per quanto riguarda le altre figure, le cuoche e le addette alla cucina, sono meno sottoposte agli sforzi provocati dalla gestione dei bambini: il 60% dichiara di passare solo qualche decina di minuti in ginocchio o a terra e sono quelle che meno frequentemente prendono i bambini in braccio (il 100% afferma di farlo solo per qualche decina di minuti) – cfr. grafico in figura 10.
Un elemento di interesse è dato dal fatto che tali condizioni non sembrano variare con l'età delle intervistate. Osservando i dati sintetizzati nel grafico in figura 11, infatti, si può osservare come se, da un lato, il tempo passato a terra resta abbastanza stabile tra le diverse fasce di età, dall'altro, quello con i bambini in braccio tende ad aumentare al crescere dell'età.

Sorveglianza sanitaria, infortuni e condizioni di salute

Circa tre quarti delle lavoratrici intervistate sono sottoposte a sorveglianza sanitaria (73%). Il dato non muta significativamente in relazione all'età, ma cambia con la mansione.
Come evidenziato nel grafico in figura 12, infatti, il personale ausiliario è sottoposto

FIGURA 10: TEMPO PASSATO CON I BAMBINI IN BRACCIO O INGINOCCHIATI PER MANSIONE



Fonte: elaborazione Fondazione Giuseppe Di Vittorio su dati Inca

a sorveglianza per il 90%, le educatrici per l'85,9% dei casi e le addette alla cucina per l'83,8%. Sotto la media, invece, restano le maestre (40,3%) e, soprattutto, le operatrici (25,7%). Nel 76% dei casi alla sorveglianza sanitaria è associato l'esame del sangue. Il dato arriva, comunque, fino all'81,4% tra le educatrici e fino al 41,7%

FIGURA 11: TEMPO PASSATO CON I BAMBINI IN BRACCIO O INGINOCCHIATI PER FASCIA D'ETÀ

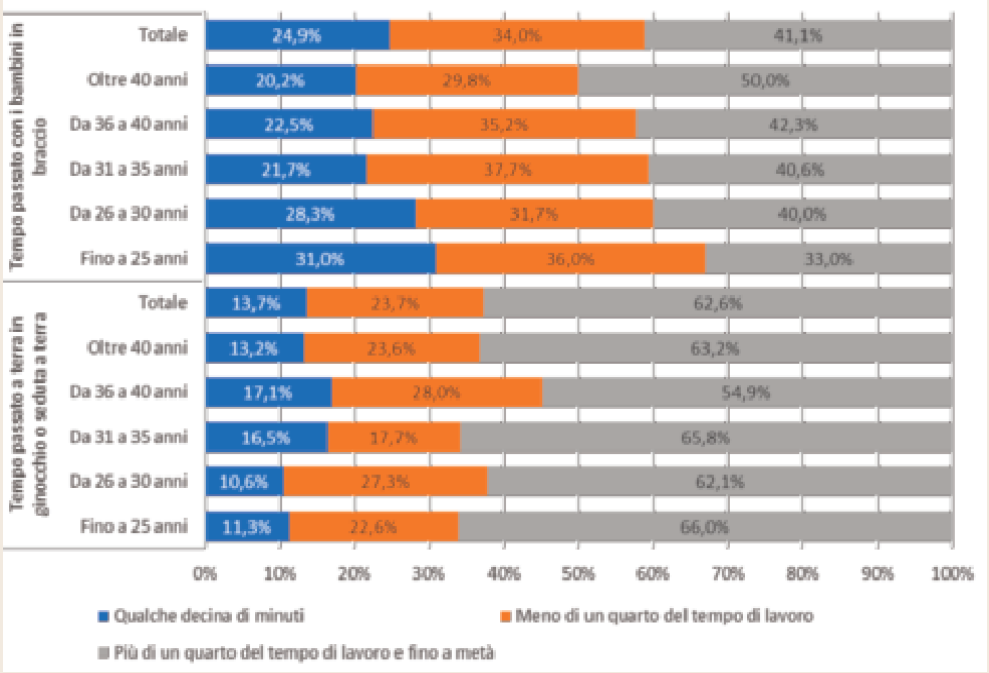
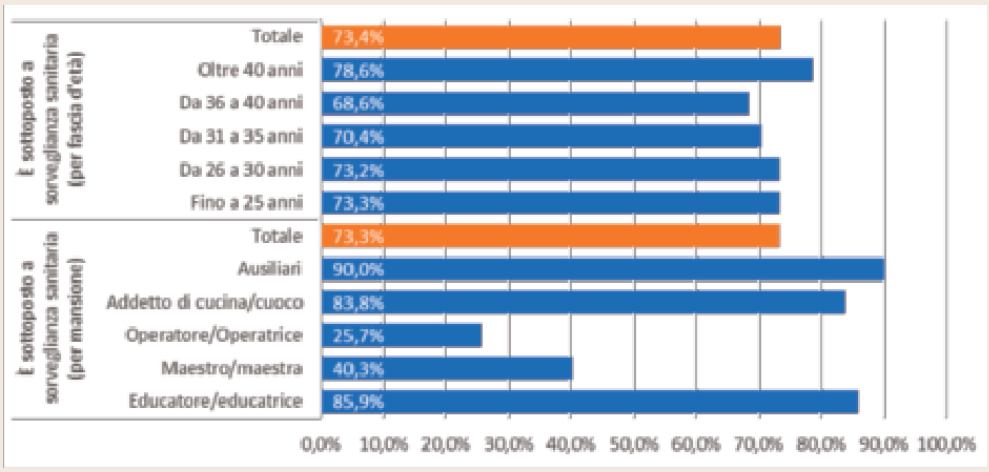


FIGURA 12: QUOTA DI LAVORATORI SOTTOPOSTI A SORVEGLIANZA SANITARIA, PER MANSIONE E FASCIA D'ETÀ



Fonte: elaborazione Fondazione Giuseppe Di Vittorio su dati Inca

tra le maestre. Solo nel 7,6% dei casi, tali esami hanno dato un riscontro positivo risultando i valori in qualche modo alterati. Il 90,3% delle intervistate è stato giudicato idoneo e il 9,7% ha avuto delle prescrizioni che, per lo più, hanno a che fare con le limitazioni al sollevamento di pesi. Solo in un paio di casi è stato vietato l'uso di guanti in lattice o consigliato l'uso di una qualche protezione per le mani e solo in un caso la prescrizione è stata quella di ridurre le ore lavorate.

Nel 23,8% dei casi la sorveglianza sanitaria comporta il ricorso a vaccinazioni. In gran parte si tratta di vaccinazioni contro l'influenza (34%) o la meningite (46,3%). Solo nel caso delle maestre e delle ausiliarie il vaccino antinfluenzale è più diffuso di quello contro la meningite.

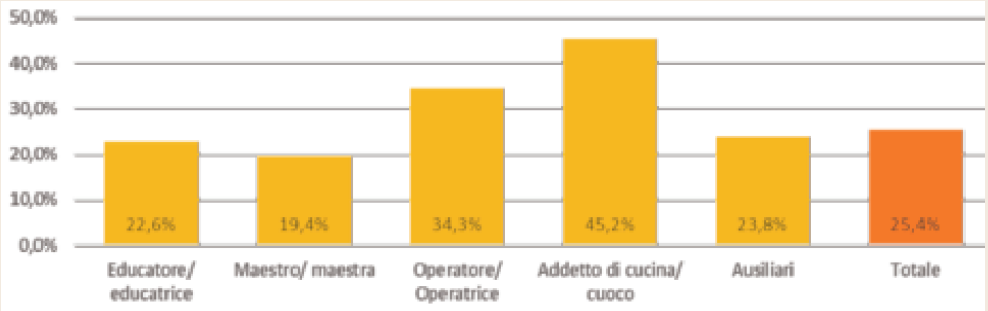
Il 25,6% delle intervistate ha avuto un infortunio sul lavoro nell'arco della propria storia professionale. Il dato tende a crescere, ovviamente, con l'età e quindi con l'anzianità lavorativa. Il tasso infortunistico più elevato è rilevato tra le cuoche e le operatrici (45,2 e 34,3%).

TABELLA 4: TIPOLOGIA DEI VACCINI A CUI SONO SOTTOPOSTE LE LAVORATRICI, PER MANSIONE

	Complessivo	Educatore/ educatrice	Maestro/ maestra	Operatore/ Operatrice	Addetto di cucina/ cuoco	Ausiliari
Antinfluenzale	34,0%	33,3%	85,7%	29,6%	25,0%	100,0%
Meningite	46,3%	49,5%	14,3%	51,9%	33,3%	0,0%
Rosolia	4,3%	2,9%	0,0%	7,4%	8,3%	0,0%
Epatite B	9,3%	10,5%	0,0%	3,7%	16,7%	0,0%
Epatite A	3,1%	1,9%	0,0%	3,7%	8,3%	0,0%
MPR	3,1%	1,9%	0,0%	3,7%	8,3%	0,0%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: elaborazione Fondazione Giuseppe Di Vittorio su dati Inca

FIGURA 13: È STATO VITTIMA DI INFORTUNIO SUL LAVORO (CADUTE, CONTUSIONI, FERITE, ETC.)



Fonte: elaborazione Fondazione Giuseppe Di Vittorio su dati Inca

FIGURA 14: DISTURBI DI SALUTE RICORRENTI

Fonte: elaborazione Fondazione Giuseppe Di Vittorio su dati Inca

Sul totale delle 615 rispondenti, 215 hanno identificato uno o più disturbi di cui soffrono in modo ricorrente. Purtroppo la domanda aperta, che da un lato offre all'intervistato una maggiore possibilità di risposta, rende complessa l'elaborazione delle risposte stesse. La sintesi in figura 14 è un tentativo di restituire la complessità di disturbi segnalati ma le domande successive permettono di approfondire meglio la questione da altri punti di vista. Quello che, invece, è rilevante evidenziare è che tra quante hanno identificato uno o più disturbi, tali problematiche tendono a scomparire dopo periodi di astensione dal lavoro nell'83% dei casi, fino all'86% nel caso delle educatrici.

La gran parte delle intervistate ha svolto almeno una volta uno o più esami tra risonanza magnetica o Tac alla schiena, elettromiografia, ecografie, prove allergiche e visite dermatologiche. Infatti il totale delle risposte date è maggiore del numero delle intervistate (era una domanda a risposta multipla). Gli esami relativi alla schiena sono i più diffusi e rappresentano il 24,5% delle risposte affermative. Seguono le visite dermatologiche (17,7%) e le prove allergiche (16,5%). Dal punto di vista delle mansioni, educatrici e maestre non si distanziano dalla distribuzione complessiva. Diversamente da loro, le operatrici e le ausiliarie hanno con maggiore frequenza fatto ricorso alla risonanza magnetica alla spalla e a ecografie a gomiti, polsi, mani e ginocchia (cfr. tabella 5).

Nel questionario si chiedeva alle intervistate quali parti del corpo facessero male al ter-

TABELLA 5: ESAMI A CUI SONO STATE SOTTOPOSTE LE LAVORATRICI

	Complessivo	Educatore/ educatrice	Maestro/ maestra	Operatore/ Operatrice	Addetto di cucina/	Ausiliari
Risonanza magnetica o Tac alla schiena	24,5%	24,1%	32,9%	21,6%	25,9%	18,8%
Elettromiografia alle braccia o alle gambe	13,5%	13,2%	11,0%	12,6%	15,5%	18,8%
Ecografia a gomiti, polsi, mani, ginocchia	14,7%	12,8%	15,1%	19,8%	17,2%	18,8%
Risonanza magnetica spalla	8,8%	8,9%	5,5%	11,7%	3,4%	15,6%
TAC del torace	4,2%	4,0%	6,8%	3,6%	5,2%	6,3%
Prove allergiche	16,5%	17,5%	12,3%	17,1%	17,2%	12,5%
Visita dermatologica	17,7%	19,4%	16,4%	13,5%	15,5%	9,4%
Totale delle risposte date (Val. Ass.)	871	576	73	111	58	32

Fonte: elaborazione Fondazione Giuseppe Di Vittorio su dati Inca

mine di un turno di lavoro, chiedendo di indicare su una mappa del corpo umano quali parti presentassero dei dolori dopo lo svolgimento di un turno di lavoro[2]. Anche in questo caso le risposte sono di gran lunga superiori al numero delle intervistate (2.184 a fronte di 615). Questo significa che ciascuna intervistata ha indicato in media 3,5 parti del corpo doloranti al termine del turno di lavoro.

Dai risultati emerge una presenza diffusa e diversificata di disturbi fisici, che descrivono una situazione professionale in cui possono presentarsi soprattutto problemi alla schiena e alle spalle ma, anche, agli arti inferiori e superiori. Comunque, come anticipato, nella gran parte dei casi i problemi riguardano la schiena e le spalle (17,6% e 12%) e l'incidenza di questi disturbi cresce nel caso delle educatrici e delle maestre che accusano anche una maggiore frequenza di dolore al collo (9,5% e 12,7% a fronte del 9,2% complessivo).

Il dolore a braccia, polsi e mani, invece, pur essendo relativamente meno significativo (si va dal 6,7 al 5,5% del braccio), cresce per le addette alla cucina e per il personale ausiliario con valori superiori al 9% (cfr. dati in tabella 6).

Per le operatrici si registra una certa diffusione di problemi alla schiena e alle spalle insieme a disturbi al collo, agli arti inferiori (ginocchio, gamba) e superiori (polso, mano).

Nel complesso, l'82% delle rispondenti ha elencato almeno un disturbo, mentre solo il

[2] Il questionario è stato predisposto facendo riferimento alle metodologie già diffuse in ambito nazionale e internazionale per l'analisi delle condizioni di salute in ambito lavorativo (cfr. Eu-Osha, 2011, *Occupational Safety and Health culture assessment. A review of main approaches and selected tools*, Bilbao). In particolare, per l'analisi dei disturbi muscolo-scheletrici, si è fatto riferimento alla metodologia proposta dal «Nordic Musculoskeletal Questionnaire» e allo strumento della mappa del corpo umano che esso utilizza, adattata per le specifiche esigenze della presente ricerca (cfr. Kuorinka I., Jonsson B., Kilbom A., Vinterberg H., Biering-Sørensen F., Andersson G. & Jørgensen K., 1987, «Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms», *Applied Ergonomics*, 18, 3, pp. 233-237; Smith D.R., Wei N., Zhao L. et al., 2004, «Musculoskeletal complaints and psychosocial risk factors among Chinese hospital nurses», *Occupational Medicine*, v. 54, pp. 579-582).

18% non ne ha indicato alcuno. La massima numerosità di questo secondo gruppo è stata rilevata tra le ausiliarie, tra le quali il 47,8% non ha dichiarato nessun problema tra quelli proposti. Segue quello delle ausiliarie e, a una certa distanza, il gruppo delle maestre, con il 29,9% di rispondenti che non segnalano disturbi a nessuna delle parti indicate nello schema. Al contrario, le operatrici e le addette in cucina sono quelle che ne segnalano il numero maggiore. Infatti, hanno indicato oltre quattro disturbi il 46,6% e il 44,4% di ciascuno dei due gruppi, mentre in media tale numerosità di disturbi è stata rilevata per il 32,8% dei casi (cfr. grafico in figura 15).

TABELLA 6: COLLOCAZIONE DEI DOLORI VALORI COMPLESSIVI E PER MANSIONE

	Complessivo	Educatore/ educatrice	Maestro/ maestra	Operatore/ Operatrice	Addetto di cucina/	Ausiliari
Viso	0,4%	0,5%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%
Collo	9,2%	9,5%	12,7%	8,4%	7,9%	7,7%
Petto	0,5%	0,5%	0,0%	0,3%	1,1%	1,5%
Pancia	1,1%	1,4%	0,0%	0,9%	0,6%	0,0%
Polso	6,7%	6,7%	5,4%	6,8%	9,0%	9,2%
Mano	6,0%	5,6%	2,4%	7,4%	0,6%	10,8%
Ginocchio	9,1%	9,1%	11,4%	8,4%	9,0%	10,8%
Piede	5,1%	2,7%	4,2%	5,9%	6,7%	7,7%
Gambe	5,0%	4,8%	3,0%	7,4%	7,9%	3,1%
Testa	5,0%	5,9%	7,2%	1,9%	4,5%	1,5%
Nuca	6,6%	7,2%	7,8%	5,9%	5,1%	3,1%
Spalle	12,0%	12,1%	15,1%	11,5%	11,2%	12,3%
Schiena	17,6%	18,9%	21,1%	16,1%	14,0%	12,3%
Gomito	3,2%	2,6%	1,2%	5,9%	5,6%	3,1%
Braccio	5,5%	5,3%	3,0%	5,3%	9,0%	9,2%
Dito	2,8%	2,5%	1,8%	4,3%	4,5%	4,6%
Sedere	2,3%	2,9%	1,2%	1,9%	1,1%	1,5%
Caviglia	1,7%	1,7%	1,8%	1,9%	2,2%	1,5%
Totale delle risposte date (Val. Ass.)	*2184*	*1384*	*166*	*323*	*178*	*65*

FIGURA 15: NUMEROSITÀ DEI DISTURBI ELENCATI PER MANSIONE SVOLTA

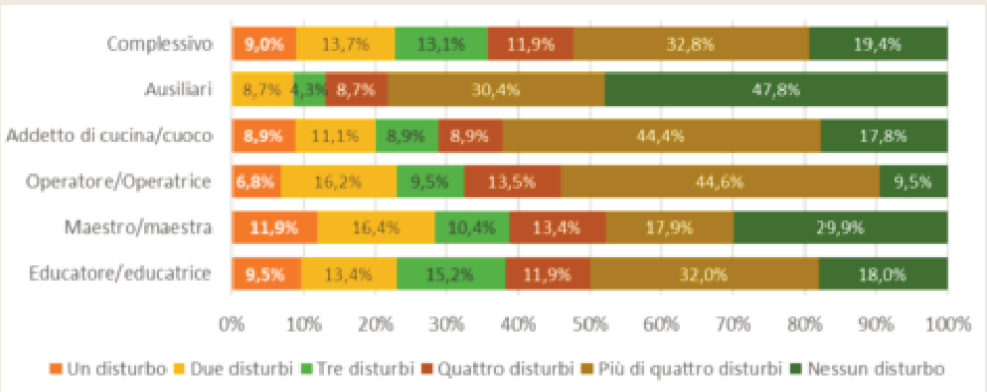


FIGURA 16: SCHIENA, DOLORE A FINE TURNO; DISTRIBUZIONE COMPLESSIVA E PER FASCIA DI ETÀ

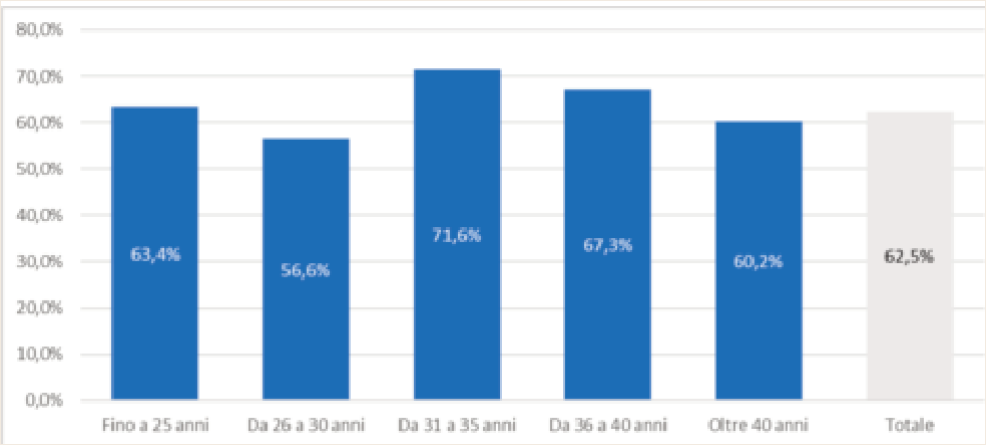


FIGURA 17: SCHIENA, SINTOMATOLOGIA DOLOROSA; DISTRIBUZIONE COMPLESSIVA E PER FASCIA DI ETÀ

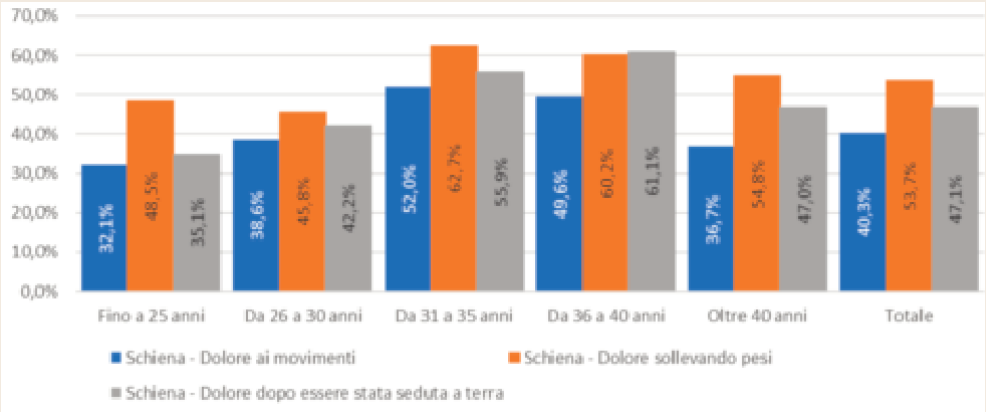
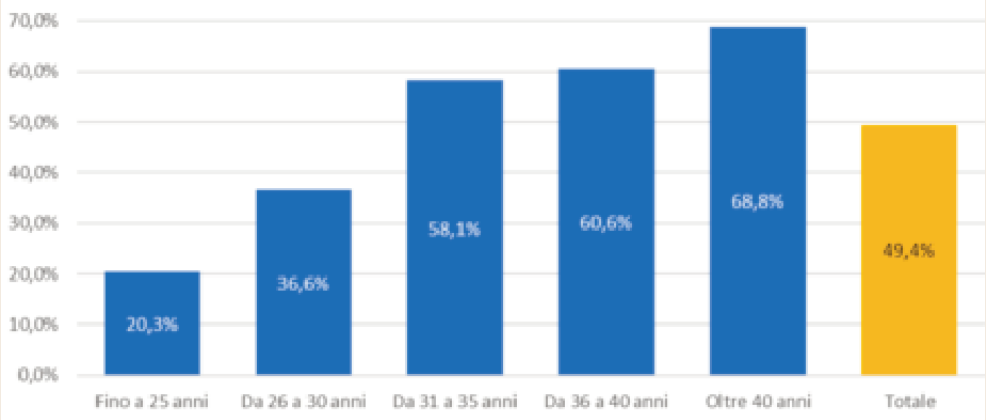


FIGURA 18: SCHIENA, DIFFUSIONE DI LOMBALGIA ACUTA ; DISTRIBUZIONE COMPLESSIVA E PER FASCIA DI ETÀ



L'età, almeno stando ai dati raccolti, non sembra offrire un punto di osservazione utile. Infatti, al di là dell'incremento delle risposte date al crescere dell'età, per le lavoratrici più anziane la schiena e le spalle restano le aree più colpite.
Come visto in precedenza, al termine di un turno di lavoro lamentano dolore alla schiena 385 rispondenti, pari al 62,5% del totale (il 71,6% tra quanti hanno tra 31 e 35 anni). La sintomatologia dolorosa che colpisce la schiena, anche di quanti non hanno risposto affermativamente alla domanda precedente, è associata: al sollevamento di pesi in 331 casi (53,7% dei rispondenti al questionario); ai movimenti in 248 casi (46,3% dei rispondenti al questionario) e al fatto di essere stati seduti a terra in 290 (47,1% dei rispondenti al questionario).
Complessivamente, i dolori alla schiena crescono al crescere dell'età fino alla fascia 36-40 anni, fascia rispetto alla quale prevalgono i dolori dopo essere stati seduti a terra. Si tratta dell'unica fascia di età che si discosta dal quadro generale, in cui a prevalere sono i dolori dovuti al sollevamento di pesi. Nella fascia di età successiva ai 40 anni la sintomatologia dolorosa è meno diffusa (vedi figure 16, 17 e 18).

Più frequenti tra le lavoratrici in fascia di età più avanzata risultano, invece, i dolori a braccia e polsi, ma in misura del tutto compatibile alla maggior presenza di personale più anziano nelle mansioni maggiormente soggette a queste problematiche.
Il questionario proseguiva indagando alcuni aspetti specifici associati a ciascun disturbo fisico (tabella 7). La schiena, in particolare, risulta dare il maggior numero di problemi nel sollevamento dei pesi e nell'atto di rialzarsi dopo essere stati inginocchiati (11,8% e 10,3%). Educatrici e maestre sono le figure maggiormente esposte a questi problemi. Parallelamente a quanto osservato fin qui, questo genere di problematiche è tra i primi a manifestarsi, visto che incide maggiormente anche nelle risposte date dalle lavoratrici più giovani. A questi problemi segue, per significatività, il dolore ai movimenti del collo e i problemi alle ginocchia, soprattutto nell'inginocchiarsi (9,2% e 7,4%) anche se i problemi agli arti inferiori aumentano di significatività per le lavoratrici anagraficamente più grandi.
A queste osservazioni si associano quelle relative alle diagnosi di artrosi, di lombalgia e di ernia del disco. Come evidenziato nella seconda parte della tabella 7, il 40,6% delle rispondenti afferma di soffrire di lombalgie acute (249 rispondenti). Infatti, nel 76,4% dei casi al primo attacco ne sono seguiti altri e fino a 1, nell'ultimo anno, per il 41% dei casi, ma anche oltre tre nel 20,2%. A soffrirne relativamente meno sembrano essere le ausiliarie (26,3%) che invece accusano più frequentemente i dolori legati all'artrosi cervicale (26,3%). Si tratta, comunque, di un disturbo che tende a crescere con l'età.
Tra le lavoratrici più giovani, invece, è stata rilevata un'incidenza maggiore che nelle altre fasce di età per le diagnosi di ernia del disco (18,6% a fronte del 13,5% complessivo), anche se solo il 2,6% di chi ne soffre è stato operato.

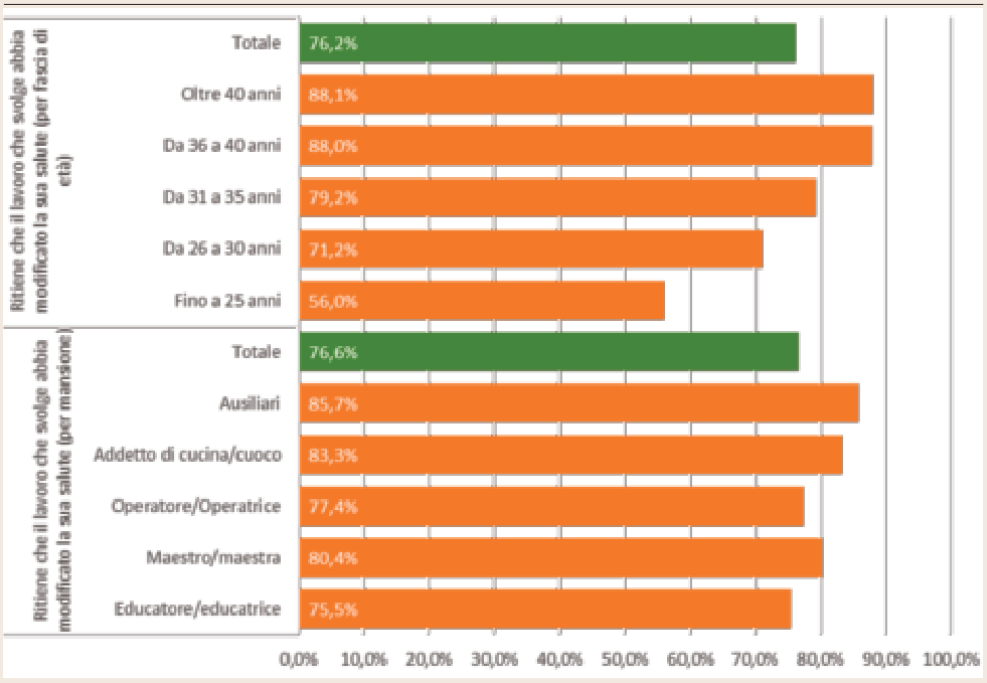
TABELLA 7: COLLOCAZIONE DEL DOLORE E TIPOLOGIA; DISTURBI DIAGNOSTICATI, VALORI COMPLESSIVI E PER MANSIONE

	Complessivo	Educatore/ educatrice	Maestro/ maestra	Operatore/ Operatrice	Addetto di cucina/ cuoco
Spalla - Dolore ai movimenti	7,3%	7,5%	6,2%	7,6%	6,7%
Spalla - Dolore sollevando i pesi	8,1%	7,8%	6,6%	8,9%	9,2%
Spalla - Dolore a riposo	4,3%	3,9%	4,1%	4,8%	5,0%
Schiena - Dolore ai movimenti	8,8%	9,8%	8,7%	6,8%	7,1%
Schiena - Dolore sollevando pesi	11,8%	12,7%	13,6%	9,4%	9,7%
Schiena - Dolore dopo essere stata seduta a terra	10,3%	11,1%	12,8%	9,8%	4,6%
Ginocchia - Dolore salendo o scendendo le scale	4,0%	3,7%	4,5%	5,4%	4,2%
Ginocchia - Dolore nell'inginocchiarsi	7,4%	7,0%	9,9%	8,1%	6,7%
Ginocchia - Difficoltà all'appoggio sul ginocchio	7,0%	6,6%	8,3%	7,6%	8,0%
Collo - Dolore ai movimenti	9,2%	10,3%	9,1%	7,0%	6,7%
Gomito - Dolore ai movimenti	3,2%	2,5%	1,2%	5,0%	5,0%
Polso - Dolore ai movimenti	5,7%	5,5%	2,9%	5,7%	8,4%
Mano - Dolore alle dita	5,8%	5,0%	5,0%	7,2%	8,4%
Mano - Le si addormentano le mani	7,0%	6,4%	7,0%	6,8%	10,1%
Totale delle risposte date	2803	1722	242	459	238

	Ausiliari	Fino a 25 anni	Da 26 a 30 anni	Da 31 a 35 anni	Da 36 a 40 anni	Oltre 40 anni
Spalla - Dolore ai movimenti	6,1%	7,2%	6,4%	7,4%	7,7%	7,6%
Spalla - Dolore sollevando i pesi	9,1%	7,4%	6,1%	7,4%	8,5%	9,4%
Spalla - Dolore a riposo	7,1%	4,0%	4,2%	4,2%	4,8%	4,3%
Schiena - Dolore ai movimenti	8,1%	11,4%	9,7%	10,0%	8,6%	7,0%
Schiena - Dolore sollevando pesi	9,1%	17,3%	11,5%	12,1%	10,5%	10,4%
Schiena - Dolore dopo essere stata seduta a terra	8,1%	12,5%	10,6%	10,8%	10,6%	8,9%
Ginocchia - Dolore salendo o scendendo le scale	3,0%	1,9%	2,4%	4,3%	4,5%	4,9%
Ginocchia - Dolore nell'inginocchiarsi	7,1%	7,4%	5,2%	7,2%	7,7%	8,0%
Ginocchia - Difficoltà all'appoggio sul ginocchio	3,0%	5,3%	7,0%	7,2%	7,2%	7,4%
Collo - Dolore ai movimenti	6,1%	10,1%	12,7%	9,5%	9,1%	7,4%
Gomito - Dolore ai movimenti	6,1%	1,3%	2,7%	2,6%	3,4%	4,2%
Polso - Dolore ai movimenti	9,1%	4,8%	6,4%	5,5%	5,1%	6,3%
Mano - Dolore alle dita	8,1%	3,7%	6,1%	4,7%	5,5%	7,2%
Mano - Le si addormentano le mani	10,1%	5,6%	9,1%	7,2%	6,8%	6,9%
Totale delle risposte date	99	376	330	529	649	874

Fonte: elaborazione Fondazione Giuseppe Di Vittorio su dati Inca

FIGURA 19: LAVORATORI CHE RITENGONO CHE L'ATTIVITÀ LAVORATIVA ABBIA MODIFICATO LA PROPRIA SALUTE, PER FASCIA D'ETÀ E MANSIONE



Fonte: elaborazione Fondazione Giuseppe Di Vittorio su dati Inca

Per quanto riguarda gli altri generi di disturbi rilevati attraverso il questionario, le lavoratrici intervistate soffrono di tosse nel 48,8% dei casi, di affanno nel 41,6%, di episodi bronchitici nel 32,3%, di naso chiuso nel 52,1% e di naso che cola nel 48,9%. Solo in alcuni casi, come l'affanno, l'età spiega l'eventuale distribuzione, mentre per quanto riguarda gli altri disturbi non sembrano esserci correlazioni tra mansioni o età e presenza del fenomeno (cfr. dati in tabella 8).

I disturbi del ciclo mestruale e le patologie a carico della cute degli avambracci risultano poco diffusi (8% e 2,4%), mentre i disturbi della cute delle mani sono più significativi (13,5%) e crescono fino al 24,1 e 25% nel caso delle operatrici e delle addette alla cucina.

Il 58,5% ha rilevato una riduzione dell'udito che nel 59,2% dei casi riguarda entrambi i lati. Tra le addette alla cucina e le ausiliarie la riduzione dell'udito arriva a incidere per il 69,2 e il 72,7% dei casi.

I problemi sul lavoro secondo l'opinione delle lavoratrici

Rispetto alle 1.462 risposte relative ai problemi presenti sul lavoro, secondo l'opinione delle intervistate, il fattore che ha catturato la maggiore attenzione è il carico di lavoro (23,3%). Il valore cresce nel caso delle

TABELLA 8: DISTURBI DELLE ALTE VIE RESPIRATORIE, PER MANSIONE E FASCIA DI ETÀ

	Soffre di tosse	Soffre di affanno	Soffre di episodi bronchitici	Ha senso di naso chiuso	Soffre di naso che cola
Educatore/ educatrice	48,0%	35,9%	31,8%	53,9%	49,0%
Maestro/ maestra	63,0%	45,1%	28,8%	53,8%	50,0%
Operatore/ Operatrice	46,7%	58,1%	36,1%	53,2%	59,3%
Addetto di cucina/ cuoco	38,9%	61,8%	35,1%	41,7%	34,3%
Ausiliari	47,1%	37,5%	31,3%	26,7%	41,2%
Totale	48,8%	41,6%	32,3%	52,1%	48,9%
Fino a 25 anni	52,9%	21,4%	22,9%	55,1%	51,7%
Da 26 a 30 anni	48,6%	43,3%	34,3%	52,2%	51,5%
Da 31 a 35 anni	40,0%	39,8%	35,6%	50,6%	47,1%
Da 36 a 40 anni	40,2%	48,5%	23,4%	40,4%	41,9%
Oltre 40 anni	57,9%	57,3%	43,4%	59,3%	50,0%
Totale	48,7%	41,8%	31,8%	52,1%	48,5%

Fonte: elaborazione Fondazione Giuseppe Di Vittorio su dati Inca

operatrici (28,2%), delle addette alla cucina (43,5%) e delle ausiliarie (43,5%). Resta al di sotto della media per le educatrici (22%) e le maestre (18,9%). Dal punto di vista delle età, il problema del carico di lavoro è maggiormente sentito al crescere dell'età. Si passa, infatti, dal 19,7% delle lavoratrici fino a 25 anni, al 26,5% delle lavoratrici oltre i 40 anni.

Il secondo fattore di rischio è quello della conciliazione tra vita privata e vita professionale (15,3%). Il problema è maggiormente sentito dalle maestre (17,4%) e, soprattutto, dalle addette alla cucina (23,2%). Le lavoratrici più giovani sono quelle che tendono a vivere le possibilità di conciliazione come un problema (16,2 e 17,4% per le fasce fino a 25 anni e da 26 a 30). Ma la differenza con le altre fasce d'età non risulta particolarmente significativa. L'ambiente fisico di lavoro e la complessità del lavoro costituiscono, rispettivamente, il terzo e il quarto elemento con il maggior numero di scelte (11,2% e 10,1%). La distanza è, comunque, molto ravvicinata e l'ordine muta in funzione delle mansioni e delle età delle rispondenti. In particolare, tra le educatrici l'ambiente fisico resta un elemento problematico di una certa importanza (11,8%), ma la difficoltà o complessità del lavoro scende al quinto posto (9,8%), subito dopo il carico attentivo (10,4%). Per le maestre la complessità del lavoro è una questione ben più rilevante di quanto non sia per le educatrici (il 16,8% a fronte del 9,8%). Mentre le problematiche legate all'ambiente fisico di lavoro (10,5%) risultano meno significative

rispetto a quelle scaturite dal contatto con i genitori dei bambini (12,1%). A parte le maestre, quest'ultimo aspetto relativo al contatto con i genitori è significativo solo per le educatrici (6,5%).

Il carico attentivo, che complessivamente rappresenta il 9,8% delle risposte, diminuisce la propria significatività nelle mansioni diverse da quelle relative alle educatrici, ma tende a crescere con l'età.

Ultimo elemento di criticità tra i più significativi è la carenza dei materiali di lavoro (7,9%). Sebbene non risulti particolarmente importante nel complesso, la carenza di materiali tende a rappresentare un problema maggiore per le addette alla cucina (10,1%) e, soprattutto, per le operatrici (13,5%). Cresce al di sopra della media, infine, per le lavoratrici più giovani (13,1%).

I rischi psico-sociali

Il grafico in figura 20 rappresenta una sintesi delle frequenze degli effetti e sensazioni riferite dalle lavoratrici in relazione alle proprie condizioni di lavoro, analizzati secondo la frequenza con cui si presentano. Parten-

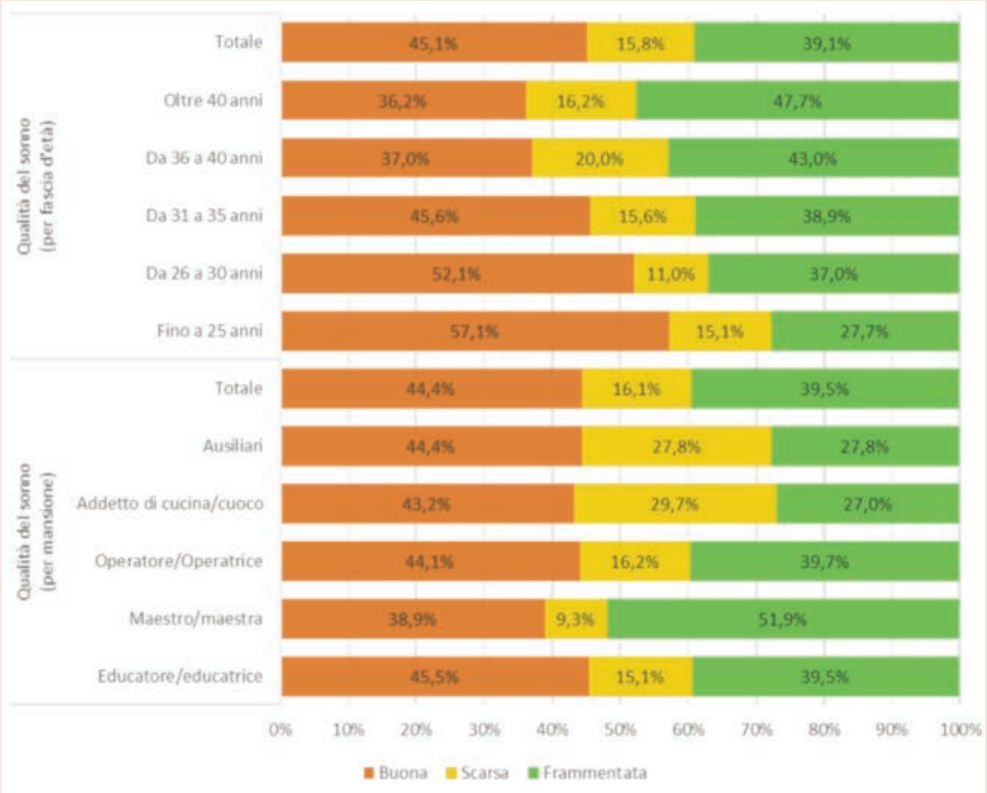
FIGURA 20: FREQUENZA DEGLI EFFETTI E SENSAZIONI DI DISAGIO VISSUTI DALLE LAVORATRICI, VALORI COMPLESSIVI

Fonte: elaborazione Fondazione Giuseppe Di Vittorio su dati Inca

do dai problemi più frequenti, che si manifestano ogni giorno, le lavoratrici hanno indicato la riduzione dell'energia e i disturbi del sonno. A questi si affiancano la sensazione di una maggiore tensione durante il lavoro e la fatica profonda, che sono i due elementi, oltre ai primi, a comparire più spesso, almeno una volta al mese, per oltre la metà delle valutazioni. Nello specifico, solo il 39,6% ha riferito di non provare una maggiore tensione durante il lavoro e il 44,3% di provare raramente fatica profonda. Sul piano opposto, i problemi meno frequenti risultano essere l'assenteismo per malattia, raro nel 95,5% dei casi, e l'aggressività, rara nel 90,8% delle valutazioni. Rari nell'80% dei casi sono anche la tendenza ad isolarsi (83,1%), la sensazione di dualità tra il restare o abbandonare il lavoro (81,8%), i disturbi neurovegetativi (80,9%) e la riduzione del sentimento di controllo (80,3%).

In generale, è possibile affermare che le distribuzioni per mansioni e fasce di età si discostano poco da quanto sintetizzato sin qui. Anche se all'aumentare dell'età tendono a crescere la sensazione di fatica profonda e nel caso delle educatrici e delle maestre tende a comparire più spesso una sensazione di riduzione della performance.

FIGURA 21: QUALITÀ DEL SONNO, PER MANSIONE E FASCIA DI ETÀ



Fonte: elaborazione Fondazione Giuseppe Di Vittorio su dati Inca

Per quanto riguarda i disturbi legati al sonno, il 45,1% delle intervistate che hanno risposto al quesito afferma di avere una buona qualità del sonno, il 15,9% lo considera, invece, di scarsa qualità e un 39,1% considera il proprio sonno frammentato. Tale disturbo diminuisce nei momenti di non lavoro nel 75,2% dei casi.

Osservando lo stesso dato dal punto di vista della mansione svolta, il sonno è più frequentemente frammentato nel caso delle maestre (51,9%) e, generalmente, per le lavoratrici nelle fasce di età più avanzate.

L'ambiente degli asili nido è caratterizzato da relazioni molto intense che si instaurano, oltre che con i bambini, con i colleghi e superiori così come con i genitori.

Le educatrici e le maestre sono maggiormente a contatto con i genitori o i responsabili dei bambini. Questo le porta anche ad essere le figure più soggette a scontri verbali con tali figure. Infatti, se nel complesso il conflitto verbale si è verificato per il 23,4% delle intervistate, la quota cresce fino al 52% nel caso delle maestre e al 24,1% nel caso delle educatrici. Lo stesso è stato rilevato per solo due operatrici intervistate (3,1%) e per nessuna delle altre figure.

Nel complesso, i rapporti con i colleghi, con il team educativo e con i superiori sono giudicati buoni per la maggior parte dei rispondenti (con una valutazione critica maggiore per quanto riguarda i superiori, espressa dal 23,6% del campione, in particolare dalle educatrici, dalle operatrici e dalle maestre). Le addette di cucina costituiscono la categoria nella quale incidono di più quante definiscono ottime le relazioni nell'ambiente di lavoro.

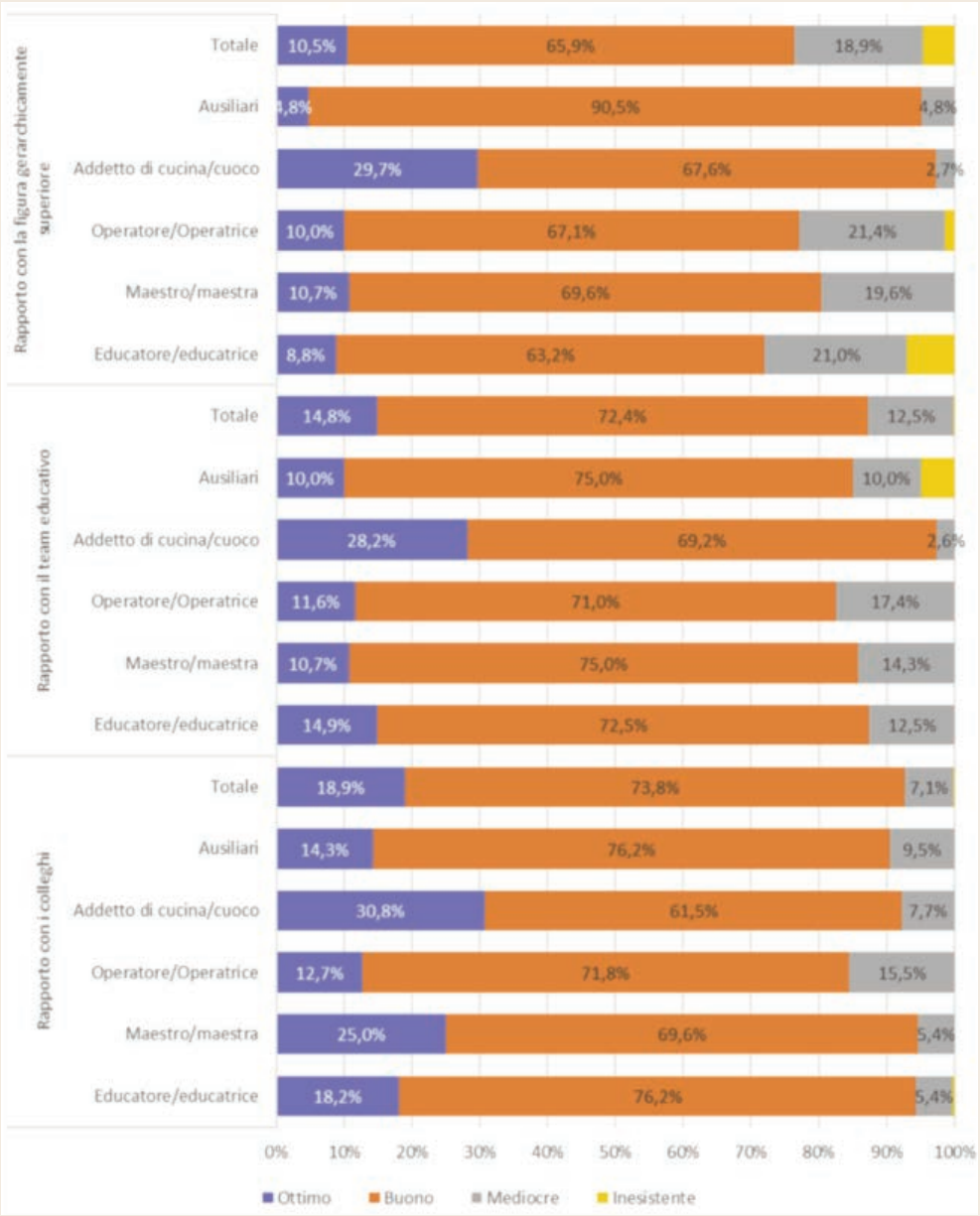
Guardando la stessa informazione per età, comunque, si ripropone il trend osservato in relazione alla soddisfazione al lavoro. I rapporti, infatti, soprattutto con i superiori, sembrano peggiorare con l'avanzare dell'età, mentre tornano a migliorare quelli con i colleghi e con il team educativo oltre i 40 anni (cfr. grafici in figura 22 e figura 23).

Infine, è da rilevare come, nonostante le difficili condizioni di lavoro emerse dall'indagine e la molteplicità di rischi psico-fisici, la gran parte delle lavoratrici si ritenga soddisfatta del proprio lavoro. Si tratta del 68,6% dei casi, a cui si deve aggiungere il 14,5% di chi si ritiene molto soddisfatto. Il 17% afferma, invece, di esserlo poco.

Rispetto a quante hanno specificato la propria mansione, la soddisfazione relativamente al lavoro svolto cresce tra le addette alla cucina (solo il 10,5% si ritiene poco soddisfatto). Le più insoddisfatte sono, invece, le ausiliarie, tra le quali l'insoddisfazione arriva al 33,3%. Il livello di insoddisfazione delle maestre, invece, è di poco superiore a quello delle educatrici (16,1% a fronte del 14,8%), ma tra le seconde è maggiore la massima soddisfazione (16,1% a fronte del 5,4%).

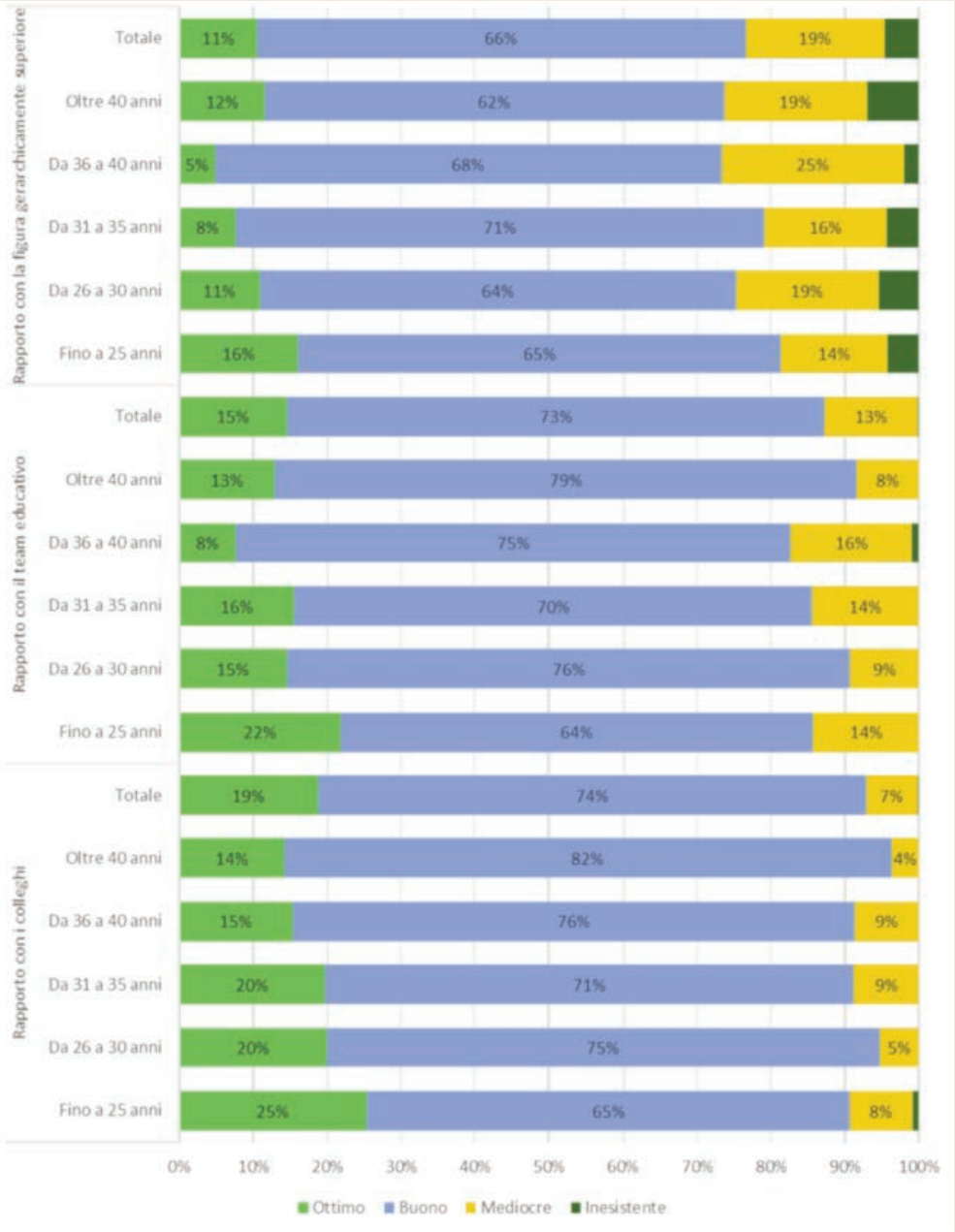
L'insoddisfazione, comunque, tende a crescere anche con l'età, partendo dal 10,2% fino al 23,8% delle lavoratrici tra i 36 e i 40 anni. Oltre i 40 anni, invece, l'insoddisfazione torna a diminuire, «rientrando» al 15,3% (cfr. figura 25).

FIGURA 22: VALUTAZIONE DEL RAPPORTO CON I COLLEGHI, CON IL TEAM EDUCATIVO E CON LA FIGURA GERARCHICAMENTE SUPERIORE PER MANSIONE SVOLTA



Fonte: elaborazione Fondazione Giuseppe Di Vittorio su dati Inca

FIGURA 23: VALUTAZIONE DEL RAPPORTO CON I COLLEGHI, CON IL TEAM EDUCATIVO E CON LA FIGURA GERARCHICAMENTE SUPERIORE PER FASCIA DI ETÀ



Fonte: elaborazione Fondazione Giuseppe Di Vittorio su dati Inca

FIGURA 24: SODDISFAZIONE RISPETTO AL LAVORO PER MANSIONE

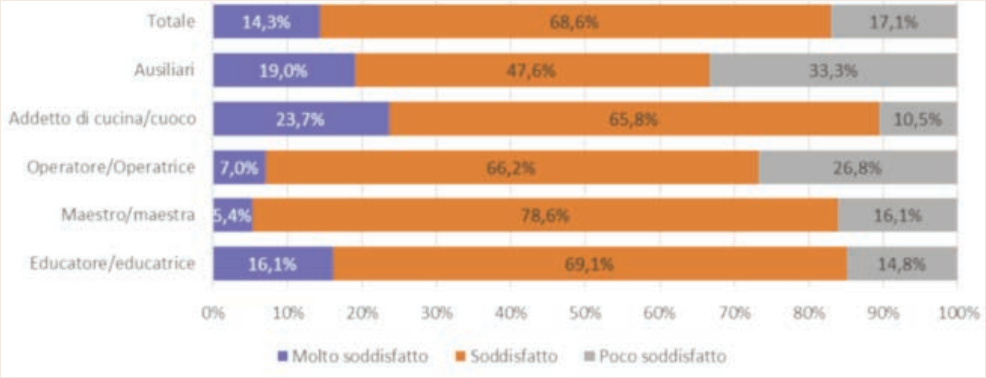
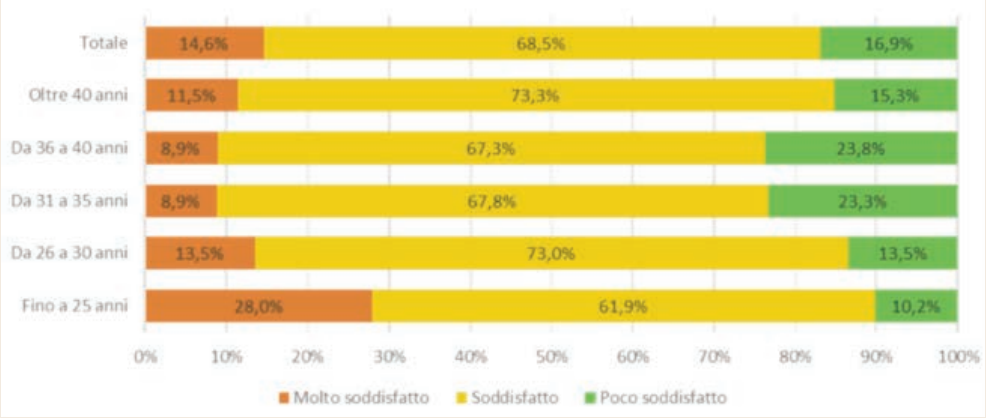


FIGURA 25: SODDISFAZIONE RISPETTO AL LAVORO PER FASCIA DI ETÀ



Fonte: elaborazione Fondazione Giuseppe Di Vittorio su dati Inca

Conclusioni

Il lavoro negli asili nido e nelle scuole dell'infanzia si caratterizza per compiti di cura ed educativi che possono essere al tempo stesso molto complessi e gratificanti. Le esperienze di lavoro sono estremamente significative per il vissuto personale delle lavoratrici e dei lavoratori e, nonostante le difficili condizioni di lavoro, non stupisce che la maggior parte di loro si ritenga soddisfatta di potere svolgere queste professioni.

D'altra parte, l'indagine ci restituisce una descrizione abbastanza critica delle condizioni di lavoro e di salute. Dai risultati emerge una presenza diffusa e diversificata di disturbi fisici, che descrivono una situazione professionale in cui possono presentarsi problemi diffusi all'apparato muscolo-scheletrico. Nella gran parte dei casi i problemi più rilevanti riguardano la schiena e le spalle e l'incidenza di questi disturbi cresce nel caso delle educatrici e delle maestre. Inoltre, è da evidenziare che il 40,6% delle rispondenti afferma di soffrire di lombalgie acute.

La compresenza di disturbi, che interessano tutto l'apparato muscolo-scheletrico, è data dalla peculiarità degli sforzi fisici a cui sono sottoposte le lavoratrici, che interagiscono con i bambini prendendoli in braccio così come inginocchiandosi. Complessivamente, il 41,6% afferma di passare oltre un quarto del tempo di lavoro con i bambini in braccio e il 63% in ginocchio o a terra. I valori crescono o diminuiscono in funzione della mansione svolta. Le educatrici, in particolare, sono maggiormente sottoposte a questo genere di condizione. Oltre la metà, il 52%, infatti, trascorre un tempo superiore a un quarto del turno con i bambini in braccio e il 75% uno stesso periodo di tempo inginocchiata.

Questi sforzi sono attuati in un contesto caratterizzato da una elevata intensità del lavoro: gli alti carichi insieme alle difficoltà nella gestione dei tempi (di conciliazione con la vita personale) sono le maggiori criticità riscontrate nell'organizzazione lavorativa secondo l'opinione delle intervistate.

Non stupisce dunque che la gran parte delle lavoratrici (il 76%) affermi che il lavoro svolto abbia avuto un impatto negativo sulla propria salute.

Oltre agli sforzi fisici, queste professioni sono esposte ad un elevato numero di rischi psico-sociali, che provocano in particolare un senso di «riduzione dell'energia», «fatica profonda» e disturbi del sonno, che interessano più della metà del campione, a cui si accompagna la sensazione di una maggiore tensione durante il lavoro.

Inoltre, emergono le difficoltà nelle relazioni con i genitori che possono portare a degli «scontri verbali», in particolare per le maestre (52%) e per le educatrici (24%).

Nel complesso, i rapporti con i colleghi, con il team educativo e con i superiori sono invece giudicati buoni per la maggior parte dei rispondenti (con una valutazione critica maggiore per quanto riguarda i superiori, espressa dal 23,6% del campione, in particolare dalle educatrici, dalle operatrici e dalle maestre).