



# **I RISCHI DA AGENTI CHIMICI NELLA PERCEZIONE DEI LAVORATORI**

**Il caso del comparto del settore sanitario  
della regione Lazio**

aprile 2008

**Responsabile Scientifico della Ricerca:**

Elena Battaglini, Responsabile Area di Ricerca Ambiente IRES

**e.battaglini@ires.it**

**Il Gruppo di Ricerca:**

Alessandro Baldaconi, Coordinatore CONTARP Lazio

**a.baldaconi@inail.it**

Simona Barca, Consulente biologo CONTARP Lazio

**s.barca@inail.it**

Paola Desiderio

Consulente chimico CONTARP Lazio

**p.desiderio@inail.it**

Daniele Di Nunzio, Sociologo IRES

**d.dinunzio@ires.it**

Stefania Macchiaroli, Medico del lavoro IRES

**stef.macc@tiscali.it**

Domenico Marcucci, Igienista industriale IRES

**domenico.marcucci@cgil.lombardia.it**

Serena Rugiero, Sociologa IRES

**s.rugiero@ires.it**

Sabrina Vagnoli, Metodologa IRES

**sabrinavagnoli@tiscali.it**

Nello svolgimento dell'intero lavoro – dalla progettazione esecutiva allo svolgimento della survey - il Gruppo di Ricerca è stato supportato dal Servizio di Prevenzione e Protezione dell'Ifo, in particolare da Franco Lufrani (Responsabile del Servizio) e da Marisa Marcucci (addetta del Servizio), che hanno collaborato nella fase di raccolta delle informazioni e della documentazione nonché nell'organizzazione delle interviste, sulla base del campione individuato.

**Il rapporto di ricerca è stato redatto da:**

Elena Battaglini: capitoli 1 e 8.

Daniele Di Nunzio: capitoli 2, 6 e 7; § 4.2, 4.5, 4.6, 4.7, 4.8, 4.9, 4.10, 4.11, 4.12 e 5.1.

Serena Rugiero: capitolo 7; § 4.3, 4.4, 4.5 e 4.8.

Sabrina Vagnoli: capitoli 3 e 6; § 4.1 e 5.2.

**I RISCHI DA AGENTI CHIMICI NELLA PERCEZIONE DEI LAVORATORI.**  
**Il caso del comparto del settore sanitario nella regione Lazio**



# Indice

Prefazione.....	i
<b>1. Il contesto teorico di riferimento e il disegno d'indagine: un'introduzione.....</b>	<b>1</b>
<b>2. Le tendenze del fenomeno infortunistico e tecnopatico nel settore sanitario .....</b>	<b>6</b>
2.1 Il settore sanitario in Italia.....	6
2.1.1 Gli infortuni sul lavoro .....	6
2.1.2 Le malattie professionali .....	9
2.2 Il settore sanitario nella Regione Lazio.....	10
2.2.1 Infortuni e malattie professionali per il settore sanitario del Lazio .....	13
<b>3. Studio di caso: l'Istituto Dermatologico San Gallicano e l'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena</b>	
3.1 Il percorso qualitativo della ricerca.....	14
3.2 Alcuni cenni storici sul contesto d'indagine.....	15
3.3 Il documento di valutazione dei rischi.....	17
3.4 La mappatura dei rischi valutati .....	29
3.5 Un punto di vista sulla sicurezza dei lavoratori: intervista al Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione (Rspp).....	34
3.6 Gli eventi infortunistici tra il 2005 e il 2006.....	41
<b>4. I risultati dell'indagine tramite questionario .....</b>	<b>45</b>
4.1 La composizione del campione .....	45
4.2 La percezione dei rischi: l'esposizione al pericolo, le paure e le condizioni di salute dei lavoratori .....	49
4.2.1 La gerarchia delle paure in ambito lavorativo: la probabilità di subire un danno alla salute per fattori connessi al lavoro .....	49
4.2.2 Esposizione a rischi di natura fisica legati all'ambiente di lavoro .....	51
4.2.3 Esposizione a rischi di natura ergonomica .....	52
4.2.4 Esposizione a rischi biologici.....	52
4.2.4 Esposizione a rischi da agenti chimici .....	53
4.2.5 Esposizione a rischi psico-sociali. ....	55
4.2.6 Il mobbing .....	57
4.2.7 Discriminazioni .....	58
4.2.8 Relazione tra percezione del rischio ed esposizione a situazioni di rischio .....	58
4.2.9 Le conseguenze del lavoro per la salute dei lavoratori .....	60
4.3 I reparti .....	65
4.3.1 L'esposizione a fattori di rischio dell'ambiente di lavoro .....	73
4.3.2 L'esposizione a fattori di rischio ergonomico.....	74
4.3.3 L'esposizione a fattori di rischio psico-sociale .....	75
4.3.4 La presenza di mobbing nel luogo di lavoro e di discriminazioni legate al genere e all'orientamento politico o sindacale.....	76
4.3.5 L'esposizione a fattori di rischio biologico .....	76
4.3.6 L'esposizione a fattori di rischio chimico.....	77
4.4 Le figure professionali .....	79
4.5 La tipologia contrattuale .....	85
4.6 L'organizzazione del lavoro .....	86
4.6.1 I tempi di lavoro .....	86
4.6.2 Il grado di autonomia .....	88
4.6.3 Il controllo esercitato sul lavoro .....	92
4.6.4 Il clima aziendale.....	94
4.6.5 Lo svolgimento del lavoro .....	96
4.7 La biografia individuale .....	101
4.7.1 Le differenze di genere .....	101
4.7.2 Le differenze legate all'età e all'esperienza lavorativa.....	103
4.8 La formazione .....	108
4.9 La conoscenza dei diritti e delle tutele. ....	116

4.10	La partecipazione e la rappresentanza sindacale.....	121
4.11	Le opinioni sui rischi professionali.....	126
4.12	Una esplorazione degli atteggiamenti dei lavoratori in ambito ospedaliero: le tipologie culturali.....	130
<b>5.</b>	<b>Una classificazione dei lavoratori secondo la percezione dei rischi: i risultati dell'analisi multivariata.....</b>	<b>135</b>
5.1	Le dimensioni della percezione del rischio.....	135
5.2	La classificazione dei lavoratori per la percezione dei rischi chimici e biologici.....	143
<b>6.</b>	<b>Analisi del focus-group.....</b>	<b>155</b>
<b>7.</b>	<b>Una sintesi dei risultati più rilevanti della ricerca.....</b>	<b>160</b>
7.1.	La percezione dei rischi e le condizioni di salute.....	160
7.2	La salute e sicurezza dei lavoratori in relazione al reparto e alle figure professionali.....	161
7.3	Il bisogno formativo sui temi della salute e sicurezza.....	163
7.4.	L'influenza della tipologia contrattuale sulle condizioni di salute e sicurezza.....	163
7.5	La salute e sicurezza dei lavoratori in relazione all'organizzazione del lavoro.....	164
7.6	La salute e sicurezza dei lavoratori in relazione alla biografia individuale.....	166
7.7	Informazioni su diritti e tutele.....	168
7.8	La rappresentanza.....	168
7.9	La tipologia culturale.....	169
7.10	L'analisi multivariata: la percezione dei rischi chimici e biologici.....	170
<b>8.</b>	<b>Raccomandazioni di policy.....</b>	<b>171</b>

## Prefazione

Di Antonio Napoletano  
Direttore Regionale INAIL Lazio

La Direzione Regionale INAIL Lazio e l'IRES (Istituto Ricerche Economiche Sociali) hanno sottoscritto nel 2006 un protocollo di intesa nell'ambito del Progetto "Il Rischio da Agenti Chimici nella percezione dei lavoratori – Il caso di comparto del Settore Sanitario nella Regione Lazio".

Il progetto ha esplorato il settore, studiandone la percezione del rischio chimico, l'analisi delle tipologie dei lavoratori esposti e la formazione degli operatori.

Una simile iniziativa ben si inserisce nel quadro delle **funzioni istituzionali dell'INAIL** che, a seguito del decreto legislativo n. 38/2000, ha riposizionato la propria missione, dando un forte impulso all'attività di prevenzione attraverso un'adeguata azione d'informazione, formazione e assistenza, e mettendo a punto sistemi di registrazione dei rischi espositivi e delle patologie professionali, nonché sistemi di sorveglianza dei rischi e dei danni da lavoro.

Rilevante è il ruolo che l'INAIL attribuisce all'**assistenza integrata al lavoratore infortunato**, procedendo sin da prima dell'evento in via prevenzionale; provvedendo poi, al momento dell'evento, alla erogazione delle prestazioni; intervenendo infine, con la protesizzazione, la riabilitazione e, da ultimo, il reinserimento nella attività lavorativa e sociale. L'efficacia dell'INAIL nel garantire un'adeguata tutela al lavoratore in caso di infortunio è testimoniata nella presente ricerca dalla fiducia che ripongono verso l'Istituto gli intervistati.

In tale contesto il contributo della Direzione regionale è stato non solo economico, ma di integrazione alla specializzazione dei ricercatori dell'IRES.

In particolare la Direzione Regionale Lazio dell'INAIL si apre concretamente all'esterno per fornire la conoscenza delle potenzialità delle proprie strutture e per assicurarsi il contributo e la collaborazione di quanti hanno a cuore lo sviluppo di un efficiente servizio di tutela infortunistico-ambientale nella interpretazione più ampia del termine.

Oggetto della ricerca è – lo si è detto - **il rischio** quale si manifesta nel peculiare settore osservato. Esso è connesso ad ogni attività umana e, nel linguaggio comune, è spesso usato come sinonimo di **probabilità** di una perdita o di un pericolo.

Nella **valutazione del rischio professionale** il concetto di rischio combina la probabilità del verificarsi di un evento con l'impatto che questo evento potrebbe avere con le sue differenti circostanze di accadimento.

L'ospedale costituisce una struttura lavorativa particolare in cui gli aspetti di sicurezza ambientale, del lavoro, e delle prestazioni cliniche sono fortemente correlati e necessitano di un approccio integrato tanto nella valutazione che nella gestione del rischio. Relativamente alla **percezione**, nonché alla **gestione del rischio chimico nel settore sanitario**, le principali problematiche riscontrabili, sono dovute a:

- diverse modalità di esposizione (legate alla variabilità delle procedure, delle sostanze, del tipo di assistenza da dover prestare,...);
- multi esposizione;
- basse dosi;
- organizzazione del lavoro (turni, rapido turn-over, attività didattica, alti livelli di professionalità, ecc...).

Inoltre, il rischio spesso si associa a:

- una bassa percezione dello stesso,
- fenomeni di frammentazione e decentramento delle competenze e delle responsabilità gestionali.

La valutazione della esposizione professionale si incentra, soprattutto, sulla gestione dei tempi di esposizione, in maniera da **limitare nel tempo** (ove possibile) la esposizione stessa, **gestire e controllare l'entità di esposizione** a livelli ragionevolmente bassi. In tali termini si rende necessario applicare tutte le norme di prevenzione a disposizione per aumentare sempre più il controllo dell'esposizione, tramite anche la sorveglianza sanitaria, prevenendo in tal modo gli effetti nocivi conseguenti all'esposizione agli agenti chimici nel settore sanitario.

Per molti dei problemi aperti negli ambienti di lavoro non si tratta ormai più di rafforzare le attività del segmento di *Risk Assessment* (conoscenza e valutazione dei rischi) ma di agire su quello del *Risk Management* (gestione e contenimento del rischio da parte dell'azienda). Questo coincide esattamente con le necessità organizzative delle moderne strutture sanitarie, particolarmente per il rischio chimico, in cui le fonti di rischio sono chiaramente identificate (gas anestetici, chemioterapici antitumorali, sterilizzanti e disinfettanti, detergenti, agenti chimici utilizzati nei laboratori...), le caratteristiche di pericolo sono documentate da anni ma l'esposizione al rischio richiede una gestione delle condizioni lavorative, dell'organizzazione del lavoro e della dimensione igienistica ambientale che rientra pienamente nei compiti propri del Risk management.

In questo contesto si inserisce pertanto la **sorveglianza sanitaria**, come strumento utile per il raggiungimento degli obiettivi di salubrità ambientale ed il controllo del loro mantenimento.

Nel caso in cui l'entità del rischio chimico residuo sia non trascurabile, secondo quanto previsto dalla normativa vigente, l'esecuzione della sorveglianza sanitaria, per

esempio, consente in prima battuta di prevenire il decorso negativo di eventi morbosi con l'individuazione allo stato precoce di effetti negativi per la salute, grazie allo strumento del monitoraggio biologico. Infatti, la valutazione sistematica dello stato di salute dei lavoratori, attraverso le visite periodiche di sorveglianza sanitaria, consente di identificare casi di malattia (c.d. "eventi sentinella") la cui presenza allerta il medico competente sulla necessità dell'innalzamento dei sistemi di protezione aziendali adottati anche dagli altri lavoratori, al fine di evitare lo svilupparsi della stessa patologia.

Non è poi da dimenticare come la sorveglianza sanitaria possa configurare l'esigenza di una valutazione dell'incidenza di eventuali patologie correlate al lavoro (da alcuni indicata come **sorveglianza epidemiologica**) sia attraverso l'analisi dei dati sanitari correnti raccolti a livello di gruppo, sia attraverso il confronto tra gruppi omogenei a livello di esposizione, relativamente all'incidenza di alterazioni di indicatori di effetto biologico.

La **normativa italiana** in tema di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro ha sempre dato alla tematica della esposizione al rischio chimico ampio spazio. Negli ultimi anni, in particolare, una serie di disposti hanno fornito ulteriori specifiche istruzioni che sono, comunque, ancora oggetto di dibattito tra gli operatori del settore, tra i quali sono annoverati il decreto legislativo n. 25/2002, in attuazione della direttiva EC/24/98, che integra il decreto n. 626/1994. Con il citato decreto la valutazione del rischio chimico viene disposta in tutte le attività lavorative, distinguendo, *in primis*, tra quelle a rischio moderato e quelle a rischio non moderato. Con la prima definizione si vogliono escludere da adempimenti troppo specifici quelle realtà produttive nelle quali la presenza di agenti chimici è limitata per quantità o pericolosità.

La valutazione del rischio chimico, in generale, è codificata dai decreti legislativi n. 52/97 per le sostanze e n. 65/03 per i preparati (che ha abrogato il decreto legislativo n. 285/98), secondo i quali gli agenti chimici vengono suddivisi in base alle loro caratteristiche di pericolosità. Recentemente è stato pubblicato il regolamento REACH concernente la registrazione, la valutazione, l'autorizzazione e la restrizione delle sostanze chimiche, entrato in vigore il 1° gennaio 2007. Le caratteristiche di ogni sostanza sono riportate nelle schede di sicurezza, strumento purtroppo spesso trascurato, e nelle etichette i cui pittogrammi, insieme alle frasi di rischio e di prudenza, evidenziano la pericolosità dell'agente in questione.

Da quanto appena esposto consegue come una delle prime e più importanti misure di prevenzione per il rischio chimico sia la **formazione degli operatori**, in modo che questi siano in grado di rilevare dalle etichette e dalle schede di sicurezza i rischi connessi con l'utilizzo di determinati agenti chimici e di mettere in atto le procedure adeguate per lavorare in sicurezza.

In ambito sanitario, spesso, vi è una forte percezione del rischio biologico, ma non mancano ambienti ed occasione in cui la esposizione al rischio chimico possa risultare significativa. Di fatto gli agenti chimici utilizzati nelle strutture sanitarie – quali, ad

esempio, i solventi ed i reagenti utilizzati nei laboratori di analisi - sono tali da ricoprire quasi tutte le caratteristiche di pericolosità su citate.

In definitiva la sinergia posta in essere tra le professionalità della Consulenza tecnica rischi professionali e prevenzione della Direzione regionale Lazio dell'INAIL ed i ricercatori dell'IRES è stata determinante per il conseguimento dei **risultati dell'indagine** che documentano la necessità di affrontare la problematica della percezione del rischio al fine di determinare nei lavoratori la consapevolezza che il lavoro deve necessariamente essere coniugato a tutti gli aspetti della salute al fine di prevenire i danni da lavoro.

La scelta della sperimentazione, ovvero **il luogo di "campionamento/indagine"**, è ricaduta sull'Istituto Regina Elena di Roma dove sono rappresentate la maggioranza delle figure professionali, unitamente all'intera varietà delle tipologie contrattuali - decisione che è risultata pienamente funzionale alla comprensione del fenomeno oggetto di indagine.

Sono state effettuate circa 200 interviste in 5 reparti, caratterizzati dalla presenza di fattori di nocività di natura chimica qualificata rilevante (Laboratorio analisi, Medicina nucleare, Preparazione antiblastici, Rianimazione e Sala operatoria) e 100 interviste in reparti caratterizzati dai predetti fattori di minor rilevanza (Ambulatori di riabilitazione, Centro Prelievi Degenze, Neurochirurgia Gastroenterologia endoscopica Senologia).

Le interviste sono state svolte in maniera tale da poter coprire tutte le figure professionali che operano all'interno dell'ospedale, da quelle che sono presenti con maggior continuità e frequenza (medici, infermieri professionali, ausiliari) a quelle che operano in più reparti (operatori tecnici addetti all'assistenza (OTA), allievi infermieri, manutentori, addetti alle pulizie tecnici (es. radiologia), volontari, personale religioso, mediatori culturali (operano principalmente all'Istituto San Gallicano- struttura sanitaria dove pure è stato condotto lo studio di caso - , ma in alcuni casi sono presenti anche all'Istituto Regina Elena).

Si precisa, inoltre, che le interviste sono state effettuate in modo tale da coprire anche tutte le tipologie contrattuali che operano all'interno dell'ospedale:

- lavoratore a tempo indeterminato
- lavoratore a tempo determinato
- lavoratore in collaborazione
- addetto di aziende esterne
- tirocinante/allievo,

Si è infine tenuto conto anche dell'età dell'intervistato (cercando di coprire tutte le fasce di età), nonché del sesso (affinché le interviste fossero egualmente distribuite tra maschi e femmine).

La metodologia utilizzata (*face to face*) ha fornito l'opportunità di "individuare alcune rilevanti evidenze empiriche", che non solo sono risultate utili per una migliore

comprensione delle condizioni di salute e sicurezza dei lavoratori in ambito sanitario/ospedaliero, ma che hanno anche evidenziato l'indissolubile legame fra formazione dell'operatore e conoscenza ed uso dei dispositivi di sicurezza individuali, da un canto, e organizzazione del lavoro, dall'altro.

L'orizzonte si apre pertanto su una formazione che, piuttosto che accentrare tutto sull'operatore, sia in grado di valorizzare una percezione più sostenibile del rischio, coinvolgendo l'organizzazione e l'ambiente di lavoro nel suo complesso, al fine di non schiacciare il singolo lavoratore con la responsabilità della gestione del rischio.



# 1. Il contesto teorico di riferimento e il disegno d'indagine: un'introduzione

Il lavoro che qui presentiamo ha come oggetto l'analisi delle modalità di percezione dei rischi da agenti chimici e i bisogni di informazione dei lavoratori del settore sanitario, al fine di promuovere efficaci misure di prevenzione e tutela delle condizioni di lavoro proprio nei luoghi deputati alla sicurezza dei cittadini: gli ospedali.

Tra gli agenti pericolosi per la salute e la sicurezza, a eccezione del rumore e delle vibrazioni o di sostanze che si caratterizzano per il loro odore caratteristico o per l'effetto immediatamente irritante per il corpo, è difficile che un individuo, e un operatore sanitario in particolare, si accorga di essere esposto ad agenti chimici, cancerogeni o biologici, a meno che non ne conosca il pericolo. Proprio perché tali rischi non sono percepibili ai sensi umani, essi possono essere affrontati e gestiti solo se i lavoratori siano consapevoli della loro esistenza: "[...] poiché i rischi sono rischi nel sapere, la percezione dei rischi e i rischi stessi coincidono, sono un'unica e medesima cosa."<sup>1</sup>

Nell'epoca che stiamo vivendo, nella "società del rischio", è centrale il problema della sicurezza che si tenta di "controllare" attraverso la razionalità del calcolo matematico, della dimostrazione causale, degli approcci accentuatamente positivisticici che concepiscono l'agire sociale come frutto di comportamenti perfettamente razionali.

La *risk assessment* tradizionale, infatti, postula l'esistenza di un attore sociale, il lavoratore, assunto come "figura astratta", che confrontandosi con i rischi, valuta le alternative decisionali sulla base di un set di informazioni date e sceglie in base ad una funzione di utilità e al calcolo probabilistico delle conseguenze attese delle sue azioni. Un approccio, questo, che tenta di "controllare" il rischio attraverso la razionalità della statistica e della dimostrazione monocausale.

Nel caso della prevenzione dei rischi sul luogo di lavoro, specie in presenza di agenti di rischio non percepibile ai sensi, l'impostazione della *risk assessment* tradizionale non tiene conto delle relazioni esistenti tra il contesto lavorativo e le valutazioni proprie del lavoratore esposto ai rischi. Le procedure di sicurezza, sempre più standardizzate, di fatto, sottraggono alle relazioni industriali molte delle tematiche della prevenzione con degli effetti negativi sia per i lavoratori che per le imprese. Molte ricerche condotte sugli esiti di alcuni incidenti sul lavoro, testimoniano che la vulnerabilità dei sistemi produttivi deriva proprio da procedure troppo

---

<sup>1</sup> U. Beck, 1986, *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*, Frankfurt, Suhrkamp Verlag; tr. it. *La Società del rischio*, Roma, Carocci, 2001, p. 73.

standardizzate, rigide, che sono deresponsabilizzanti per il lavoratore e che non consentono di fronteggiare gli imprevisti.

Mettendo in discussione i limiti della *risk assessment* tradizionale, le scienze sociali che si sono occupate del rischio - come la sociologia, la scienza politica, l'antropologia culturale e la psicologia sociale - pongono al centro delle proprie analisi l'esperienza umana del rischio stesso e, quindi, la sua percezione sociale come fattore determinante del pensare e dell'agire politico<sup>2</sup>.

L'adozione di questa prospettiva teorica ci ha portato a orientare la nostra ricerca all'interno della teoria culturale del rischio che fa perno sugli studi di Mary Douglas. Nel contesto del suo approccio "griglia/gruppo", che è al contempo anche un *framework* teorico, Douglas<sup>3</sup> studia i rapporti tra individuo e società nel quadro della cultura di riferimento e, nel suo notissimo studio su *Risk and Culture*<sup>4</sup> scritto con Aaron Wildavski, giunge a formulare un'interessante teoria del rischio. Individuato e percepito diversamente da individui, gruppi e istituzioni in maniera corrispondente alla propria differente collocazione sociale ed adesione culturale, il rischio si presenta, nelle analisi dell'autrice e della sua scuola, come prodotto di una costruzione sociale, sintesi della soggettività (e della libertà) dell'individuo e dei vincoli posti dal suo relazionarsi con "l'altro da sé" individuale o collettivo.

Alla luce della nostra esperienza d'analisi a contatto con i luoghi di lavoro e con le politiche di prevenzione, abbiamo preferito adottare questa prospettiva interpretativa in modo da integrarla alla *risk assessment* tradizionale. Il modello di valutazione dei rischi proposto dall'IRES nel lavoro di analisi che qui presentiamo, in sostanza, sottolinea la centralità del lavoratore con i suoi valori e i suoi bisogni che interagiscono con le variabili interne ed esterne all'impresa. La percezione del rischio del lavoratore riteniamo sia, infatti, il risultato delle relazioni dinamiche tra la soggettività e la cultura dei lavoratori con le variabili inerenti al sistema contrattuale, alle relazioni, alla caratterizzazione strutturale e dimensionale di impresa, alla caratterizzazione occupazionale, ai fattori inerenti l'organizzazione del lavoro a loro volta condizionati dalle variabili esterne all'impresa: la caratterizzazione socio-economica del territorio, il contesto normativo e istituzionale, la caratterizzazione della domanda e del mercato.

L'intero lavoro d'analisi fa perno sulla salute e la sicurezza del lavoro. Questo concetto, nella ricerca, viene da noi declinato in termini di 'benessere organizzativo' che consideriamo in senso integrato, e cioè relativo alle imprese e ai lavoratori, nonché

---

<sup>2</sup> Per un'ampia trattazione di questi nuovi orientamenti nelle scienze sociali vedi F. Beato, 1998, *Le teorie sociologiche del rischio*, in P. De Nardis (a cura di), *Le nuove frontiere della sociologia*, Roma, Carocci, pp. 343-384.

<sup>3</sup> M. Douglas, 1970, *Purity and danger. An analysis of concepts of pollution and taboo*, Harmondsworth, Penguin Books; tr. it. *Purezza e pericolo*, Bologna, Il Mulino, 1993.

<sup>4</sup> M. Douglas, A. Wildavski, 1982, *Risk and culture: an essay on the selection of technological and environmental dangers*, Berkeley, University of California Press.

fattore di efficienza e, per alcune tipologie di imprese, di competitività<sup>5</sup>. L'adozione di questa prospettiva interpretativa consente il superamento della stretta dicotomica che in molti studi oppone l'individuo all'organizzazione, per evidenziare, invece, l'importanza delle percezioni del lavoratore nel relazionarsi dinamicamente con i contesti lavorativi. A differenza degli approcci tradizionali all'organizzazione del lavoro (odl), che prestano maggiore attenzione ai dati strutturali del contesto lavorativo, il concetto di benessere organizzativo deriva dalla dinamica convivenza tra lavoratori e odl in relazione alle variabili culturali, nonché socio-economiche, dei processi e delle pratiche organizzative. Di conseguenza, in riferimento al benessere organizzativo, in sede di progettazione abbiamo considerato le seguenti dimensioni:

- 1) ambiente di lavoro salubre, confortevole e accogliente;
- 2) direzione strategica che pone obiettivi espliciti e chiari e manifesta coerenza tra enunciati e prassi operative;
- 3) riconoscimento e valorizzazione delle competenze e degli apporti dei dipendenti stimolando nuove potenzialità;
- 4) adozione di procedure partecipative e informative;
- 5) adozione di tutte le azioni e le migliori tecnologie disponibili per prevenire gli infortuni e i rischi professionali;
- 6) qualità della comunicazione e stile di lavoro franco e collaborativo;
- 7) attitudine al *problem-solving*;
- 8) equità di trattamento retributivo, di assegnazione di responsabilità, di promozione del personale;
- 9) stimolo del senso di utilità sociale degli addetti;
- 10) apertura all'ambiente esterno e all'innovazione tecnologica e culturale;
- 11) coinvolgimento nel lavoro e nell'organizzazione;
- 12) attenzione alle relazioni interpersonali e al clima relazionale.

Oggetto del nostro studio è un'impresa particolare, l'ospedale. E' questo il luogo in cui si persegue la sicurezza per vocazione, dove vige costantemente lo stato di allerta per i pericoli, dove le sostanze chimiche e biologiche sono percepite quasi esclusivamente come positive proprio perché in grado di salvare vite umane. Ma è proprio questo contesto a determinare pericoli diffusi per gli operatori se non per gli stessi pazienti.

---

<sup>5</sup> Un'efficace analisi del percorso storico e dei paradigmi di studio del concetto di qualità del lavoro è svolta da F. Avallone, M. Bonaretti (a cura di), 2003, *Benessere Organizzativo. Per migliorare la qualità del lavoro nelle amministrazioni pubbliche*, Soveria Mannelli, Rubettino Editore.

Sulla base di dati e riflessioni legate alla specializzazione ospedaliera, nonché alla caratterizzazione della struttura e degli addetti, per condurre il nostro lavoro empirico è stato selezionato il complesso ospedaliero dell'IFO – Istituti Fisioterapici Ospitalieri - costituito dall'Istituto Dermatologico San Gallicano e dall'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena.

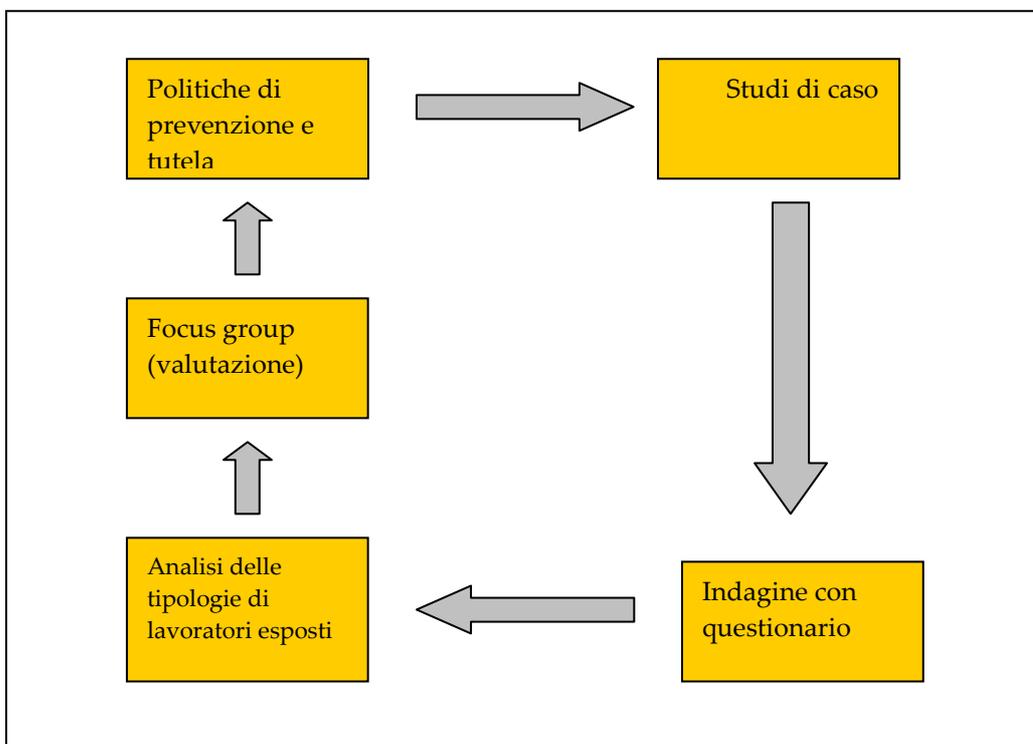
Al fine di aderire più compiutamente ai fenomeni oggetto di studio e indirizzare il lavoro - fin dall'inizio - a ipotesi applicative in materia di prevenzione, abbiamo voluto costituire un Gruppo di Ricerca composto anche da ricercatori INAIL e, più precisamente, della CONTARP Lazio, oltre che dai nostri ricercatori.

Nel corso del lavoro di analisi, esso ha avuto le seguenti funzioni:

- 1) definire e discutere le ipotesi di lavoro;
- 2) effettuare in itinere il monitoraggio del progetto approvato;
- 3) discutere e validare i risultati d'analisi.

Fin dalla sua progettazione e disegno, abbiamo voluto che la ricerca si caratterizzasse esplicitamente come indagine empirica applicativa, vale a dire come indagine esplicitamente finalizzata alla sfera della soluzione del problema dell'inadeguata conoscenza e consapevolezza del rischio da agenti chimici da parte dei lavoratori ospedalieri. I risultati conoscitivi prodotti sono, infatti, strumentali alla valutazione di obiettivi di strategie e politiche di prevenzione e tutela.

L'intero percorso d'analisi ha previsto tecniche sia qualitative che quantitative e ha avuto il seguente andamento:



Al fine di studiare in profondità la caratterizzazione del contesto ospedaliero e dei reparti da indagare, nonché gli atteggiamenti e i comportamenti che i lavoratori sanitari esprimono in relazione alle fonti di rischio alle quali sono soggetti, abbiamo condotto degli studi di caso nelle due strutture dell'IFO. Essi si sono basati sullo studio del "Documento di Valutazione dei Rischi" del complesso ospedaliero e su interviste a testimoni qualificati (RSPP, lavoratori, stakeholders). Questa fase ha avuto, inoltre, la funzione di costruire lo strumento d'indagine da utilizzare nella fase successiva.

L'inchiesta, prevista nella seconda fase, ha avuto l'obiettivo principale di rilevare la condizione strutturale, la cultura, le informazioni su diritti e tutele e i comportamenti che i lavoratori dei reparti individuati esprimono in relazione alle fonti di rischio alle quali sono soggetti. Queste variabili sono state, poi, rapportate alla struttura e alla dimensione aziendale, alla caratterizzazione dell'organizzazione del lavoro, alla tipologia contrattuale e al sistema di relazioni interne. Con l'elaborazione dei dati e in base alle variabili risultate rilevanti ed esplicative, sono stati identificati i profili-tipo dei lavoratori esposti al rischio da agenti chimici e delle loro modalità di percezione, valutazione ed intervento da cui è discesa la progettazione della terza fase del progetto consistita nella conduzione di un focus group.

Coinvolgendo diversi stakeholders dei processi analizzati, il focus ha avuto come obiettivo la valutazione delle ipotesi di strategie e politiche di intervento, prevenzione e tutela dei rischi a cui sono esposte le varie tipologie di lavoratori, individuate sulla base delle analisi effettuate.

Il Rapporto di ricerca, che qui presentiamo, costituisce l'esito di tale percorso di analisi e raccoglie le elaborazioni e le ipotesi conclusive che saranno oggetto di ulteriori riflessioni. Queste ultime, infatti, daranno avvio al lavoro necessario per la predisposizione di alcune linee guida in materia di prevenzione dei rischi, da rivolgere agli operatori del sistema sanitario.

Il Rapporto - corredato dall'analisi delle attuali tendenze infortunistiche nel settore sanitario - è strutturato in modo da mettere in evidenza i risultati di ogni singola fase del percorso: la fase qualitativa, quella quantitativa nelle sue diverse modalità di analisi, la valutazione finale.

Nello svolgimento dell'intero lavoro d'analisi, il gruppo di ricerca è stato supportato dal Servizio di Prevenzione e Protezione dell'Ifo, in particolare da Franco Lufrani (Responsabile del Servizio) e da Marisa Marcucci (addetta del Servizio), che hanno collaborato nella fase di raccolta delle informazioni, della documentazione e nell'organizzazione delle interviste, sulla base del campione individuato. Il loro lavoro e la loro grande disponibilità è stata preziosa e per questo gliene siamo infinitamente grati.

## 2. Le tendenze del fenomeno infortunistico e tecnopatico nel settore sanitario

### 2.1 Il settore sanitario in Italia

L'analisi dei dati Inail mostra quanto sia rilevante il problema della tutela della salute e della sicurezza tra i lavoratori del settore sanitario, sia per il tendenziale aumento dei casi d'infortunio e di malattia professionale (in controtendenza rispetto a un dato decrescente a livello nazionale); sia per la gravità delle conseguenze (mediamente più gravi rispetto al resto dei Servizi); sia per l'aumento delle denunce di malattia avvenuto nel corso degli ultimi anni.

In particolare la regione Lazio, e in questa la città di Roma, risulta un contesto d'indagine di notevole importanza, sia per la consistenza della forza lavoro impiegata nel settore, sia per la gravità del fenomeno infortunistico e tecnopatico.

#### 2.1.1 Gli infortuni sul lavoro

Nel settore "sanità e servizi sociali", secondo gli ultimi dati INAIL, sono stati denunciati 35.302 infortuni nel 2006, pari al 3,8% del totale complessivo. Questo settore si caratterizza per un aumento dello 0,6% rispetto all'anno precedente, registrando una controtendenza rispetto all'andamento generale (-1,3% considerando i lavoratori di tutti i settori). Rispetto al 1999 gli infortuni nel settore sanitario sono addirittura aumentati del 50,7%. In aumento anche gli infortuni mortali, che sono stati 27 nel 2006, quasi il doppio rispetto quelli avvenuti negli ultimi due anni (erano 17 nel 2004 e 14 nel 2005).

Tav. 1 - Infortuni nel settore sanitario, Servizi, 1999-2006

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Sanità e servizi sociali	23.427	25.472	28.655	32.648	32.973	34.036	35.096	35.302

Fonte: Inail, 2007

La frequenza relativa d'infortunio nel settore sanitario è superiore alla media dei Servizi, con 25,7 casi ogni mille addetti contro 22,16. Rispetto la media totale invece il

---

<sup>6</sup> La frequenza relativa (x 1000 addetti) è il rapporto tra eventi lesivi indennizzati (integrati per tenere conto dei casi non ancora liquidati) e numero degli esposti.

settore registra livelli più bassi, poiché nell'industria si concentrano i settori più rischiosi per i lavoratori.

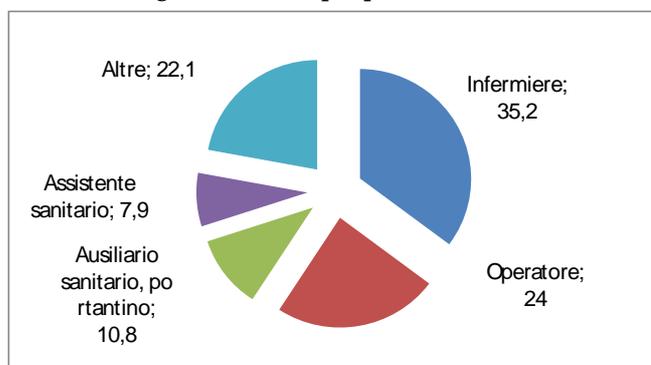
Tav 2 - Frequenza relativa (per 1.000 addetti), media triennio 2002-2004

Settori di Attività Economica	Tipo di conseguenza			Totale
	Inabilità temporanea	Inabilità permanente	Morte	
Alberghi e ristorazione	36,80	1,12	0,03	37,95
Trasporti	34,11	2,01	0,12	36,24
Interm. Finanz.	2,88	0,21	0,01	3,09
Att. Immobiliari	19,28	0,80	0,03	20,11
Pubblica amministr.	16,40	0,73	0,01	17,15
Istruzione	9,53	0,42	0,01	9,96
<b>Sanità</b>	<b>24,96</b>	<b>0,75</b>	<b>0,01</b>	<b>25,72</b>
Serv. Pubblici	25,01	1,20	0,03	26,24
Media Servizi	21,1	0,9	0,0	22,1
Media Industria e Servizi	29,78	1,52	0,06	31,35

Fonte: Inail, 2007

Se analizziamo la distribuzione dei casi di infortunio per professione osserviamo che sono il maggior numero di casi è dichiarato dagli infermieri (il 35,2% del totale degli infortuni), seguiti dagli operatori (24,0%), dagli ausiliari sanitari e i portantini (10,8%), gli assistenti sanitari (7,9), mentre il restante 22,1% dei casi è subito da professionalità non meglio specificate<sup>7</sup>.

Fig. 1 - Infortuni per professione, settore sanitario, 2001



Fonte: *Dati Inail*, Gennaio 2003, p. 2

<sup>7</sup> Ortolani G., "Indaco, il colore della sicurezza in ospedale", *Dati Inail*, Gennaio 2003, p.2.

Per le lavoratrici il settore sanitario si presenta come ad altissimo rischio: su 35,302 infortuni in totale ben 25,713 sono denunciati da donne (il 73,0%), anche in conseguenza della loro elevata presenza tra gli occupati (nel complesso Istruzione, Sanità e altri servizi il 67,0% degli occupati sono donne; fonte: Istat, 2006).

In questo settore si concentra ben il 12,0% degli infortuni denunciati da lavoratrici, (25.713 infortuni su 249.417 subiti dalle lavoratrici nel 2006). Questa percentuale è in aumento in relazione alla crescita del numero di occupati di sesso femminile impiegati in questo settore.

Gli infortuni si concentrano nelle classi di età centrali, e la metà avvengono ai danni di lavoratori tra i 35 e i 49 anni.

**Tav. 3 - Infortuni per classe di età, settore sanitario, 2006**

	Fino a 17	18-34	35-49	50-64	Oltre 64	Non determinata	Totale
Sanità e servizi sociali	20	9566	17594	8029	81	12	35302
val. %	0,1	27,1	49,8	22,7	0,2	0,0	100,0

Fonte: Inail, 2007

Il 9,1% degli infortuni coinvolge lavoratori extracomunitari.

Gli infortuni in itinere in questo settore sono in leggero aumento nel 2006 (5.556 denunce nel 2006; +0,9% rispetto al 2005).

## 2.1.2 Le malattie professionali

Nel settore sanità il numero di malattie professionali denunciate dai lavoratori ha subito un forte aumento tra il 2002 e il 2005, mentre l'ultimo anno si registra un'inversione di tendenza, con il 18,9% di casi in meno rispetto l'anno precedente.

**Tav 4 - Malattie professionali nel settore Sanità. ITALIA**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Settore Sanità	333	327	409	390	517	535	434
Tutti i settori	24.761	27.131	25.522	23.898	25.098	24.944	24.790
% degli infortuni in ambito sanitario sul complesso dei settori	1,34	1,21	1,60	1,63	2,06	2,14	1,75
Variazione del settore Sanità rispetto l'anno precedente	-	-1,8	25,1	-4,6	32,6	3,5	-18,9
Variazione Industria e Servizi rispetto l'anno precedente	-	9,6	-5,9	-6,4	5,0	-0,6	-0,6

Fonte: Inail, 2007

## 2.2 Il settore sanitario nella Regione Lazio

Il settore sanitario è un settore fondamentale nell'ambito del mercato del lavoro italiano. Questo settore occupa 1.444.219 lavoratori, ovvero il 7,5% su un totale nazionale per tutti i settori di industria e servizi (19.410.556 addetti).

Del totale degli addetti nella sanità ben il 9,7%, una quota molto rilevante, opera nel Lazio.

**Tav. 5 - Addetti. Sanità e altri servizi sociali. 2001**

Italia	1.444.219
Lazio	139.472

Fonte: Istat, *Censimento Industria e Servizi*, 2001

Considerando solamente gli istituti di cura abbiamo 634.065 lavoratori, di cui ben l'11,2% nel Lazio, che dopo la Lombardia è la seconda regione per importanza nel settore sanitario, e che si caratterizza per una crescita costante degli operatori, aumentati del 6,2% dal 1999 al 2002.

**Tav. 6 - ISTITUTI DI CURA - posti letto ordinari, degenze, giornate di degenza e personale per regione ANNO 2002**

	Istituti	Posti letto ordinari	Degenze	Giornate di degenza	Medici	Personale sanitario ausiliario	Altro personale	Totale personale
Piemonte	88	18.893	530.700	5.158.595	8.684	21.689	20.538	50.911
Valle d'Aosta	1	434	14.317	134.354	213	543	422	1.178
Lombardia	127	41.076	1.523.096	11.332.959	19.239	49.623	46.982	115.844
Trentino-Alto Adige	34	4.516	151.767	1.179.990	1.613	5.637	5.848	13.098
<i>Bolzano-Bozen</i>	15	2.429	90.105	681.285	830	2.917	3.083	6.830
<i>Trento</i>	19	2.087	61.662	498.705	783	2.720	2.765	6.268
Veneto	95	20.338	654.487	5.725.513	8.153	24.382	16.778	49.313
Friuli-Venezia Giulia	24	5.655	163.482	1.308.168	2.261	7.301	6.086	15.648
Liguria	29	7.935	261.967	2.094.243	3.163	8.285	6.699	18.147
Emilia-Romagna	83	19.104	640.952	5.344.755	8.695	22.043	15.587	46.325
Toscana	79	15.744	516.793	4.028.421	6.843	18.326	12.758	37.927
Umbria	16	3.048	126.041	836.322	1.787	3.920	2.652	8.359
Marche	52	6.750	222.551	1.663.156	2.801	7.624	5.262	15.687
<b>Lazio</b>	<b>198</b>	<b>29.011</b>	<b>876.724</b>	<b>8.389.081</b>	<b>14.164</b>	<b>30.236</b>	<b>26.410</b>	<b>70.810</b>
Abruzzo	35	5.826	245.475	1.692.071	2.419	6.613	4.821	13.853
Molise	9	1.531	61.800	461.182	720	1.439	1.051	3.210
Campania	144	19.846	859.655	5.568.643	11.231	21.468	18.417	51.116
Puglia	102	16.178	742.506	4.564.239	7.197	16.301	13.313	36.811
Basilicata	10	2.408	82.092	558.858	930	2.457	1.690	5.077
Calabria	75	8.362	322.368	2.215.663	4.046	8.138	7.131	19.315
Sicilia	131	19.585	877.663	5.105.802	10.415	18.141	16.866	45.422
Sardegna	46	7.612	257.856	1.808.255	3.339	7.087	5.588	16.014
<b>Nord</b>	<b>481</b>	<b>117.951</b>	<b>3.940.768</b>	<b>32.278.577</b>	<b>52.021</b>	<b>139.503</b>	<b>118.940</b>	<b>310.464</b>
<b>Centro</b>	<b>345</b>	<b>54.553</b>	<b>1.742.109</b>	<b>14.916.980</b>	<b>25.595</b>	<b>60.106</b>	<b>47.082</b>	<b>132.783</b>
<b>Mezzogiorno</b>	<b>552</b>	<b>81.348</b>	<b>3.449.415</b>	<b>21.974.713</b>	<b>40.297</b>	<b>81.644</b>	<b>68.877</b>	<b>190.818</b>
<b>Sud</b>	<b>375</b>	<b>54.151</b>	<b>2.313.896</b>	<b>15.060.656</b>	<b>26.543</b>	<b>56.416</b>	<b>46.423</b>	<b>129.382</b>
<b>Isole</b>	<b>177</b>	<b>27.197</b>	<b>1.135.519</b>	<b>6.914.057</b>	<b>13.754</b>	<b>25.228</b>	<b>22.454</b>	<b>61.436</b>
<b>ITALIA</b>	<b>1.378</b>	<b>253.852</b>	<b>9.132.292</b>	<b>69.170.270</b>	<b>117.913</b>	<b>281.253</b>	<b>234.899</b>	<b>634.065</b>

Fonte: Istat, *Struttura e attività degli istituti di cura*, 2005

Approfondendo il livello di analisi si riscontra per il Lazio una forte disomogeneità territoriale, con un rapporto tra degenze e personale che varia molto da provincia a provincia, e che può essere di particolare rilievo per elaborare delle comparazioni, poiché l'organizzazione, i ritmi e i carichi di lavoro acquistano un peso significativo nel determinare i rischi. La situazione di Roma, con più di 50 medici e 106 addetti per 100 posti letto, è molto diversa da quella di Latina, dove ogni 100 posti letto vi sono 42 medici e 90 addetti. Così come vi sono differenze nel tasso di ospedalizzazione, che a Roma ha un indice di rotazione molto superiore anche rispetto alla media italiana.

Tav. 7 - Istituti di cura, posti letto e personale medico per provincia, 2002

PROVINCE	Istituti Numero	Posti letto ordinari		Personale		
		Numero	Per 1.000 abitanti	Numero	Medici Per 1.000 abitanti	Per 100 posti letto
Viterbo	12	1.261	4,35	529	1,82	41,95
Rieti	3	405	2,74	148	1,00	36,54
Roma	156	23.683	6,38	11.978	3,23	50,58
Latina	11	2.022	4,09	854	1,73	42,24
Frosinone	16	1.640	3,38	655	1,35	39,94
<b>Lazio</b>	<b>198</b>	<b>29.011</b>	<b>5,65</b>	<b>14.164</b>	<b>2,76</b>	<b>48,82</b>
<b>ITALIA</b>	<b>1.378</b>	<b>253.852</b>	<b>4,44</b>	<b>117.913</b>	<b>2,06</b>	<b>46,45</b>

Fonte: Istat, *Struttura e attività degli istituti di cura*, 2005

Tav. 8 - Istituti di cura, posti letto e personale sanitario per provincia, 2002

Province	Personale									Totale	
	Personale sanitario ausiliario			Per 100 posti letto	Personale laureato e tecnico sanitario	Personale socio- assisten- ziale e religioso	Altro personale tecnico	Personale ammini- strativo	Altro (a)		
Numero	Per 1.000 abitanti	Per medico									
Viterbo	1.224	4,22	2,31	97,07	162	439	148	128	83	2.713	9,35
Rieti	382	2,58	2,58	94,32	78	115	21	29	0	773	5,22
Roma	25.251	6,80	2,11	106,62	4.238	8.270	3.387	5.545	1.062	59.731	16,08
Latina	1.829	3,70	2,14	90,45	234	802	212	217	53	4.201	8,50
Frosinone	1.550	3,20	2,37	94,51	209	676	142	157	3	3.392	7,00
<b>Lazio</b>	<b>30.236</b>	<b>5,89</b>	<b>2,13</b>	<b>104,22</b>	<b>4.921</b>	<b>10.302</b>	<b>3.910</b>	<b>6.076</b>	<b>1.201</b>	<b>70.810</b>	<b>13,80</b>
<b>ITALIA</b>	<b>281.253</b>	<b>4,92</b>	<b>2,39</b>	<b>110,79</b>	<b>45.921</b>	<b>95.113</b>	<b>38.840</b>	<b>48.574</b>	<b>6.451</b>	<b>634.065</b>	<b>11,09</b>

Tav. 9 - Degenze e giornate di degenze degli istituti di cura per provincia

Province	Degenze			Giornate di degenza			
	Numero	Tasso di ospedalizzazione per 1.000 abitanti (a)	Indice di rotazione (b)	Numero	Tasso di utilizzo per 100 posti letto (c)	Degenza media (d)	Indice di turn-over (e)
Viterbo	31.286	107,83	24,81	347.814	78,05	11,12	3,13
Rieti	16.724	112,96	41,29	111.626	75,93	6,67	2,12
Roma	698.265	188,01	29,48	6.903.414	85,78	9,89	1,64
Latina	70.912	143,42	35,07	581.049	80,61	8,19	1,97
Frosinone	59.537	122,80	36,30	445.178	74,59	7,48	2,55
<b>Lazio</b>	<b>876.724</b>	<b>170,85</b>	<b>30,22</b>	<b>8.389.081</b>	<b>84,24</b>	<b>9,57</b>	<b>1,79</b>
<b>ITALIA</b>	<b>9.132.292</b>	<b>159,77</b>	<b>35,97</b>	<b>69.170.270</b>	<b>77,03</b>	<b>7,57</b>	<b>2,26</b>

Fonte: Istat, *Struttura e attività degli istituti di cura*, 2005

## 2.2.1 Infortuni e malattie professionali per il settore sanitario del Lazio

Il 6,8% degli infortuni nel settore sanitario avviene nel Lazio, con 2.411 casi registrati nel 2006, in particolare Roma concentra l'85,1% delle denunce. Tra i lavoratori infortunati nel Lazio, tra industria e servizi, il 4,2% opera nel settore sanitario. Il fenomeno infortunistico in questo settore è in tendenziale aumento, con un'intensità maggiore di quanto avviene nel resto d'Italia. Nel 2006 si registrano 9,2% casi d'infortunio in più rispetto al 2005, contro lo 0,6% della media nazionale. La gravità del dato è accentuata se consideriamo che la media complessiva, per tutti i settori, registra una diminuzione dell'1,3%.

**Tav. 10 - Infortuni denunciati nel settore sanitario nel Lazio per provincia, 2002-2006**

	2002	2003	2004	2005	2006
Frosinone	78	51	57	88	115
Latina	74	111	147	149	130
Rieti	4	10	11	14	23
Roma	1.569	1.789	1.797	1.850	2.051
Viterbo	53	55	88	106	92
<b>Lazio</b>	<b>1.778</b>	<b>2.016</b>	<b>2.100</b>	<b>2.207</b>	<b>2.411</b>
Lazio: var.% rispetto l'anno precedente	-	13,4	4,2	5,1	9,2
<b>Italia</b>	<b>32.648</b>	<b>32.973</b>	<b>34.036</b>	<b>35.096</b>	<b>35.302</b>
Italia: var.% rispetto l'anno precedente	-	1,0	3,2	3,1	0,6

Fonte: Inail, 2007

Il fenomeno tecnopatologico ha visto un aumento dei casi tra il 2002 e il 2003, e una diminuzione negli anni seguenti, seguendo - almeno in parte - l'andamento nazionale. Come gli infortuni, la maggior parte delle malattie sono denunciate a Roma.

**Tav. 11 - Malattie professionali nel settore sanitario nel Lazio per provincia, 2002-2006**

	2002	2003	2004	2005	2006
Frosinone	-	-	2	-	-
Latina	-	-	-	-	-
Rieti	-	-	-	1	2
Roma	5	13	18	12	8
Viterbo	1	2	-	2	-
<b>Lazio</b>	<b>6</b>	<b>15</b>	<b>20</b>	<b>15</b>	<b>10</b>

Fonte: Inail, 2007

### 3. Studio di caso: l'Istituto Dermatologico San Gallicano e l'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena

#### 3.1 Il percorso qualitativo della ricerca

Durante la fase di progettazione del disegno della ricerca è stato deciso di affiancare all'indagine campionaria un'indagine qualitativa che, seguendo obiettivi legati alla comprensione piuttosto che alla semplificazione e alla generalità, avrebbe restituito un'informazione approfondita del contesto d'indagine e del rapporto dei suoi lavoratori con il rischio chimico. Una volta ricostruito questo quadro sulla base dell'uso sinergico di fonti documentali e interviste in profondità, sarebbe stato più semplice compiere operazioni come la stesura del questionario e la scelta del campione da intervistare; com'è noto, infatti, queste ultime operazioni rappresentano fasi delicatissime della ricerca, che richiedono la massima attenzione e precauzione, pena la compromissione della ricerca stessa.

La struttura sanitaria presso la quale è stata condotta lo studio di caso è quella degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri (IFO), costituiti dall'Istituto Dermatologico San Gallicano e dall'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena<sup>8</sup>. La fonte da cui è partita l'analisi è quella rappresentata dal "Documento di valutazione dei rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori e delle relative misure di prevenzione e protezione"<sup>9</sup>. In particolare, maggiormente utili sono state le sezioni relative alla descrizione della struttura, all'individuazione dei rischi nei reparti ospedalieri, al legame tra rischi lavorativi e particolari figure professionali. Poiché si tratta di un documento che per definizione è in continua evoluzione, si è ritenuto opportuno integrare le informazioni contenute in quel lavoro attraverso un'intervista in profondità al Responsabile del Servizio Prevenzione e Sicurezza<sup>10</sup>. L'intervista, come si avrà modo di osservare più avanti, è stata condotta percorrendo due dimensioni

---

<sup>8</sup> L'indagine tramite questionario è stata invece effettuata solamente presso l'Istituto Regina Elena.

<sup>9</sup> Si tratta di un documento che viene redatto una volta effettuata la valutazione dei rischi, vale a dire, una volta portato a termine il procedimento per l'identificazione dei pericoli e la stima dei rischi ad essi connessi. Questo strumento di lavoro, introdotto nel quadro giuridico nazionale con il Decreto Legislativo n° 626/94 a partire dalla direttiva europea n° 391/89, si compone principalmente di tre sezioni: la relazione sulla valutazione dei rischi, l'individuazione delle misure di protezione e il programma delle misure ritenute opportune per garantire il miglioramento delle condizioni di sicurezza.

<sup>10</sup> Questo servizio, introdotto dal D. Lgl. 626/94, comprende persone, sistemi, mezzi interni ed esterni all'azienda attivati per prevenire i rischi professionali e proteggere i lavoratori. Questa struttura ha il compito di individuare e valutare le fonti di rischio, elaborare le misure idonee per prevenirle e le misure di sicurezza da attivare, di proporre e organizzare interventi formativi per i lavoratori.

fondamentali: l'aggiornamento dei dati strutturali dell'azienda e l'approfondimento sull'esposizione e sulla percezione del rischio da parte dei lavoratori. La terza fonte utilizzata per l'analisi è costituita dall'Elenco Infortuni denunciati nel 2006, documento ufficiale che contiene la registrazione di tutti gli infortuni subiti dai lavoratori dell'azienda sui luoghi di lavoro e nel tragitto casa-lavoro.

Tutta la ricerca si è mossa, quindi, lungo un binario quali-quantitativo, raggiungendo un armonico equilibrio tra particolare e generale, tra comprensione e sintesi statistica dei dati.

### 3.2 Alcuni cenni storici sul contesto d'indagine

Gli Istituti Fisioterapici Ospitalieri (IFO), riconosciuti fin dal 1939 come Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico<sup>11</sup> sono costituiti dall'Istituto Dermatologico San Gallicano e dall'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena.

L'attuale struttura dell'IFO è il risultato di un processo strutturato in due fasi: la prima ebbe inizio nel 1926, quando il complesso ospedaliero S. Maria e S. Gallicano fu distaccato dagli Ospedali Riuniti di Roma per istituire il "Regio Istituto Fisioterapico Ospitaliero S. Maria e S. Gallicano" con compiti di assistenza e cura delle dermopatie e di centro di ricerca nella lotta contro il cancro; la seconda fase, che portò alla configurazione attuale, ebbe inizio nel 1931 quando avvenne l'annessione dell'Istituto Regina Elena.

L'Istituto San Gallicano, il più antico tra i due istituti venne fondato nel 1725 da Papa Benedetto XIII per la cura delle patologie cutanee e dal 1854 fu sede della prima Cattedra universitaria di Dermatologia. La sede storica, situata a Roma nel quartiere Trastevere, ospita tutt'oggi servizi legati alla medicina delle migrazioni, alla medicina del turismo e alle malattie sessualmente trasmesse, oltre ad alcuni laboratori di ricerca. Oggi l'Istituto San Gallicano è un centro di eccellenza per la diagnosi e la cura di patologie dermatologiche immuno-infiammatorie, oncologiche, allergologiche ed infettive con servizi di degenza ordinaria, di day hospital e di day surgery.

L'Istituto Regina Elena, invece, venne fondato nel 1926<sup>12</sup> per svolgere lavoro di studio e cura dei tumori a più elevato impatto sociale: epidemiologia, eziologia dei tumori, trasformazione e progressione delle terapie sperimentali.

---

<sup>11</sup> Gli istituti di ricovero a cura a carattere scientifico sono "enti a rilevanza nazionale dotati di autonomia e che operano secondo *standards* di eccellenza, perseguono finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, unitamente a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità." (Art. 1- D.L. 288/03).

<sup>12</sup> L'istituto Regina Elena venne inaugurato ufficialmente nel 1933.

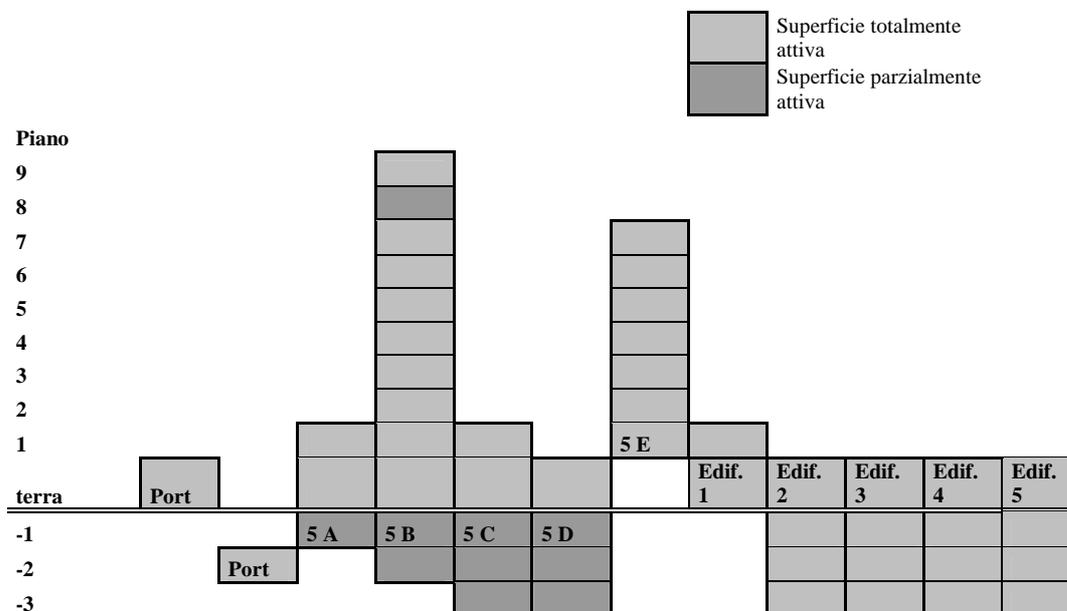
Nel 2000 l'IFO si è trasferito nella nuova sede romana di Mostacciano; si è trattato di una svolta che, come si avrà modo di vedere più avanti, ha rivoluzionato l'assetto organizzativo dell'ospedale.

### 3.3 Il documento di valutazione dei rischi

Nel Documento di valutazione del rischio si legge che l'IFO si compone di un nucleo centrale costituito da tre corpi di fabbrica denominati rispettivamente 5A, 5B e 5C a pianta semicircolare che si sviluppano attorno ad un corpo di fabbrica a sviluppo circolare denominato cappella. Ad essi si aggiungono gli edifici 5D e 5E e cinque edifici indipendenti, le portinerie dell'ingresso principale e secondario e il parcheggio di due piani.

Attualmente la superficie occupata dai reparti è pari a 88.198 m<sup>2</sup>, che equivale a l'80% circa di quella totale, mentre la restante parte non viene ancora utilizzata per le attività ospedaliere. Ciò dipende da un motivo fondamentale: la struttura in cui dal 2000 ha preso sede l'IFO non è nata per ospitare un ospedale, perché il progetto originale era stato ideato per servire da complesso alberghiero. Dunque per rendere agibili i locali dedicati ai reparti, al blocco operatorio e a qualsiasi altro servizio ospedaliero è stato necessario un continuo sforzo di ristrutturazione e di adattamento dei locali agli standard di sicurezza previsti. Tale operazione di adeguamento ancora oggi non è stata completata. È previsto che la superficie complessiva dell'ospedale sarà di 106.648 m<sup>2</sup>, che si otterrà quando si renderanno utilizzabili interamente i tre piani interrati degli edifici A, B, C e D e l'ottavo piano dell'edificio B.

Fig. 2 Schema dello sviluppo della superficie dell'IFO in base ad ogni edificio



Le attività che vengono svolte in questa immensa struttura sono da attribuire per lo più a due insiemi di lavoratori: quello del personale dipendente a tempo determinato o indeterminato e quella dei lavoratori atipici<sup>13</sup>; per coloro che hanno un contratto alle dipendenze, inoltre, la questione centrale è se siano dipendenti dell'IFO o di una ditta appaltatrice. La tipologia dei lavoratori di questa azienda ospedaliera risulta, quindi, essere composta da 3 tipi fondamentali di lavoratori:

- lavoratore dipendente IFO;
- lavoratore dipendente ditta esterna;
- lavoratore atipico.

L'uso di personale esterno è piuttosto importante ed ha una ragione "storica": quando l'IFO acquistò l'edificio in cui oggi ha sede, acquistò con esso il contratto di manutenzione della struttura, che comprendeva i servizi di pulizia, di gestione del parcheggio e di conservazione degli impianti e dei locali; da ciò ne deriva che gli addetti alle attività ausiliarie dell'IFO siano collaboratori o dipendenti di aziende private vincitrici di appalti o di subappalti. Il ricorso alla manodopera esterna coinvolge, inoltre, altre due categorie professionali: quella di infermieri e di ausiliari. A differenza degli addetti ai servizi ausiliari, queste due categorie professionali esercitano il proprio lavoro a fianco del personale dipendente con le stesse mansioni e qualifiche, condividendone l'organizzazione del lavoro.

Non possediamo dati quantitativi sulla numerosità dei lavoratori non strutturati, se non quelli non ufficiali ottenuti tramite le interviste, dai quali stimiamo la presenza di circa 550 lavoratori non strutturati.

L'unica stima certa è invece quella che si legge sul documento di valutazione del rischio relativamente al personale dipendente IFO, che risulta essere composto di 1312 unità. Più del 30% è rappresentato dalla categoria professionale degli infermieri, seguita dal 22% circa dei medici. I tecnici-ota sono il 15,70% dei dipendenti, mentre i tecnici-sanitari e i sanitari rispettivamente il 7,47% e il 6,25%. Ai dipendenti dei reparti ospedalieri operativi si contrappone il 17,91% del personale amministrativo, di cui l'1% circa con un ruolo dirigenziale.

---

<sup>13</sup> I lavoratori atipici sono principalmente lavoratori con contratto a progetto o con collaborazione occasionale, tirocinanti, assegnisti di ricerca.

Tav. 12 - Distribuzione personale IFO

Personale	v. a.	%
Medici	294	22,41
Infermieri	397	30,26
Sanitari	82	6,25
Tecnici/Ota	206	15,70
Amministrativi	221	16,84
Dirigenti amministrativi	14	1,07
Tecnici/Sanitari	98	7,47
<b>Totale</b>	<b>1312</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Documento di valutazione dei rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori IFO

Le attività svolte dall'IFO ruotano attorno a 5 aree principali:

1. cura e assistenza specialistica oncologica
2. analisi di laboratorio
3. attività ambulatoriale
4. lavoro di ufficio
5. manutenzione ordinaria.

Questa semplice classificazione aiuta a prendere confidenza con l'insieme delle attività ambulatoriali e dei servizi specialistici dei due poli ospedalieri, ma per capire esattamente di cosa si occupa l'IFO è necessario muovere un passo più analitico. Aniché procedere per aree simili dal punto di vista operativo si è scelto, invece, di seguire la divisione "genetica" degli Istituti e di esplorare le attività prendendo in considerazione l'Istituto Regina Elena e l'Istituto San Galligano singolarmente. Spetterà ad un passo successivo lo sforzo di ricomporre il quadro per restituirne un'immagine generale dell'IFO, soprattutto in relazione allo spettro dei rischi cui sono esposte le varie categorie professionali durante l'esercizio dell'attività lavorativa.

L'Istituto Regina Elena ha effettuato 903.900 prestazioni ambulatoriali nel 2005 e di 10.931 ricoveri totali; di questi circa il 55% è costituito da ricoveri ordinari, mentre la restante parte da quelli chirurgici. I ricoveri effettuati in modalità day hospital sono stati 4.141 per un totale di 19.702 giornate di ricovero, mentre 1.466 i ricoveri in day surgery per un totale di 5.193 giornate<sup>14</sup>, può contare di un numero di posti letto ordinari pari a 274 e di 40 posti per il *day hospital*.

---

<sup>14</sup> Per *day hospital* si intende un ricovero o un ciclo di ricoveri programmati, di durata inferiore ad una giornata, che si caratterizza per l'erogazione di prestazioni multiprofessionali e plurispecialistiche di particolare complessità ed impegno; finalizzato all'effettuazione di interventi chirurgici o procedure diagnostiche invasive e seminvasive è un ricovero di durata inferiore ad un giorno, denominato *day surgery*.

Tav. 13 - Prestazioni dell'Istituto Regina Elena erogate nel 2005

Prestazioni	v. a.
Attività ambulatoriali	903.900
Ricoveri medici ordinari	5.976
Ricoveri chirurgici	4.955
Ricoveri totali	10.931
Ricoveri in <i>day hospital</i>	4.141
Giornate di ricovero in <i>day hospital</i>	19.702
Ricoveri in <i>day surgery</i>	1466
Giornate di ricovero in <i>day surgery</i>	5193

Fonte: Documento di valutazione dei rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori IFO

I servizi dell'IRE sono organizzati in dipartimenti suddivisi in due macro aree: l'area clinica e l'area di ricerca sperimentale. La Direzione Scientifica sovrintende entrambe le aree, mentre la Direzione Sanitaria di Presidio sovrintende l'area clinica.

L'area clinica è costituita da 6 dipartimenti:

- servizi aziendali;
- chirurgia oncologica;
- oncologia medica;
- prevenzione e diagnostica oncologica;
- neuroscienze e patologia cervico-facciale;
- area critica.

L'area di ricerca, invece, è composta da 2 dipartimenti:

- oncologia sperimentale;
- sviluppo di programmi terapeutici.

Il Dipartimento Servizi aziendali comprende a sua volta 7 strutture:

- l'unità di Farmacia si occupa principalmente di preparazione centralizzata di farmaci antitumorali, assistenza farmaceutica, gestione dei prodotti farmaceutici dall'acquisto alla distribuzione, farmacovigilanza e didattica per il personale di comparto ed infermieristico capitolati tecnici;

- le attività del Laboratorio di Fisica Medica e Sistemi Esperti sono suddivise in vari settori, tra cui quello di sorveglianza della radioprotezione e dei siti con risonanza magnetica e apparecchiature laser;

- il servizio di Promozione attività è attivo da oltre 30 anni e si occupa di iniziative di educazione alla salute e prevenzione in ambito oncologico;

– l'unità di Epidemiologia è stata creata con l'intento di sviluppare attività di ricerca e prevenzione per lo studio delle cause del cancro;

– l'unità di Sviluppo della Ricerca Clinica e trasferimento dell'Informazione si occupa dello sviluppo e dell'attuazione di linee guida diagnostiche-terapeutiche nel settore dei tumori, dello studio sulla determinazione della qualità della vita (HRQL), dello sviluppo e dell'implementazione di metodologie della ricerca clinica;

– il servizio di Psicologia è dedicato sia ai pazienti oncologici dell'Istituto Regina Elena che ai pazienti con problematiche dermatologiche dell'Istituto San Gallicano. Per i pazienti oncologici l'obiettivo è quello di organizzare dei percorsi finalizzati a prevenire e superare le problematiche psicologiche che possono insorgere nelle diverse fasi di malattia;

– le attività svolte presso lo Stabilimento Allevatore Fornitore Utilizzatore si occupa del supporto alle unità operative dei dipartimenti clinici e sperimentali, che utilizzano modelli animali per lo sviluppo dei progetti di ricerca.

Il dipartimento di Chirurgia Oncologica, invece, è composto da 4 strutture:

– l'attività di Chirurgia A è indirizzata ad assicurare terapia e assistenza, a collaborare nella ricerca clinica e di base e ad attuare nuove strategie terapeutiche di patologie come carcinoma della mammella, melanomi e sarcomi, carcinomi peritoneali, tumori neuroendocrini dell'apparato gastroenterico;

– l'attività di Chirurgia Oncologica B è impegnata, invece, sul campo del trattamento dei tumori della cavità addominale;

– l'unità di Chirurgia Plastica collabora con le unità chirurgiche per gli interventi di ricostruzione della mammella, della regione cervico-facciale, dei tessuti molli e della regione toracica e perineale;

– le attività di Chirurgia Toracica si rivolgono alla diagnosi ed al trattamento di tutta la patologia toracica oncologica, con particolare interesse al trattamento chirurgico delle neoplasie polmonari invadenti la parete toracica e dei tumori maligni della pleura;

– l'unità di Ginecologia Oncologica si occupa del trattamento terapeutico personalizzato delle neoplasie del tratto genitale femminile;

– l'attività di Ortopedia Oncologica si occupa di Oncologia Muscolo-Scheletrica o Ortopedica, che è la disciplina per la cura delle neoplasie primitive e secondarie dell'osso e delle parti molli;

– l'attività di Urologia conta su un servizio di attività chirurgiche per le patologie a carico dell'apparato genito-urinario.

– Il Dipartimento di Oncologia Medica è composto da 6 strutture:

– il servizio di Ematologia si occupa di pazienti con neoplasie ematologiche e di pazienti affetti da patologie tumorali solide per cui può essere utile l'uso di programmi terapeutici in cui è previsto l'impiego del trapianto di cellule staminali nell'ambito di protocolli standard o di studio;

– la struttura di Oncologia Geriatria svolge attività di cura e ricerca nell'ambito dei tumori più comuni nelle persone con più di 70 anni, come quelli della prostata, mammella, gastrointestinali, polmonari, ginecologici e del distretto cervico-facciale;

– la divisione di Oncologia Medica A svolge attività di trattamento e ricerca nei tumori solidi, in particolare tumori gastrointestinali, polmonari, mammari, ginecologici e melanomi;

– la divisione di Oncologia Medica B si occupa della terapia medica dei pazienti oncologici con lo sforzo di pervenire ad una sempre maggiore personalizzazione dei trattamenti, riducendo al minimo gli effetti collaterali e salvaguardando la qualità di vita del paziente;

– la divisione di Oncologia Medica C dedica alla cura delle varie malattie oncologiche, ponendo l'accento sullo sviluppo e sull'attuazione di progetti di ricerca, consentendo anche di proporre al paziente l'attuazione di terapie sperimentali;

– l'unità di radioterapia opera seguendo avanzate tecniche di radioterapia esterna attraverso le quali è possibile somministrare dosi più elevate al tumore con contemporaneo risparmio dei tessuti sani circostanti.

Il Dipartimento di Prevenzione e Diagnostica Oncologica conta, invece, 8 strutture:

– l'unità Operativa di Anatomia e Istologia Patologica e Citodiagnostica collabora nella attività terapeutica nel settore oncologico con funzioni di servizio diagnostico e terapeutico;

– l'unità di Medicina Nucleare si caratterizza per la diagnosi e la cura radiometabolica del tumore della tiroide e delle metastasi scheletriche;

– la divisione di Patologia Clinica svolge attività di ricerca sulle innovazioni nel settore delle biotecnologie trasferibili dalla ricerca di base alla diagnostica oncologica;

– il servizio di Endocrinologia offre consulenze specialistiche endocrinologiche per patologie legate a tiroide, ipofisi, surreni e a sintomatologie correlate  
Dermatologia Oncologica si occupa di prevenzione dei tumori cutanei;

– l'unità di Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva ha un ruolo importante nella gestione del paziente oncologico in generale e riveste un ruolo determinante nell'iter diagnostico-terapeutico dei pazienti con tumore del tubo digerente;

– le attività pertinenti l'Urodinamica comprendono l'inquadramento clinico, le indagini strumentali diagnostiche e i trattamenti riabilitativi, medici e chirurgici delle patologie urologiche.

Il Dipartimento di Neuroscienze e Patologie è costituito da 4 strutture:

– l'unità di Neuroabilitazione offre interventi riabilitativi di pazienti con problematiche oncologiche;

– la Neurochirurgia svolge attività di diagnosi e terapia delle patologie del sistema nervoso;

– l'unità di Neurologia segue il paziente dalla fase diagnostica a quella riabilitativa e dell'assistenza domiciliare;

– l'unità di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-facciale si occupa della diagnostica e del trattamento delle patologie neoplastiche di testa e collo, di quelle della tiroide e delle ghiandole salivari, del cancro del cavo orale, dell'orecchio e del naso.

Il Dipartimento Area Critica si compone, invece, di 4 strutture:

- l'unità di Anestesia svolge la propria attività in Camera Operatoria nella quale vengono effettuati interventi su pazienti il più delle volte sottoposti a chemioterapia. E particolare attenzione al controllo e al trattamento del dolore post-operatorio;

- l'unità di Cardiologia svolge attività di assistenza e di consulenza clinico-strumentale per tutti i pazienti oncologici dell'Istituto Regina Elena e per quelli dermopatici dell'Istituto San Gallicano ed effettua prestazioni cardiologiche ambulatoriali per utenti esterni;

- l'unità di Rianimazione, Terapia Intensiva, Terapia del Dolore e Cure Palliative gestisce le attività della Terapia Intensiva in cui vengono ricoverati i pazienti critici dell'Istituto ed, in misura minore, quelli esterni.; gestisce, inoltre, l'ambulatorio di Terapia del Dolore in cui vengono trattate grandi sindromi dolorose sia di pertinenza oncologica che di dolore cronico non oncologico e le attività di Terapie di supporto come quello dell'assistenza psicologica continua;

- il servizio di Fisiopatologia Respiratoria è di tipo ambulatoriale; le visite sono finalizzate alla diagnostica e al trattamento delle malattie polmonari.

Il Dipartimento di Oncologia Sperimentale è suddiviso in 4 laboratori:

- il laboratorio "A" Chemioterapia Sperimentale si occupa dello studio di nuove strategie terapeutiche al fine di migliorare il trattamento dei tumori solidi;

- nel laboratorio "B" Immunologia di effettuano studi sull'immunopatologia dei tumori solidi umani e sui rapporti tra sistema immunitario e tumori;

- il laboratorio "C" Oncogenesi Molecolare è sede di studi multicentrici e collaborativi con "partners" nazionali, europei ed americani;

- nel laboratorio "D" Virologia conduce fin dal 1985 studi sulla trasformazione e sulla progressione neoplastica indotte da papillomavirus, alcuni dei quali possono indurre tumori nell'uomo (HPV), ed ha fornito utili contributi applicabili alla clinica.

Infine, il Dipartimento per lo Sviluppo di Programmi Terapeutici è suddiviso a sua volta in 4 laboratori:

- il Laboratorio "A" aggregato al Dipartimento di Chirurgia Oncologica si occupa di ricerche mirate allo studio del ruolo di fattori di crescita, quali l'endotelina, nella crescita e progressione tumorale;

– gli studi del Laboratorio "B" aggregato al Dipartimento di Oncologia Medica si concentrano sulla comprensione delle funzioni di una nuova proteina umana, Che-1, in grado di regolare la crescita delle cellule e capace di produrre l'arresto della crescita di cellule di carcinoma del colon;

–Il Laboratorio "C" aggregato al Dipartimento di Prevenzione e Diagnostica lavora per l'Identificazione di nuovi bersagli cellulari delle oncoproteine virali e loro meccanismi di trasformazione cellulare, di geni coinvolti nella trasformazione e progressione del melanoma umano;

– gli studi del Laboratorio "D" aggregato al Dipartimento di Neuroscienze e Patologia Cervico-Facciale si concentrano sullo sviluppo di programmi di ricerca applicata nel settore neuro oncologico: terapia genica dei tumori cerebrali, sperimentazione di nuovi farmaci antitumorali elettivi per particolari tumori, studio della neuroprotezione dei danni da chemio e radioterapia.

Dopo aver compreso le funzioni di tutte le unità dell'Istituto Regina Elena è utile fare una sintesi. Gli 8 dipartimenti delle due aree, Ricerca Clinica e Ricerca Sperimentale, sono articolati in TOT S.C. e TOT S.S.D.

Tav. 14 - Struttura organizzativa dell'Istituto Regina Elena

Area Ricerca Clinica	
<b>Dipartimenti Servizi Aziendali</b>	<b>Dipartimento Chirurgia Oncologica</b>
S.C. Farmacia	S.C. Chirurgia Generale "A"
S.C. Laboratorio di Fisica Medica	S.C. Chirurgia Generale "B"
S.C. Servizio Promozione Attività	S.C. Chirurgia Plastica e Ricostruttiva
S.C. Epidemiologia	S.C. Chirurgia Toracica
Servizio di Psicologia	S.C. Ginecologia
S.S.D. Stabilimento allevatore Fornitore Utilizzatore	S.C. ortopedia
	S.C. Urologia
<b>Dipartimento Chirurgia Medica</b>	<b>Dipartimento Prevenzione e Diagnostica Oncologica</b>
S.C. Ematologia	S.C. Anatomia e Istologia Patologica e Citodiagnostica
S.S.D. Oncologia Geriatria	S.C. Medicina Nucleare
S.C. Oncologia Medica "A"	S.C. Patologia Clinica
S.C. Oncologia Medica "B"	S.C. Radiologia e Diagnostica per immagini
S.C. Oncologia Medica "C"	S.S.D. Endocrinologia
S.C. Radioterapia	S.S.D. Dermatologia Oncologica
	S.S.D. Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva
	S.S.D. Urocinamica
<b>Dipartimento di Neuroscienze e Patologia Cervico Facciale</b>	<b>Dipartimento Area Critica</b>
S.C. Neuroriabilitazione	S.C. Anestesia
S.C. Neurochirurgia	S.C. Cardiologia
S.C. Neurologia	S.C. Rianimazione, Terapia Intensiva, Terapia del Dolore e Cure Palliative
S.C. Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-Facciale	S.S.D. Fisiopatologia Respiratoria
Area Ricerca Sperimentale	
<b>Dipartimento Oncologia Sperimentale</b>	<b>Dipartimento per lo Sviluppo di programmi terapeutici</b>
S.C. Laboratorio "A" Chemioterapia Sperimentale	S.C. Laboratorio "A" aggregato al Dip. di Chirurgia Oncologica
S.C. Laboratorio "B" Immunologia	S.C. Laboratorio "A" aggregato al Dip. di Oncologia Medica
S.C. Laboratorio "C" Oncogenesi Molecolare	S.C. Laboratorio "A" aggregato al Dip. di Prevenzione e Diagnostica
S.C. Laboratorio "D" Virologia	S.C. Laboratorio "A" aggregato al Dip. di Neuroscienze e Patologia Cervico-Facciale

I "numeri" del San Gallicano, mostrano la natura monospecialistica dell'Istituto di ricerca: l'Istituto, infatti, ha erogato nel corso del 2005 271.098 prestazioni sanitarie tra visite e prestazioni diagnostiche; sempre per lo stesso anno i ricoveri medici ordinari sono stato 817, mentre quelli in chirurgia 916. Ammontano a 1000 i ricoveri in *day surgery* per un totale di giorni di ricovero pari a 3.499 giornate, mentre 1.409 sono stati i ricoveri in *day hospital* e 10.345 le giornate di ricovero relative.

Tav. 15 - Prestazioni dell'Istituto San Gallicano erogate nel 2005

Prestazioni	v. a.
Attività ambulatoriali	271.098
Ricoveri medici ordinari	817
Ricoveri chirurgici	916
Ricoveri totali	1.733
Ricoveri in <i>day hospital</i>	1.409
Giornate di ricovero in <i>day hospital</i>	10.345
Ricoveri in <i>day surgery</i>	1000
Giornate di ricovero in <i>day surgery</i>	3.499

Fonte: Documento di valutazione dei rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori IFO

La struttura organizzativa dell'Istituto San Gallicano è articolata attorno al dipartimento di Dermatologia Infiammatoria e di Immunoinfettivologia, e al dipartimento di Dermatologia Oncologica. L'attività di ricerca è supervisionata dalla Direzione Scientifica, mentre la gestione delle attività cliniche è di competenza della Direzione Sanitaria di Presidio.

Il dipartimento di Dermatologia Infiammatoria e di Immunoinfettivologia è costituito da 7 strutture complesse:

- nella struttura complessa di Dermatologia Clinica vengono trattate le patologie dermatologiche ad elevata prevalenza nella popolazione, come psoriasi, vitiligine, eczemi complicati, eritrodermie e linfomi cutanei a cellule T; nell'ambito della ricerca è impegnata nello studio di patologie di rara osservazione o con manifestazioni cliniche inusuali;

- alla struttura complessa di Dermatologia Infiammatoria sono legati i servizi ambulatoriali di Dermatologia generale, angiologia e allergologica, mentre l'attività di ricerca verte prevalentemente sullo studio e la cura di varie patologie come la psoriasi, l'orticaria, la dermatite allergica da contatto;

- la struttura complessa Dermatologia Infettiva si occupa delle Malattie Sessualmente Trasmesse e rappresenta un presidio importante sul territorio ai fini della prevenzione, diagnosi e terapia delle MST. La Struttura è impegnata anche nella promozione della salute sessuale e della fertilità, in attività di ricerca rivolte a dermopatie causate da batteri, virus ed altri agenti infettivi;

- la struttura di Medicina preventiva delle Migrazioni, del Turismo e Dermatologia Tropicale si occupa di aspetti non strettamente sanitari, ma necessari alla salute della persona, come l'attività di assistenza sociale, psicologica, antropologica e di mediazione linguistico-culturale; la struttura è inoltre impegnata nell'attività di formazione clinica, scientifica e culturale degli operatori e di sensibilizzazione sociale;

- il Laboratorio di Patologia Clinica e Microbiologia si occupa della diagnostica specialistica infettivologica e immunologia;

– il Centro per le Porfirie dell'Istituto S. Gallicano svolge attività di studio, diagnosi, cura e prevenzione dei diversi tipi di Porfiria, patologia classificata tra le malattie rare. Svolge attività medica e di laboratorio a fini assistenziali e di ricerca;

– la Struttura di Diagnostica per Immagini è specializzata in indagini di ecografia dermatologica, anche con l'utilizzazione di mezzi di contrasto e nella diagnosi e follow-up delle neoplasie di interesse dermatologico, con particolare attenzione alle agobiopsie dei tessuti molli.

Il Dipartimento Clinico Sperimentale di Dermatologia Oncologica è composto di 5 strutture:

– la struttura di Dermatologia Oncologica si occupa della prevenzione, della diagnosi precoce ed del trattamento delle neoplasie cutanee, in particolare del melanoma e del carcinoma;

– la struttura di Chirurgia Plastica Ricostruttiva si occupa della prevenzione e nel trattamento chirurgico demolitivo e ricostruttivo di tutti i distretti anatomici, trattando tutte le patologie tumorali cutanee e dei tessuti molli e attuando anche la ricerca del linfonodo sentinella secondo i protocolli oncologici internazionali. La Chirurgia Plastica dispone di 16 posti letto per ricovero ordinario, con 6 posti letto *day surgery*, di un ambulatorio chirurgico per piccoli interventi e di un ambulatorio dedicato al trattamento di ulcere e ferite cosiddette difficili.

– la struttura di Anestesia e di Terapia del Dolore svolge la sua attività principale in connessione alle attività chirurgiche di sala operatoria, per i ricoveri ordinari e per il *day surgery*; la struttura, inoltre, gestisce un ambulatorio di terapia del dolore;

– il laboratorio Sperimentale di Fisiopatologia Cutanea lavora in stretta connessione con gli altri laboratori sperimentali e con le ripartizioni cliniche;

– nella struttura di Diagnostiche Microscopiche e Ultrastrutturali vengono effettuate mediante l'utilizzo di un microscopio elettronico a trasmissione indagini di analisi ultrastrutturale di applicazione diagnostica in campo oncologico.

Tav. 16 - Struttura organizzativa dell'Istituto San Gallicano

Dipartimento di Dermatologia Infiammatoria e di Immunoinfettivologia	Dipartimento di Dermatologia Oncologica
S.C. Dermatologia Clinica	S.C. Dermatologia Oncologica
S.C. Dermatologia Infiammatoria e Allergologia	S.C. Chirurgia Plastica-Ricostruttiva e Ulcere Difficili
S.C. Dermatologia Infettiva	S.C. Anestesia e Terapia del Dolore
S.C. Medicina delle Migrazioni del Turismo e Dermatologia Tropicale	S.C. Laboratorio di Fisiopatologia Cutanea
S.C. Patologia Clinica e Microbiologica	S.S.D. Diagnostiche Microscopiche e Ultrastrutturali
S.S.D. Laboratorio delle Porfirie	
S.S.D. Radiologia e Diagnostica per Immagini	

### 3.4 La mappatura dei rischi valutati

Seppur fondamentale, la descrizione dell'IFO presentata finora, poiché concentrata sul solo aspetto organizzativo del polo ospedaliero, ha il limite rifletterne un'immagine frammentata e comunque parziale; per riuscire ad ottenere una rappresentazione dell'IFO più efficace è ora necessario guardarlo da un altro punto di vista, quello del rischio potenziale trasversale ai vari reparti ospedalieri. A questo fine sono state utilizzate le analisi contenute nel documento di valutazione del rischio, focalizzate sull'individuazione delle fonti di pericolo per la sicurezza dei lavoratori e sull'identificazione delle figure professionali potenzialmente esposte al rischio<sup>15</sup>.

Visti gli obiettivi che si pone, la valutazione dei rischi è stata il risultato di un complesso processo articolato in varie fasi: durante la prima fase sono stati analizzati i processi lavorativi e l'organizzazione del lavoro e si è arrivati ad individuare le cosiddette "aree omogenee", aree con le stesse caratteristiche ambientali e funzionali<sup>16</sup>. Si è proceduto, quindi, con l'analisi di ogni area omogenea attraverso sopralluoghi in cui sono state raccolte informazioni come ad esempio quelle sui locali, sulle sostanze utilizzate nei reparti, sui lavoratori, sulle fasi di lavoro, sulle strumentazioni, sui dispositivi di sicurezza individuali, sulla verifica delle procedure di lavoro. I dati raccolti hanno permesso di ricostruire non solo una mappa dei rischi prevedibili, ma di associare al tipo di rischio la figura professionale esposta e la fase di lavoro a rischio.

<sup>15</sup> Il concetto di pericolo è stato definito come proprietà di una determinata entità (strumento, sostanza, ecc.) avente la capacità di causare danni; il rischio, invece, è la probabilità che sia raggiunto il livello potenziale di danno nelle condizioni di impiego o di esposizione.

<sup>16</sup> Il criterio scelto per questa suddivisione è stato quello di far coincidere i reparti con le aree omogenee.

L'ultima fase del processo è stata l'individuazione delle misure di prevenzione e protezione da attuare al fine di ridurre l'esposizione del lavoratore al rischio.

Nel documento di valutazione si legge che l'analisi effettuata ha portato all'individuazione dei fattori di rischio considerati di maggior rilievo in ambito ospedaliero: biologico, chimico (comprese le sostanze cancerogene e gas anestetici), movimentazione manuale dei carichi, videoterminali, incendio, rischio da apparecchiature elettromedicali e strutturale (impiantistico, microclima)<sup>17</sup>.

**Il rischio chimico** può essere definito come la probabilità che una sostanza o un preparato<sup>18</sup> allo stato solido, liquido o gassoso presente durante l'attività lavorativa possa generare effetti o danni alla salute per esposizione accidentale o abituale. Le sostanze chimiche devono essere conservate in contenitori e locali appositi e avere allegata un'etichetta contenente il nome, le proprietà fisico-chimiche, l'indicazione e il simbolo di pericolosità; nei luoghi di utilizzo di questi prodotti, inoltre, devono essere conservate opportune schede di sicurezza realizzate dal relativo produttore.

La valutazione effettuata rispetto agli agenti chimici ha dimostrato che nell'IFO si presenta una situazione di rischio "non moderato". Ciò dipende essenzialmente dal fatto che in questa struttura di cura e ricerca contro i tumori gli operatori sanitari manipolano antitumorali. Non è un caso, quindi che il Documento di valutazione del rischio dedichi un'importante sezione all'esposizione dei lavoratori a questi tipi di agenti.

Il rischio chimico in ambito ospedaliero è riconducibile ad agenti come gas anestetici, chemioterapici antitumorali, detergenti e disinfettanti. Si tratta di sostanze che possono penetrare nel corpo umano per inalazione, ingestione o contatto; gli effetti di pericolosità possono essere immediati nel caso di intossicazioni acute o di lunga durata o cronici se l'esposizione è minima e protratta per lunghi periodi di tempo.

I gas anestetici sono sostanze capaci di interagire sul tono dell'umore e sulle funzionalità epatiche e renali. Poiché nella maggior parte dei casi vengono somministrati sotto forma di miscele vaporizzate, la relativa valutazione del rischio viene svolta attraverso campionamenti ambientali a più riprese eseguiti nelle sale del blocco operatorio e nei locali del reparto di rianimazione; il personale che svolge la propria attività lavorativa in questi tipi di dipartimento, inoltre, viene sottoposto a periodici monitoraggi biologici. Le misure di protezione sono articolate intorno a tre

---

<sup>17</sup> Tra i rischi valutati si notano due elementi tenuti in scarsa considerazione: la valutazione dei rischi psico-sociali (generalmente sottovalutati nei documenti di valutazione dei rischi) nel e dei rischi derivati dai rifiuti sanitari.

<sup>18</sup> Per sostanza si intende un elemento chimico o un suo composto, mentre il preparato è un miscuglio o una miscela di più sostanze: entrambi possono essere "sostanza pericolose".

assi fondamentali: interventi di eliminazione, sostituzione o riduzione delle sostanze pericolose, sistemi di protezione collettiva (aspirazione dei locali) e interventi sugli operatori (riduzione tempi di esposizione, ottimizzazione dell'organizzazione del lavoro).

Gli antiblastici sono farmaci usati in chemioterapia antitumorale considerati mutageni, cancerogeni e teratogeni<sup>19</sup>. Si tratta di sostanze, quindi, la cui manipolazione deve avvenire con particolari accorgimenti per evitarne l'inalazione e il contatto con la cute. La fase di preparazione dei farmaci nell'IFO avviene in una unità centralizzata dove si alternano gli infermieri dei reparti di oncologia (in media gli infermieri di questi reparti sono impegnati in questa operazione due volte a settimana); la fase di somministrazione, invece, vede impegnati gli infermieri nei locali dedicati.

Le sostanze detergenti e disinfettanti sono invece diffuse in tutti i reparti della struttura ospedaliera e possono essere causa di patologie irritative o allergologiche se poco concentrate, intossicazioni acute a seguito di ingestioni accidentali oppure ustioni o severe irritazioni in caso di concentrazioni pericolose. Si tratta di sostanze che in generale rappresentano un rischio per tutto il personale, ma l'uso dei detergenti coinvolge in particolare gli ausiliari e il personale di sala operatoria, mentre ai disinfettanti particolarmente esposti sono gli infermieri.

**Gli agenti biologici**<sup>20</sup>, che il D. Lgs 626/94 classifica in quattro gruppi in base al livello d'infettività, patogenicità, trasmissibilità e neutralizzabilità, espongono l'attività lavorativa all'interno dell'azienda ospedaliera alla possibilità di contrarre patologie più o meno gravi. Nell'IFO il rischio effettivo da agenti biologici è presente quasi esclusivamente nel laboratorio di microbiologia, dove avviene un uso deliberato o intenzionale di queste sostanze; attività come l'isolamento, la coltura o il trattamento di questi agenti, infatti, espongono costantemente gli operatori di laboratorio ad un alto livello di rischio. Diversa, invece, è la situazione negli ambulatori, nei reparti di degenza e nei laboratori di ricerca privi di sezioni di microbiologia, in cui l'esposizione all'agente è possibile, ma legata all'accidentalità: per questo tipo di attività, infatti, si parla di rischio potenziale.

---

<sup>19</sup> Gli agenti chimici mutageni sono sostanze capaci di provocare una mutazione dei caratteri ereditari, quelli cancerogeni provocano il cancro e quelli teratogeni provocano malformazioni neonatali.

<sup>20</sup> A proposito dei rischi da agenti biologici è interessante accennare al fatto che dal 1996 l'IFO fa parte del progetto SIROH, che ha come obiettivo la stima del tasso di sieroconversione nei casi di esposizione accidentale al virus HIV, HBV e HCV. I dati raccolti per questo progetto contengono informazioni sulle punture d'ago, sui tagli accidentali, sugli imbrattamenti con liquidi biologici e, nonostante non si conosca la numerosità della popolazione esposta né quella relativa alle azioni, costituiscono un buon indicatore dell'esposizione agli agenti biologici.

Una delle modalità attraverso cui possono diffondersi infezioni è quella per via aerea, vale a dire attraverso colpi di tosse o con la conversazione: è questo il caso di una patologia come la Tuberculosis. Anche in questo caso il personale potenzialmente esposto è quello a diretto contatto con i pazienti, ma nel caso specifico dell'IFO si tratta di livello di rischio molto basso: i pazienti con tubercolosi, infatti, non vengono ammessi, ma possono ricevere assistenza iniziale prima di essere trasferiti in strutture adeguate.

Un altro dei modi con cui i lavoratori del settore ospedaliero possono contrarre un'infezione è quello per contatto accidentale con liquidi biologici infetti; più precisamente, attraverso lesioni provocate da aghi o bisturi, attraverso la contaminazione di mucose a seguito di schizzi di liquidi e attraverso il contatto con la cute lesionata. Si tratta di modalità di infezione che in ambito ospedaliero possono avvenire, ad esempio, ogni qual volta si proceda ad un prelievo ematico, ad un'operazione di pulizia o di smaltimento dei rifiuti speciali. E' quindi naturale associare a questa tipologia di rischi operatori come medici, infermieri, tecnici di laboratorio e ausiliari. Le infezioni più pericolose trasmissibili per contatto con liquidi biologici sono quelle da epatite virale C e B e da HIV.

Le misure di prevenzione per le malattie a diffusione ematica ruotano tutte attorno ad un assunto: poiché non si può conoscere in anticipo la presenza dei virus nei pazienti e nei loro materiali biologici è necessario comportarsi come se fossero tutti potenzialmente infetti. La prevenzione del rischio biologico si attua, quindi, attraverso vaccinazioni del personale sanitario e utilizzo di dispositivi di protezione individuali. In particolare, nel corso degli ultimi anni l'IFO si è visto protagonista di un radicale cambiamento nell'uso dei presidi medico-chirurgici e nelle procedure da seguire in tutte le attività che implicano il rischio di contatto con materiali biologici: per i prelievi sono utilizzati dispositivi monouso e sistemi sottovuoto, sono usati guanti in lattice, il personale può usufruire di sapone liquido e di asciugamani a perdere, sono disinfestati ambienti e strumenti contaminati, lo smaltimento dei rifiuti è regolare e segue le procedure di sicurezza, la vaccinazione è largamente diffusa.

Nonostante ciò le lesioni con aghi e strumentazioni taglienti rappresentano il maggiore rischio per la trasmissione di agenti patogeni tra gli operatori del sistema sanitario e sono causa di una quota cospicua di infortuni lavorativi in ambito ospedaliero.

Quello della **movimentazione manuale dei carichi** è un rischio per la salute dei lavoratori introdotto dal D. Lgl. 626 e riguarda il rischio dei lavoratori impegnati in operazioni come, ad esempio, quelle di trasporto, sostegno, sollevamento o spinta capaci di provocare danni a carico della zona lombare. Si tratta di un rischio le cui relative misure di protezione comportano non poche difficoltà, soprattutto se la manovra coinvolge un paziente: è evidente che questi non possa essere equiparato a un carico inanimato, per cui la sua movimentazione comporta una serie di attenzioni in più. Per coadiuvare gli operatori l'IFO si è dotato di una serie di attrezzature

meccaniche come sollevatori e barelle regolabili per evitare, laddove possibile, la movimentazione manuale. A queste soluzioni l'IFO ha affiancato una serie d'interventi formativi realizzati in collaborazione con l'ISPESL che hanno avuto come oggetto l'apprendimento di tecniche per una corretta movimentazione manuale.

Questo tipo di rischio riguarda prevalentemente il personale infermieristico e ausiliare nei reparti di degenza, nelle sale operatorie e nelle unità come i magazzini, la centrale di sterilizzazione e la farmacia. La valutazione eseguita ha evidenziato che questo tipo di rischio si presenta in modo elevato in tutti i reparti, ad eccezione della divisione di chirurgia plastica e di ematologia.

Il rischio derivato dalle **apparecchiature biomediche**<sup>21</sup> è legato a tutte le attività condotte in ambito ospedaliero: diagnosi, terapie, riabilitazioni possono essere effettuate solo attraverso l'utilizzo di tali strumentazioni. Data questa considerazione, quindi, è facile intuire quale ne sia il ritorno in termini di salute e sicurezza dei lavoratori. Le apparecchiature biomediche, infatti, sono legate ad una serie di pericoli che sul documento sono riassunti in varie categorie: elettrici, meccanici, derivanti da radiazioni non volute, accensione di miscele anestetiche, temperature eccessive, incendio, derivanti da penetrazione di miscele anestetiche infiammabili o di liquidi di sterilizzazione, serbatoi e parti in pressione, errori umani, scarsa formazione, cariche elettrostatiche, interruzione di erogazione, derivanti da condizioni di guasto, relativi ai materiali delle parti applicate in contatto con il corpo del paziente. Al fine di ridurre lo spettro dei pericoli ad essi connessi, il servizio di Ingegneria Clinica a cui è affidata la gestione di questo tipo di apparecchiature provvede all'acquisizione, al controllo e alla verifica delle apparecchiature elettromedicali presenti; per ognuna di esse vengono compilate schede che contengono ad esempio ordini di consegna, verbali di accettazione, documentazione di conformità alle normative vigenti e rapporti di manutenzione. I lavoratori esposti a questo tipo di rischio sono quelli che svolgono funzioni di cura e assistenza al malato, ma ad essi vanno ad affiancarsi quelli preposti alla manutenzione e al controllo.

La letteratura in materia di salute e sicurezza in ambito ospedaliero insegna che lo spettro dei rischi dell'ambito ospedaliero è al completo se comprende altri due rischi che non sono stati oggetto di valutazione, almeno fino alla versione del documento presa in esame: il rischio trasversale, detto anche psico-sociale e quello derivato dai

---

<sup>21</sup> La Norma 62-5 II ed. 1991 Art. 2.2.15 definisce apparecchio ad uso medico "Apparecchio elettrico, munito di non più di una connessione a una particolare rete di alimentazione destinato alla diagnosi, al trattamento o alla sorveglianza del paziente sotto la supervisione di un medico, e che entra in contatto fisico o elettrico col paziente e/o trasferisce energia verso o dal paziente e/o rivela un trasferimento di energia verso o dal paziente... . L'apparecchio comprendente quegli accessori, definiti dal costruttore, che sono necessari per permettere l'uso Normale dell'apparecchio".

rifiuti sanitari. Si tratta di un limite di un certo rilievo, perché, seppure in modo diverso, mettono entrambi in evidenza l'aspetto relazionale del rischio. Il rischio psico-sociale, infatti, è legato al rapporto conflittuale tra lavoratore e organizzazione del lavoro, dall'assenza o conflittualità dei rapporti con i superiori e colleghi, dal carico di lavoro e responsabilità. Il rischio derivato dai rifiuti sanitari, invece, apre lo scenario di quella che può definirsi la filiera del rischio, vale a dire lo spostamento del rischio dai reparti in cui il rifiuto viene prodotto a quelli in cui avviene il deposito: in tal senso, lo smaltimento del rifiuto lega fasi di lavoro diverse, così come diverse figure professionali, in una catena che deve essere fondata sulla reciproca responsabilità, maturata sullo sfondo di un'azienda che protegge la salute e la sicurezza dei lavoratori attraverso una corretta gestione dello smaltimento dei rifiuti speciali. Un'attenta valutazione di questi rischi, avrebbe potuto offrire elementi preziosi per l'analisi che si sta presentando.

### **3.5 Un punto di vista sulla sicurezza dei lavoratori: intervista al Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione (Rsp)**

La panoramica disegnata attraverso l'analisi del Documento di Valutazione del Rischio, pur riuscendo a restituire un'immagine dettagliata dell'IFO, avrebbe avuto il limite di fornire, appunto, una sola descrizione della struttura dei due poli ospedalieri. C'era bisogno di procedere, quindi, attraverso un percorso che andasse oltre l'analisi della valutazione del rischio, della sua "misurazione oggettiva", per riuscire a comprenderne l'aspetto complementare: la sua percezione. In altri termini, era necessario tratteggiare, seppur a grandi linee, l'atteggiamento che i lavoratori dell'IFO hanno nei confronti dei rischi cui la professione li espone, della loro capacità di riconoscerli e proteggersi.

L'intervista in profondità<sup>22</sup> al Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione dell'IFO ha assunto, quindi, un ruolo fondamentale per l'esplorazione di questi concetti, fulcro dell'inchiesta campionaria. La struttura dell'intervista ha coperto, quindi, quattro nuclei tematici, capaci di ricostruire le informazioni mancanti nel Documento di Valutazione.

---

<sup>22</sup> L'intervista in profondità è uno strumento di raccolta delle informazioni che si inserisce nel panorama della ricerca qualitativa. La relazione posta in essere da questo strumento avviene generalmente tra due attori, l'intervistatore e l'intervistato ed è regolata da un flusso di domande poco standardizzate e di risposte non direttive: anziché basarsi su un questionario costruito in modo tale che le domande vengano poste nel modo e nell'ordine stabilito e le risposte scelte tra quelle previste, questo tipo di intervista viene fatta a partire da un canovaccio più o meno strutturato di domande, che vengono poste seguendo il naturale flusso comunicativo tra i due attori; l'intervistato, inoltre, è libero di formulare una propria risposta.

Il primo passo è stato quello di aggiornare le informazioni sulla struttura e sul personale; un accento particolare è stato posto sulla tipologia dei contratti dei lavoratori dell'IFO e sull'esternalizzazione del lavoro.

Chiarito il quadro sul personale l'attenzione è stata puntata sull'esposizione al rischio: l'obiettivo era capire quali categorie presenti presso lo specifico contesto d'indagine sono esposte ai vari tipi di rischio e il ruolo della formazione in quanto misura di prevenzione.

Il terzo punto da approfondire riguardava la percezione del rischio. Il punto di interesse è stato quello di capire quali, secondo l'Rspp, erano i meccanismi più diffusi che fanno abbassare la soglia di attenzione e quale fosse l'atteggiamento in merito ai rischi tra le varie categorie professionali.

Per finire è stato chiesto di confrontare l'elenco infortuni del 2006 con la realtà lavorativa: era interessante capire come l'Rspp giudicasse lo strumento del documento di valutazione dei rischi, per individuarne i limiti e le opportunità.

**Tav. 17 - Traccia seguita per l'intervista al Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione -Rspp**

1. **Il lavoro di cura dell'IFO:** quanti sono stati i ricoveri, gli interventi chirurgici, le visite ambulatoriali di ognuno dei due poli (RE e ISG).
2. **Il personale dell'IFO:** numero dei lavoratori impiegati per ogni categoria professionale, differenza per genere, nazionalità ed età; tipologie contrattuali; eventuale utilizzo di personale "esterno" (quanti sono i lavoratori esterni, che tipo di mansioni ricoprono)
3. **Esposizione al rischio**
  - I rischi cui sono maggiormente esposti i lavoratori di un'azienda ospedaliera
  - Le categorie professionali e le fasi di lavoro a più alto rischio
  - Il rischio chimico
4. **Percezione del rischio**
  - La percezione del lavoratore rispetto la possibilità di subire un danno
  - Esposizione a fattori di rischio
  - Familiarità con le pratiche di lavoro e percezione dei rischi
5. **La formazione**
6. **Gli infortuni: nel 2006 sono stati registrati 46 infortuni, denunciati per la maggior parte da infermieri, causati principalmente da puntura con ago e legati al rischio biologico**
  - Analisi dei casi di infortunio
  - Analisi dell'andamento infortunistico
7. **Le malattie professionali**
  - Il fenomeno tecnopatico e il basso tasso di denuncia
8. **Documento di valutazione del rischio**
  - I limiti e le opportunità offerti dalla stesura di un documento di valutazione del rischio

Uno dei nodi su cui ha ruotato l'intervista al Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione è quello della esternalizzazione di alcune fasi di lavoro dell'IFO. Come accennato precedentemente, infatti, quando l'IFO ha acquistato la struttura in cui ha sede ha comprato con questa il contratto di manutenzione del complesso; circa 30 fasi di lavoro dell'istituto, tra cui i servizi di pulizia e di disinfestazione, la manutenzione dei macchinari e dell'edificio, vengono gestiti da una società che a sua volta le subappalta ad altre aziende o a cooperative di servizi. Ciò significa che nell'IFO è presente una percentuale molto alta di lavoratori esterni. Per la maggior parte si tratta di lavoratori che non svolgono professioni sanitarie, ma non si può sottovalutare la quota di infermieri, ausiliari e tecnici che prestano la loro attività lavorativa a fianco di colleghi che fanno parte della struttura interna.

Per questi due tipi di lavoratori si presenta una questione molto importante: la conoscenza dei rischi connessi alla struttura in cui lavorano. Per le professioni non sanitarie la questione è rilevante perchè l'ospedale come luogo di lavoro ha minore carattere di familiarità rispetto a chi ha seguito un percorso formativo legato ad una professione sanitaria; per questo tipo di lavoratori il problema è come orientarsi in un labirinto fatto di segnali di pericolo, che spesso non si sa interpretare. Per infermieri ed ausiliari, invece, il problema si pone in altri termini: non si tratta di aver almeno sentito parlare dei rischi che si corrono lavorando in ambiente ospedaliero, ma di quanto approfondite siano queste conoscenze sugli agenti di rischio e sulle procedure di sicurezza da adottare. Seppur esposti in maniera diversa ai vari agenti di rischio, risulta necessario un intervento mirato ad affievolire i divari di conoscenza e ad uniformare le loro misure di protezione a quelle del personale dipendente. E' per questo motivo che l'Ufficio Prevenzione e Protezione dell'IFO ha applicato l'art. 7 del D. Lgl 626, ampliando, grazie al coordinamento della sicurezza, il campo di applicabilità di questa legge alle ditte appaltatrici. Da ciò deriva un significativo cambiamento nella gestione operativa della sicurezza del lavoro: lo sforzo di cooperazione di diversi soggetti che hanno in comune l'ambiente lavorativo, con il fine di fronteggiare i rischi commessi all'attività professionale.

Il coordinamento della sicurezza svolge, quindi, un'importante funzione di monitoraggio dell'effettiva applicazione delle norme previste dalla legge e di guida di un processo di formazione della qualità dei controlli medici per tutti i lavoratori. A questo proposito l'Rspp dice:

*“So se il personale esterno è stato visitato dal medico competente, se ha fatto i controlli medici voluti dalla legge, se ha fatto formazione, se ha problemi contrattuali... Ho contestato una cooperativa che mi ha mandato la documentazione relativa ad alcune visite fatte da un medico che ha rinvio i lavoratori ad una nuova visita a 24 mesi: vuol dire che questa cooperativa il concetto di sicurezza non l’ha capito, perché questi lavoratori sono in contatto con un rischio medio-alto e devono fare visite più frequenti”.*

Dentro questa dichiarazione prende forma un problema non secondario: la difficoltà di far convergere interessi diversi. La sinergia tra i diversi attori della sicurezza, infatti, non è un punto di arrivo facile da raggiungere, ma un processo continuo di applicazione e interiorizzazione di procedure. Inoltre questo problema è aggravato dal fatto che i servizi siano subappaltati e che all’interno del coordinamento della sicurezza il ruolo di mediatore tra il contesto micro dei subappalti e macro dell’IFO sia ricoperto dalla ditta appaltatrice. E’ a quest’ultima che si rivolge l’Ufficio Sicurezza e questa a sua volta indirizza le richieste alle ditte in subappalto.

*“Il limite è che stiamo lavorando ancora per infondere la cultura della sicurezza. Il coordinamento per la sicurezza, ad esempio, informa il datore di lavoro che nella struttura i lavoratori sono esposti a certi rischi, ma la relativa formazione deve essere l’IFO a pungolare che venga fatta”.*

Si tratta di un’interazione spesso faticosa, proprio perché non fondata su un comune terreno di cultura della sicurezza. Il D. Lgs. 626 ha individuato una strada da seguire per il miglioramento della condizione di salute e di sicurezza dei lavoratori, fondato sull’informazione e sulla formazione piuttosto che sul moltiplicarsi dei divieti e delle prescrizioni; introiettare questi propositi implica, però, una progettazione a largo raggio e un confronto e un’integrazione tra diverse sfere d’azione.

Questo percorso appena accennato non è privo di difficoltà anche per i lavoratori: questi, infatti, non sono ancora sufficientemente consapevoli di essere protagonisti assoluti della rivoluzione in ambito di salute e sicurezza sul posto di lavoro. L’errore più comune per i lavoratori è quello di avvertire le norme sulla sicurezza come inutili e inapplicabili, pena il normale svolgimento o l’appesantimento dell’attività lavorativa. L’Rspp ne ha portato due semplici esempi:

*“Poiché è successo che una persona ha dormito tutta la notte nei locali tecnici perché ha sbagliato a prendere uno degli ascensori, ho fatto interdire gli ascensori all’arrivo al piano meno tre. Per una settimana mi sono ritrovato una fila di lavoratori che lamentavano di non poter prendere l’ascensore.. quando vai ad incidere sul quotidiano se la prendono con te che li proteggi”*

*“In questo istituto si ha l’abitudine di inzeppare le porte antincendio per tenerle aperte ed evitare la fatica di aprirle a ogni passaggio; se si tiene aperta una porta taglia-fuoco salta la compartimentazione antincendio.. Ho fatto una nota che ho intenzione di inviare a tutto il personale, in cui ricordo un articolo del codice penale secondo cui chi rimuove, omette di collocare o rende inseribili apparecchiature destinate all’estinzione di incendio, al salvataggio, al pronto soccorso e infortunio sul lavoro.. è punito con la reclusione..”.*

Accanimento nel perseguire cattive abitudini, percezione delle norme di sicurezza come ostacoli anziché come misure di protezione: problemi diffusi tra molti lavoratori. Fortunatamente, però, la prospettiva per il futuro sembra essere orientata al cambiamento:

*“La vecchia generazione di chirurghi non aveva il sentore del pericolo, la cultura della sicurezza. Non lavoravano e non insegnavano a lavorare in sicurezza. Con le nuove generazioni si sta alzando la cultura del rischio. A volte questa viene presa come una rivincita verso qualcuno o qualcosa: « ah, ma tu mi fai lavorare così..»”*

Ciò significa che si sta lavorando bene e un ruolo fondamentale a questo proposito è ricoperto dalla formazione sui rischi professionali. Il cambiamento di atteggiamento rispetto al tema della sicurezza, infatti, non può che avvenire attraverso un investimento in questa direzione, che non ha il carattere di una rivoluzione, ma di una lenta e inarrestabile marcia i cui frutti maturano di generazione in generazione.

Ed è a proposito della formazione che si è snodato un altro punto focale dell’intervista:

*“Per le ditte subappaltatrici la formazione viene vista come un momento da fare per non rischiare ispezioni, non viene fatta per quel che mi risulta da personale esperto. Vengono dati informazioni allucinanti; un RLS mi ha riferito che durante una formazione è stato detto ai lavoratori che il rischio di contrarre l’epatite B è legato alla predisposizione genetica. Si tratta di formatori incompetenti.”*

Si prospetta, quindi, il problema della formazione e dei relativi standard di qualità cui dovrebbero mirare le ditte appaltatrici. Fornire il personale ad un’azienda ospedaliera significa mettere il lavoratore nella condizione di lavorare in sicurezza; vale a dire, garantirgli un sistema di protezione alla salute di pari valore rispetto a quello che l’IFO dedica al personale dipendente.

Del resto l’efficacia degli interventi formativi implementati e diretti al personale dipendente ha già portato dei risultati tangibili: l’Rspg ha riferito, infatti, infatti che i casi di infortunio negli ultimi anni sono diminuiti e nemmeno uno ha riguardato la manipolazione sbagliata di antiblastici. E’ possibile, quindi, attribuire questo incoraggiante risultato al progetto di formazione che in più battute ha coinvolto gli infermieri dei reparti di oncologia, impegnati a rotazione nella preparazione di questo tipo di farmaci.

Purtroppo, però, la maggior parte degli infortuni avviene per puntura di ago. Si tratta, secondo il responsabile, d’incidenti riconducibili a fattori legati principalmente a stanchezza e a stress, piuttosto che al mancato rispetto delle procedure di sicurezza:

*“I motivi di questi incidenti?L’arrabbiatura quando non ti arriva il cambio, il rapporto con il medico, il collega... l’operatore che alla sedicesima ora continuativa in reparto... io ho qualche difficoltà a credere che sia lucido”.*

A ben vedere si tratta di fattori legati principalmente all’organizzazione del lavoro; il fatto di lavorare per obiettivi, una più equilibrata distribuzione dei compiti, la rotazione dei lavoratori nei reparti a più alto stress possono aiutare a superare queste difficoltà e a ridurre il verificarsi di infortuni che non sono banali perché legati al rischio biologico:

*“Molti incidenti avvenivano in sala operatoria... abbiamo messo uno stop: oltre un certo orario non si montano più interventi se non sono urgenti. Prima invece no, la gente non aveva più una vita privata”.*

Non solo, interventi finalizzati all'ottimizzazione dell'organizzazione del lavoro nei vari reparti dell'azienda ospedaliera riuscirebbero ad arginare le cause responsabili dello stress occupazionale di cui sono vittime i lavoratori del sistema sanitario; per molti di loro, infatti, il luogo di lavoro diventa un palcoscenico in cui vivere esperienze emozionali negative. I più esposti a questo tipo di problemi sono gli infermieri, che lavorando a stretto contatto con la sofferenza dei pazienti, rischiano più di altri di diventare vittime di coinvolgimenti emotivi disastrosi.

Ed è proprio il rapporto con il paziente un altro elemento chiave per comprendere il perché del verificarsi d'incidenti in ambito ospedaliero:

*“...si abbassa la soglia di attenzione quando ci si concentra sul paziente”.*

C'è largo consenso nel considerare come fonte di rischio la relazione tra pazienti da un lato e operatori del sistema sanitario dall'altro; in alcuni casi prendersi cura del paziente, infatti, può implicare di spostare l'attenzione dalla procedura di sicurezza prevista di una data manovra e di centrarla sul paziente stesso. Queste disattenzioni rappresentano, quindi, lo sfondo ideale di una serie di infortuni lavorativi che coinvolgono soprattutto medici e infermieri, vale a dire le due figure professionali caratterizzate più delle altre dal contatto con il paziente.

In sintesi, attraverso l'intervista all'Rspp è emerso che i fenomeni legati alla percezione del rischio e agli infortuni nell'ambito ospedaliero sono connessi alla mancanza di cultura della sicurezza; vale a dire, non esiste ancora un patrimonio di atteggiamenti, di conoscenze e di comportamenti profondamente condiviso da tutti gli attori che gravitano intorno al processo di tutela della sicurezza dei lavoratori. Le aziende e gli stessi lavoratori del settore sanitario, infatti, non sono ancora del tutto attenti e sensibili a questo problema, ma il cambiamento di tendenza che si comincia ad avvertire sembrerebbe portare ad una svolta. A detta dell'RSPP, infatti, la nuova generazione sembrerebbe dimostrare un atteggiamento sui temi di salute e sicurezza molto diverso da quello della precedente: una maggiore sensibilità e un'attenzione più ponderata nell'esecuzione dei protocolli di sicurezza, fondati su una reale condivisione di obiettivi, piuttosto che sulla semplice osservanza normativa. Questo cambiamento di prospettiva, nel senso di una evoluzione culturale, potrebbe diventare un terreno fertile sul quale arginare anche un altro grande problema emerso durante l'intervista: l'uniformità delle misure di salute e sicurezza di tutti i lavoratori di un'azienda ospedaliera, fondata sulla “rintracciabilità” dei rischi cui sono esposti anche i lavoratori esternalizzati. Questi lavoratori, infatti, non possiedono una cartella con uno storico dei rischi cui sono stati sottoposti passando a lavorare di cooperativa in cooperativa; in questo senso, lo sforzo di ricostruire la traccia dei loro rischi per individuare per tempo eventuali malattie professionali sarebbe un'altra dimostrazione di un rinnovato

impegno verso il raggiungimento di una piena condivisione di un sistema culturale, fondato sull'obiettivo della salvaguardia della salute e della sicurezza di tutti i lavoratori, senza distinzioni tra settore pubblico o privato o tra dipendenti o atipici.

Se questo cambiamento si profila di lungo raggio, uno di più breve respiro ma di incontestabile efficacia è quello che prevede una riorganizzazione del lavoro su ritmi sostenibili; molti infortuni sul lavoro accadono, infatti, per distrazione e stanchezza.

Il prossimo passo sarà l'analisi degli infortuni sul lavoro denunciati negli ultimi tre anni; questo permetterà di capire meglio l'aspetto concreto dei rischi ospedaliero, quello che si manifesta come un danno alla salute del lavoratore.

### **3.6 Gli eventi infortunistici tra il 2005 e il 2006**

La terza fonte cui si è accennato in precedenza è l'elenco degli infortuni sul lavoro denunciati nei tre anni dal 2004 al 2006; si tratta di un documento che contiene informazioni relative ai soli dipendenti dell'IFO, ma nonostante questa parzialità risulta di grande utilità per la comprensione del fenomeno infortunistico del polo oncologico e dermatologico. Questa analisi serve a capire quali siano gli infortuni che avvengono con maggiore frequenza e quali siano i lavoratori maggiormente coinvolti in questi infortuni.

La categoria professionale che ha subito più infortuni sul lavoro è quella degli infermieri professionali che in media sono stati coinvolti nel 46,5% degli infortuni: nel 2006 questi hanno denunciato più del 52% degli infortuni totali, nel 2004 il 32,4% e nel 2005 il 55,1%. Gli infortuni denunciati dai medici oscillano, invece, tra il 10,2% del 2005 e il 26,5% del 2006. Queste due sole categorie professionali se considerate congiuntamente coprono in media quasi il 65% degli infortuni denunciati ogni anno. Gli ausiliari e gli ota hanno una percentuale via via decrescente di infortuni sul lavoro: dal 18,4% nel 2004 all'8,7% del 2006. Trend opposto è quello dei tecnici, che nel 2004 hanno denunciato 4,1% di infortuni contro il 13% del 2006.

Tav. 18 - Infortuni denunciati sul lavoro denunciati negli anni 2004, 2005, 2006 per categoria professionale<sup>23</sup>

qualifica	2004		2005		2006		valori medi
	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%	
infermiere	27	55,1	11	32,4	24	52,2	46,5
dirigente medico	5	10,2	9	26,5	8	17,4	18,0
ausiliare/ota	9	18,4	6	17,6	4	8,7	14,9
altro	6	12,2	6	17,6	4	8,7	12,9
tecnico	2	4,1	2	5,9	6	13,0	7,7
<b>Totale</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

La natura degli eventi infortunistici ruota attorno a due dimensioni principali: la prima (53%) è quella legata ad eventi trasversali come cadute e infortuni, mentre la seconda (47%) di natura prevalentemente assistenziale comprende il contatto con materiali biologici, le punture da ago e le ferite da taglio. Nei tre anni presi in considerazione gli infortuni per caduta, che hanno provocato principalmente danni come contusioni o distorsioni, sono stati i più numerosi ed hanno mantenuto valori sempre al di sopra del 30%; gli infortuni in itinere sono stati il 18,2%. Le punture con ago hanno causato in media più del 21% degli infortuni, mentre le ferite da taglio e il contatto con materiale biologico rispettivamente l'11,8% e il 10,7%: mentre per le punture con ago i valori percentuali si sono mantenuti pressoché costanti, per gli ultimi due tipi di infortunio l'andamento può definirsi altalenante.

Tav. 19 - Classificazione degli infortuni negli anni 2004, 2005, 2006

tipo infortunio	2004		2005		2006		valori medi
	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%	
caduta	19	38,8	12	35,3	14	30,4	34,8
puntura da ago	11	22,4	6	17,6	11	23,9	21,3
<i>in itinere</i>	6	12,2	7	20,6	10	21,7	18,2
ferita da taglio	2	4,1	7	20,6	5	10,9	11,8
contatto materiale biologico	8	16,3	1	2,9	6	13,0	10,7
altro	3	6,1	1	2,9	0	0,0	3,2
<b>totale</b>	<b>49</b>	<b>100</b>	<b>34</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

La natura dell'infortunio è legata alla categoria professionale: la natura trasversale degli infortuni da caduta e in itinere, infatti, fa sì che questi infortuni riguardino i lavoratori dell'IFO indipendentemente dalla professione svolta, mentre come è

<sup>23</sup> Salvo dove altrimenti indicato, la fonte dei dati riportati nelle tavole che seguono è l'indagine diretta IRES

facilmente intuibile, tutti gli altri sono connessi alle mansioni di cura e assistenza svolte prevalentemente da infermieri professionali e medici.

Tav. 20 - Infortuni denunciati per categoria professionale e anno

	tipo di infortunio						totale
	contatto materiale biologico	contusione	ferita da ago	ferita da taglio	in itinere	altro	
<i>2004</i>							
infermiere	7	6	9	1	3	1	27
dirigente medico	1	2	2				5
tecnico		2					2
ota		5					5
ausiliare		3		1			4
altro		1			3	2	6
<b>totale</b>	<b>8</b>	<b>19</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>49</b>
<i>2005</i>							
infermiere		2	2	3	4		11
dirigente medico	1	1	3	3		1	9
tecnico		2					2
ota		1	1				2
ausiliare		3			1		4
altro		3		1	2		6
<b>totale</b>	<b>1</b>	<b>12</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>34</b>
<i>2006</i>							
infermiere	4	9	6		5		24
dirigente medico	1	1	2	3	1		8
tecnico	1	1	2	1	1		6
ota		1					1
ausiliare			1	1	1		3
altro		2			2		4
<b>totale</b>	<b>6</b>	<b>14</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>46</b>

Così come dichiarato dall'Rspp non sono avvenuti infortuni legati al rischio chimico, come ad esempio la manipolazione sbagliata di antitumorali: ciò significa che l'organizzazione del lavoro dell'unità centralizzata addetta alla preparazione di questo tipo di farmaci e la formazione rivolta alle categorie professionali adibite a queste manovre sembrerebbero aver funzionato; mentre, sono state causa di infortunio

operazioni apparentemente più semplici, come ad esempio i prelievi ematici. Lungi dal voler semplificare la natura delle cause dei fenomeni infortunistici in ambito lavorativo, risulta importante far luce su un aspetto prima accennato: il dualismo tra corsia e laboratorio. In corsia il lavoratore è immerso in un tumultuoso vortice di mansioni cadenzate da turni, qualificate dal raggiungimento di elevati standard di qualità, operate spesso in condizioni di emergenza e legate direttamente ad un paziente; diversa è la situazione ovattata del laboratorio, dove il rapporto con la sofferenza e la malattia è del tutto assente e il lavoratore può riuscire a concentrarsi sui protocolli standard. Questo quadro aiuta a capire che infortuni dovuti a punture di ago o a strumenti taglienti sono provocati principalmente da fattori emotivi, più che per ignoranza delle corrette procedure; purtroppo questi non possono essere arginati se non con supporto al lavoratore, fatto di una buona organizzazione del lavoro in reparto e su attività di sostegno psicologico ai lavoratori a più stretto contatto con la sofferenza.

## 4. I risultati dell'indagine tramite questionario

### 4.1 La composizione del campione

Il campione di 200 individui a cui è stato sottoposto il questionario standardizzato è definito *tipologico-fattoriale* e rientra nella famiglia delle tecniche di campionamento non probabilistiche. La scelta di questo tipo di campionamento trova fondamento su due motivazioni. La prima è di natura pratica: intervistare i lavoratori dell'ospedale durante il loro turno di lavoro, infatti, avrebbe comportato inevitabilmente un tasso di rifiuti molto elevato, che avrebbe inficiato la bontà del campione e innalzato tempi e costi di rilevazione<sup>24</sup>. Selezionare gli individui da intervistare attraverso una "scelta ragionata", vale a dire, in base a criteri stabiliti a priori così come vuole il campionamento *tipologico-fattoriale*, avrebbe consentito la scelta di individui con caratteristiche interessanti ai fini della ricerca e che mostravano particolare interesse a partecipare al momento di rilevazione.

A questa motivazione tecnica di utilizzare un campionamento non probabilistico se ne aggiunge un'altra di tipo teorica. Il modello concettuale che ha guidato nell'individuazione degli obiettivi di ricerca si fondava, tra le varie ipotesi, sul fatto che l'esposizione al rischio in ambito lavorativo possa essere fortemente influenzata dalla posizione contrattuale del lavoratore; in altre parole, il fatto di essere un lavoratore "atipico" fa sì che l'individuo concentri la propria attenzione sugli aspetti del lavoro legati alla precarietà contrattuale, piuttosto che sulla propria percezione del rischio, aumentandone l'esposizione<sup>25</sup>. Un campionamento probabilistico e rappresentativo dei lavoratori dell'IFO avrebbe stimato la quota dei lavoratori atipici intorno ai parametri a cui si attesta nella realtà aziendale, mentre il campionamento usato ha permesso di sovrastimarla. In questo modo si è riusciti a costruire un campione "quasi sperimentale": una metà costituita da dipendenti a tempo determinato e indeterminato che ha assunto la funzione di gruppo di controllo, l'altra metà costituita dai lavoratori "atipici".

Fatte queste premesse è necessario elencare i parametri che hanno guidato la costruzione del campione.

---

<sup>24</sup> Le 200 interviste condotte nel Settembre 2007, che duravano in media 20 minuti, sono state condotte durante il normale turno di lavoro degli intervistati ed era prevedibile riscontrare in loro il rifiuto di collaborare.

<sup>25</sup> Battaglini E. (a cura di), *Percezione dei rischi e politiche di tutela nel lavoro post-fordista*, ricerca IRES-INCA, disponibile sul sito [www.ires.it](http://www.ires.it)

Il primo è stato quello di limitare la rilevazione ai soli lavoratori dell'Istituto Regina Elena. Lo studio di caso effettuato nella fase preliminare della ricerca, infatti, ha messo in evidenza che i reparti ad alta incidenza di rischio chimico sono presenti prevalentemente nel solo polo oncologico, dove lavorano tutte le figure professionali di interesse della ricerca, ricoprendo la rosa completa della tipologia contrattuale. Questa scelta, quindi, ha permesso di indagare l'oggetto di studio limitando l'insorgenza di fattori di disturbo nell'analisi, che sarebbero derivati dal confronto di due realtà completamente diverse in termini di organizzazione e di tipo di lavoro.

Un secondo criterio è stato quello che ha visto distribuire interviste da effettuare nell'Istituto Regina Elena sulla dicotomia di reparti "ad alto" o "a basso" rischio chimico.

Un terzo criterio è stato quello di ricoprire tutte le figure professionali che operano nell'ospedale: sono state intervistate, quindi, figure presenti con continuità nei vari reparti (è questo il caso di medici, infermieri ed ausiliari) e quelle che non vengono assegnate ad un reparto specifico e che svolgono la propria attività lavorativa a cavallo tra vari reparti (manutentori, addetti alle pulizie, volontari, etc.).

L'ultimo criterio è stato quello che ha permesso di coprire tutte le tipologie contrattuali, da quelle fondate su contratti alle dipendenze a quelle di collaborazione, formazione o volontariato.

L'equilibrio tra questi parametri è stato mantenuto attraverso un continuo lavoro di monitoraggio della selezione dei soggetti: le distribuzioni di frequenza dei criteri utilizzati nella procedura di campionamento e di alcune variabili rilevanti come il genere e l'età degli intervistati, infatti, sono state analizzate giornalmente per controllarne l'equidistribuzione e per correggere la selezione degli intervistati nel caso di squilibri eccessivi.

Il campione, quindi, risulta essere costituito per il 20% da lavoratori che dichiarano di non lavorare per un solo reparto ospedaliero. La restante parte degli intervistati risulta essere assegnata ad un solo reparto: di questi il 60% svolge la propria attività in reparti ad alto rischio chimico, mentre il restante 20% in reparti in cui il rischio da agenti chimici non è particolarmente prevalente sugli altri.

**Tav. 21 - Reparti a basso o ad alto rischio chimico**

	<b>Frequenze</b>	<b>Percentuali</b>
alto rischio chimico	120	60,0
basso rischio chimico	40	20,0
nessun reparto specifico	40	20,0
<b>Totale</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>

Il 60% del campione è composto dalle figure professionali addette alla cura e all'assistenza sanitaria: la categoria più rappresentata è quella degli infermieri

professionali, che con il 20,5% degli intervistati supera quella dei medici (20,0%) e quella degli ausiliari e degli O.T.A (19,5%); tecnici e allievi infermieri, invece, rappresentano rispettivamente il 9,5% e il 7,5% del campione. Il 9,5% del campione è rappresentato dagli addetti alle pulizie e il 5,5% dai manutentori: sono queste le due categorie professionali che più frequentemente svolgono la propria attività in vari reparti. Una quota pari all'8% è quella che raccoglie altre figure residuali dell'ambiente ospedaliero, come i volontari.

**Tav. 22 - Tipologia professionale**

	<b>Frequenze</b>	<b>Percentuali</b>
medico	40	20,0
infermiere professionale	41	20,5
ausiliare/ota	39	19,5
allievo infermiere	15	7,5
manutentore	11	5,5
addetto alle pulizie	19	9,5
tecnico	19	9,5
altro	16	8,0
<b>Totale</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>

Interessante è l'esplorazione della tipologia contrattuale delle figure professionali intervistate. Il 59% del campione è assunto con un contratto di lavoro a tempo indeterminato, mentre il 14% a tempo determinato. La restante parte del campione non ha un contratto alle dipendenze: il 27% degli intervistati lavora all'IFO in qualità di tirocinante o stagista, o con un contratto di collaborazione.

**Tav. 23 - Tipologia contrattuale**

	<b>Frequenze</b>	<b>Percentuali</b>
contratto a tempo indeterminato	118	59,0
contratto a tempo determinato	28	14,0
lavoro atipico	54	27,0
<b>Totale</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>

Il campione, in linea con i dati nazionali sul lavoro femminile in ambito sanitario è leggermente sbilanciato rispetto al genere: è composto, infatti, per il 55% da donne.

L'età media degli intervistati è 39 anni; la classe di coloro che hanno fino a 35 anni rappresenta il 42,6% del totale, mentre quella di coloro tra i 35 e i 50 anni il 42,1%; la classe meno rappresentata è quella degli over 50 (15,2%).

Tav. 24 - Classe di età

	Frequenze	Percentuali	Percentuali valide	Percentuali cumulate
fino a 35	84	42,0	42,6	42,6
36 - 50	83	41,5	42,1	84,8
oltre 50	30	15,0	15,2	100,0
Totale	197	98,5	100,0	
Mancanti	3	1,5		
<b>Totale</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>		

Il 20% circa del campione ha conseguito le scuole dell'obbligo, mentre il 38,3% ha conseguito il diploma di scuola media superiore. L'altro 40% circa invece ha proseguito gli studi oltre la scuola superiore: di questi l'11,7% ha ottenuto un diploma di laurea breve, il 10,7 un diploma di laurea, mentre il 18,3 ha proseguito oltre la laurea con una specializzazione o un dottorato.

Tav. 25 - Titolo di studio

	Frequenze	Percentuali	Percentuali valide	Percentuali cumulate
licenza elementare	2	1,0	1,0	1,0
licenza media inferiore	39	19,5	19,9	20,9
diploma scuola media superiore	75	37,5	38,3	59,2
laurea breve o diploma universitario	23	11,5	11,7	70,9
laurea	21	10,5	10,7	81,6
specializzazione post laurea	33	16,5	16,8	98,5
dottorato	3	1,5	1,5	100,0
<b>Totale</b>	<b>196</b>	<b>98,0</b>	<b>100,0</b>	
Mancanti	4	2,0		
<b>Totale</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>		

Questa distribuzione riflette indirettamente quella delle figure professionali. I medici hanno conseguito prevalentemente un titolo una laurea o post laurea. Tecnici e infermieri si dividono tra chi ha conseguito un diploma di scuola superiore o di laurea breve: i più giovani, infatti, hanno conseguito il titolo di studio più alto, in linea con i nuovi ordinamenti di studio e formazione alle professioni sanitarie. Le professioni non sanitarie, invece, hanno conseguito titoli di studio più bassi: questi lavoratori, infatti, hanno portato a termine le scuole dell'obbligo o conseguito il diploma di scuola superiore.

## 4.2 La percezione dei rischi: l'esposizione al pericolo, le paure e le condizioni di salute dei lavoratori

La parte del questionario relativa alla percezione dei rischi è stata suddivisa in due macrosezioni: nella prima, attraverso un'unica domanda, è stata indagata la percezione dei lavoratori in merito alla possibilità di subire un danno alla salute per fattori di natura ergonomica, connessi ai locali di lavoro, meccanici, psico-sociali, e da agenti chimici o biologici. Nella seconda sezione ognuna di queste tipologie di rischio è stata indagata approfonditamente, in maniera da individuare per ciascuna di esse il livello di esposizione ai fattori di rischio. In tale maniera abbiamo ricavato degli indici che misurano sia la percezione dei fattori di rischio presenti sul lavoro, sia il grado di preoccupazione in relazione alla possibilità che il contesto di rischio si traduca effettivamente in un infortunio o una malattia.

Infine è stata indagata l'opinione in merito alle conseguenze del lavoro per la salute, e la presenza o meno di danni per causa lavorativa.

### 4.2.1 La gerarchia delle paure in ambito lavorativo: la probabilità di subire un danno alla salute per fattori connessi al lavoro

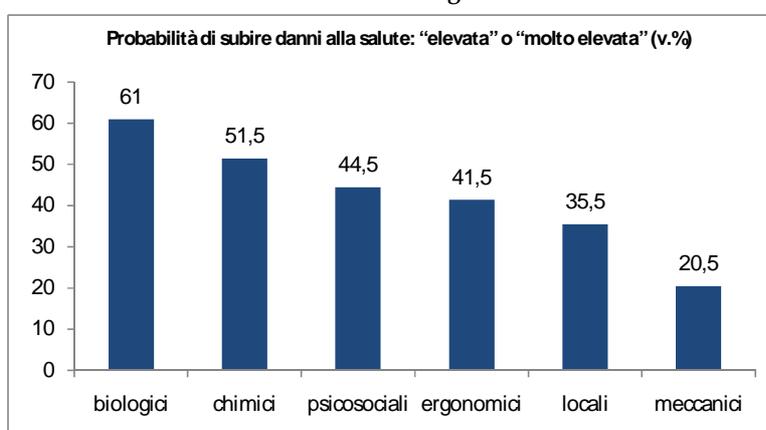
I rischi più percepiti, quelli per i quali i lavoratori hanno dichiarato che la possibilità di subire dei danni è "elevata" o "molto elevata", sono quelli da agenti biologici (per il 61,0% degli intervistati), seguiti da quelli chimici (51,5%). È interessante osservare che i rischi di natura psico-sociale sono associati a un possibile danno per la salute molto di più di quelli ergonomici, segnale di un malessere diffuso dovuto a una tipologia di lavoro, e a un'organizzazione del lavoro, molto faticosa dal punto di vista psicologico e relazionale. I rischi meccanici sono quelli meno associati all'eventualità di subire un danno alla salute.

Questa graduatoria rappresenta quella che definiamo la *gerarchia delle paure* presenti nel luogo di lavoro, ovvero la graduatoria dei rischi verso i quali gli intervistati percepiscono una maggiore-minore probabilità di subire un infortunio. La gerarchia dei rischi in ambito ospedaliero evidenzia la presenza di una maggiore paura nei confronti di quei rischi che sono meno visibili e dunque ritenuti meno controllabili - come quelli biologici, chimici e psicologici - e una minore ansia verso quei fattori la cui presenza fisica è più evidente, come quelli legati all'ambiente fisico di lavoro e quelli meccanici. È però da precisare che tale gerarchia si differenzia, sia nell'ordine dei rischi avvertiti sia nell'intensità con cui essi sono avvertiti, secondo alcune variabili chiave, quali: i reparti (in maniera però poco incisiva); la tipologia professionale; la tipologia contrattuale; la formazione; l'organizzazione del lavoro; la biografia individuale; la informazione; la partecipazione e la rappresentanza. Questi aspetti saranno in seguito indagati in profondità.

**Tav. 26- Probabilità di subire danni alla salute: "elevata" o "molto elevata"**  
(totale del campione = 100%)

	<b>Val. %</b>
biologici	61,0
chimici	51,5
psico-sociali	44,5
ergonomici	41,5
locali	35,5
meccanici	20,5

**Fig. 3**



Considerando l'insieme dei rischi, un lavoratore su cinque (il 20,5%) ha la percezione che sia alta la probabilità di subire un danno a causa di fattori propri del lavoro, per il 40,0% questa probabilità è media, per il 39,5% è bassa o bassissima. Dunque ben il 60,5% degli intervistati ritiene che sia molto probabile che nello svolgimento del lavoro si possa subire un infortunio o contrarre una malattia.

**Tav. 27 -. Probabilità di subire danni alla salute (val.%)**

	<b>Val. %</b>
bassissima	14,5
bassa	25,0
media	40,0
alta	20,5
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>

#### 4.2.2 Esposizione a rischi di natura fisica legati all'ambiente di lavoro

Più della metà dei lavoratori descrive un ambiente di lavoro caratterizzato da una discreta (29,0%) o alta (29,0%) presenza di rischi, mentre solo per il 10,0% i luoghi di lavoro presentano pochi problemi per la salute.

Tav. 28 - Esposizione ai rischi legati all'ambiente di lavoro (val.%)

	Val.%
nulla	10,0
bassa	32,0
discreta	29,0
alta	29,0
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>

In particolare, i pericoli più percepiti dai lavoratori sono quelli connessi all'aspirazione, alla presenza di campi elettromagnetici e di polveri nell'aria, alla temperatura. Dichiara di lavorare alla presenza di radiazioni ionizzanti il 42,0% degli intervistati. La scarsa illuminazione è un problema che interessa il 41,0% del campione. Un lavoratore su tre si lamenta per la presenza di condizioni igieniche inadeguate o per la presenza di vapori, fumi o gas nell'aria. Il rumore sembra essere un problema minoritario, seppure è presente per un lavoratore su cinque, e un lavoratore su quattro ritiene che gli ambienti di lavoro siano umidi.

Tav. 29 - Rischi di natura fisica legati all'ambiente di lavoro (val.%)

	Val.%
Aspirazione insufficiente	48,5
Presenza di campi elettrici o elettromagnetici	47,0
Presenza di polveri nell'aria	46,5
Temperatura eccessivamente alta	44,5
Presenza di radiazioni ionizzanti (es. raggi X)	42,0
Temperatura eccessivamente bassa	41,5
Illuminazione inadeguata	41,0
Presenza di vapori, fumi o gas nell'aria	34,0
Condizioni igieniche inadeguate	31,0
Presenza di umidità	25,0
Rumore eccessivo	21,5
Presenza di vibrazioni fastidiose	17,0
Presenza di raggi infrarossi o ultravioletti	14,5

### 4.2.3 Esposizione a rischi di natura ergonomica

Un lavoratore su quattro dichiara di svolgere lavori nei quali incontra seri rischi per la propria salute dal punto di vista ergonomico.

Tav. 30 - Esposizione ai rischi di natura fisica legati all'ambiente di lavoro (val.%)

	Val.%
bassa	40,0
discreta	39,5
alta	20,5
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>

Il processo di lavoro descritto, nelle risposte tracciate dalla sezione sui rischi ergonomici, evidenzia la grande presenza di fatica e sforzo fisico che caratterizza le mansioni nell'ospedale: un lavoratore su quattro, circa, solleva spesso pesi rilevanti o lavora in posizioni scomode o facendo movimenti scomodi. L'eccessiva sudorazione è un elemento molto presente nello svolgimento dell'attività lavorativa, in parte è provocata dal tipo di mansioni e dallo sforzo fisico, in parte da una poco efficace gestione dell'impianto termico (come testimonia la domanda sui rischi ambientali).

Tav. 31 - Rischi di natura fisica legati all'ambiente di lavoro (val.%)

	Le capita di sudare	Lavora in posizioni scomode o facendo movimenti scomodi	Solleva pesi rilevanti	Lavora in spazi stretti e/o scomodi
mai	21,5	22,0	38,5	38,0
qualche volta	38,5	51,0	38,0	46,0
spesso	40,5	27,0	23,5	16,0
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

### 4.2.4 Esposizione a rischi biologici

Le professioni in ambito sanitario si caratterizzano per una forte esposizione a fattori di rischio da agenti biologici: il 32,0% dei lavoratori ha un'alta o altissima percezione di questa tipologia di rischi, mentre il 41,0% ne ha una bassa o nulla.

Tav. 32 - Esposizione ai rischi di natura biologica (val.%)

	V.%
Poco o per niente	41,0
Abbastanza	27,0
Molto	18,5
Moltissimo	13,5
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>

I fattori di rischio biologici ai quali i lavoratori sono più esposti sono: “il contatto fisico con il paziente” (67,0% è spesso o sempre esposto); la manipolazione o il trasporto di materiale biologico (40,0%); utilizzo e pulizia di aghi e oggetti appuntiti (35,5%).

Tav. 33 - Rischi di natura biologica, lavoratori esposti “spesso” o “sempre” (val.%)

	V.%
Contatto fisico con il paziente	67,0
Manipolazione e trasporto di materiale biologico	40,0
Utilizzo e pulizia di aghi e oggetti appuntiti	35,5
Attività chirurgiche (incluse medicazioni)	23,0
Attività di laboratorio	17,5

#### 4.2.4 Esposizione a rischi da agenti chimici.

Considerando l’insieme degli agenti chimici cui i lavoratori sono esposti, possiamo rilevare come questo rischio sia particolarmente alto per tutti i lavoratori: solo il 22,5% di loro dichiara di entrare poco o per nulla in contatto con delle sostanze chimiche, mentre per il 39,5% di loro l’esposizione è alta o altissima.

Tav. 34 - Esposizione ai rischi da agenti chimici (val.%)

	V.%
Poco o per niente	22,5
Abbastanza	38,0
Molto	27,0
Moltissimo	12,5
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>

I guanti in lattice sono indossati “spesso” o “sempre” dall’85,5% del campione, e i disinfettanti e i detergenti sono i prodotti con sostanze chimiche con i quali i lavoratori hanno un contatto assiduo e continuo.

**Tav. 35 - Esposizione a rischi da agenti chimici, lavoratori esposti “spesso” o “sempre” (val.%)**

	V.%
Lattice	85,5
Disinfettanti	72,0
Detergenti	64,5
Farmaci	44,5
Alcoli, eteri, esteri, idrocarburi	24,0
Chemioterapici	18,0
Anestetici	18,0
Solventi	17,5
Antiblastici	17,0
Acidi (acidi e basi forti, acidi organici)	14,5
Aldeidi e chetoni (formaldeide)	13,5
Oli	8,0
Sostanze radioattive	5,0
Altro	2,5

In merito ai rischi chimici la preoccupazione più elevata è quella degli effetti a lungo termine (17,0% del campione, che sale al 22,8% se consideriamo nel calcolo anche le intossicazioni croniche), seguita dai danni oculari e dalle allergie (13,8%); le ustioni sono il problema meno sentito.

**Tav. 36 - Probabilità di subire un danno da agenti chimici, percepita come “elevata” o “molto elevata” (val.%)**

	V.%
Effetti a lungo termine	17,0
Danni oculari	13,8
Allergie	13,8
Irritazioni e causasticazioni	10,5
Intossicazioni lievi	10,3
Intossicazioni acute	5,8
Intossicazioni croniche	5,8
Ustioni	4,3

È stato chiesto agli intervistati di valutare la possibilità di subire un danno da agenti chimici per tre modalità specifiche. I rischi da contatto o inalazione sono quelli più

percepiti, mentre la probabilità di subire un danno per ingestione è davvero poco avvertita.

È interessante notare come, quando si parla delle modalità con cui si subisce un danno da rischio chimico, si registra una percentuale più alta di chi risponde “elevata” o “molto elevata”, rispetto a quando si chiede quali siano le possibili malattie nelle quali si incorre. Ovvero, dovendo pensare all’evento concreto, i rispondenti aumentano la loro percezione del rischio; mentre quando pensano alle conseguenze la loro percezione diminuisce. Tale considerazione è utile ai fini dell’elaborazione di moduli formativi per la tutela della salute: è necessario che si ponga particolare attenzione non solo alle conseguenze del danno, ma soprattutto alle modalità concrete con le quali si può subire un danno. Questo consente di contestualizzare il fenomeno infortunistico, solitamente percepito come fuori dalla norma, nella quotidianità delle effettive pratiche di lavoro, in maniera che l’infortunio sia considerato come un’eventualità costantemente presente nel corso dello svolgimento del lavoro.

**Tav. 37 - Probabilità di subire un danno da agenti chimici per modalità (val.%)**

	Contatto	Inalazione	Ingestione
Nulla	17,0	17,5	68,5
Molto modesta	17,5	15,5	14,5
Modesta	27,0	27,0	10,0
Elevata	25,5	27,5	4,0
Molto elevata	13,0	12,5	3,0
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

#### 4.2.5 Esposizione a rischi psico-sociali.

Un lavoratore su cinque dichiara di essere esposto a situazioni che compromettono fortemente la sua salute psicologica, la metà del campione è più o meno mediamente esposto a situazioni di questo tipo, mentre solo il 25% ritiene di non essere esposto a fattori che hanno delle ripercussioni sul proprio assetto psicologico.

**Tav. 38 -Esposizione a rischi psico-sociali (val.%)**

	Val.%
bassa	25,1
medio-bassa	28,0
medio-alta	22,0
alta	24,5
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>

Andando ad indagare quali siano i rischi psico-sociali ai quali gli intervistati si considerano più esposti osserviamo come, seppure i problemi legati al coinvolgimento emotivo siano predominanti, essi si alternano ad aspetti legati all'organizzazione del lavoro (come il ritmo, e lo svolgere il lavoro di altri). In particolare osserviamo che la "fatica emotiva" è il problema più frequente, nella modalità "spesso" (41,5%), ad essa segue la eccessiva velocità del ritmo (31,0%), l'assunzione di responsabilità eccessive (29,0%).

La depersonalizzazione è l'elemento meno sentito (6,5%): questo significa che a un alto carico emozionale i lavoratori accompagnano un forte coinvolgimento personale. È interessante notare che la sindrome di burn-out, tipica di chi svolge una professione in ambiente ospedaliero, si manifesta in questo luogo di lavoro in maniera peculiare. La sindrome da *burn-out* (o più semplicemente *burnout*) è l'esito patologico di un processo stressogeno che colpisce le persone che esercitano professioni d'aiuto (*helping professions*), qualora queste non rispondano in maniera adeguata ai carichi eccessivi di stress che il loro lavoro li porta ad assumere<sup>26</sup>. Le conseguenze solitamente rinvenute in soggetti affetti da sindrome di burnout sono l'esaurimento emozionale, la depersonalizzazione, un atteggiamento spesso improntato al cinismo e un sentimento di ridotta auto-realizzazione. Il soggetto tende a sfuggire l'ambiente lavorativo assentandosi sempre più spesso e lavorando con entusiasmo ed interesse sempre minori, a provare frustrazione e insoddisfazione, nonché una ridotta empatia nei confronti delle persone delle quali dovrebbe occuparsi. Nel nostro studio l'elemento di depersonalizzazione sembra minoritario, così come il sentimento di noia e di monotonia, mentre prevale un senso generico di fatica emotiva.

**Tav. 39 - Rischi psico-sociali, nella modalità di risposta "spesso" (val. %)**

	V. %
Il lavoro comporta una fatica emotiva	41.5
Sostiene un ritmo di lavoro eccessivo	31.0
Il lavoro comporta delle responsabilità eccessive	29.0
Svolge il lavoro che spetterebbe ad altri	23.5
Ha la preoccupazione di sbagliare (per le conseguenze sui pazienti)	20.0
Il lavoro è ripetitivo e noioso	16.0
Il lavoro la depersonalizza	6.5

<sup>26</sup> Per una breve rassegna di studi sul *burn-out* si può fare riferimento a: Maslach, *La sindrome del burn-out. Il prezzo dell'aiuto agli altri*, Cittadella Editrice, Assisi, 1997; Pellegrino F., *La Sindrome del Burn-out*, Centro Scientifico Editore, Torino, 2000; Pellegrino F., *Oltre lo stress, burn-out o logorio professionale*, Centro Scientifico Editore, Torino, 2007.

## 4.2.6 Il mobbing

Il mobbing è una forma di “vessazione, persecuzione, abuso psicologico di lavoratori da parte di colleghi e/o superiori”, e in tali termini è stato indagato attraverso il questionario<sup>27</sup>. Nella domanda specificatamente riferita a questo problema si è evitato di dare per assunta la conoscenza del fenomeno da parte degli intervistati, preferendo procedere con una sua puntuale descrizione. Pur se la maggior parte degli intervistati (il 46,0%) ritiene che il mobbing non sia un problema rilevante, è importante sottolineare che un lavoratore su tre (il 33,5%) ritiene che sul luogo di lavoro possano verificarsi abbastanza spesso casi di mobbing.

Tav. 40 - Valutazione sulla presenza di mobbing nel luogo di lavoro (val. %)

	V.%
Per niente	46,0
Poco	20,5
Abbastanza	33,5
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>

---

<sup>27</sup> Per una breve rassegna di studi sul mobbing si può fare riferimento a: Leymann H., Gustavsson B., *Psychological violence at work. Two explorative studies*, Arbetarskyddsstyrelsen, Stockholm, 1984; Leymann H., *The mobbing Encyclopedia*, Sito internet: <http://www.leymann.se>. Per un'analisi precisamente riferita al nostro contesto d'indagine: Mancini F., Nobile S. (a cura di), *Mobbing in area sanitaria. Un'indagine sul personale infermieristico*, IIMS, Roma, 2003.

## 4.2.7 Discriminazioni

Nel complesso la discriminazione è un problema limitato, anche se non da sottovalutare, visto che si registrano livelli più elevati rispetto a quelli di altre ricerche<sup>28</sup>. L'82,0% degli intervistati dichiara che è poco o per nulla frequente la mancanza di rispetto alla dignità del lavoratore a causa di atteggiamenti pregiudiziali. La discriminazione più presente è quella dovuta all'orientamento politico o sindacale (il 18,0% degli intervistati la ritiene abbastanza o molto frequente), seguita da quella di genere (13,0%).

**Tav. 41 - Possibilità che siano presenti discriminazioni legate al luogo di lavoro (val. %)**

	Legate al genere	Dovute alla nazionalità	Dovute all'età	Dovute alla religione	Dovute a orientamento politico o sindacale
Per niente frequente	56,5	68,5	63,5	83,0	59,0
Poco frequente	30,0	21,5	26,0	14,5	23,0
Abbastanza frequente	10,0	6,5	7,0	2,0	12,0
Molto frequente	3,0	3,0	3,0	0,0	6,0
<b>Totale</b>	<b>99,5</b>	<b>99,5</b>	<b>99,5</b>	<b>99,5</b>	<b>100,0</b>

## 4.2.8 Relazione tra percezione del rischio ed esposizione a situazioni di rischio

Una elevata consapevolezza di essere esposti ad agenti di rischio si correla a una maggiore percezione del pericolo di subire un infortunio. I lavoratori che sono consapevoli dei fattori di rischio presenti sul proprio luogo di lavoro dimostrano di avere una maggiore paura rispetto alla possibilità che avvenga un incidente. Tale correlazione si manifesta in maniera abbastanza lineare per ogni tipologia di rischio, mostrando una tendenziale congruenza tra esposizione al fattore e paura che esso provochi un incidente.

---

<sup>28</sup> Nella Unione Europea il 5,0% dei lavoratori dichiara di essere esposto a discriminazione e vessazioni sul lavoro, fonte: European Foundation for the Improvement of Living and Working Condition, *European Working Conditions Survey*, Dublin, 2005.

**Tav. 42 - Probabilità di subire danni a causa di agenti chimici per esposizione ad agenti chimici (val. %)**

		Percezione: esposizione ad agenti chimici				Totale
		per niente-poco	abbastanza	molto	moltissimo	
probabilità di subire danni a causa di agenti chimici	nulla	22,2	10,5	3,7	0,0	<b>10,0</b>
	molto modesta	17,8	6,6	11,1	4,0	<b>10,0</b>
	modesta	35,6	35,5	20,4	12,0	<b>28,5</b>
	elevata	22,2	35,5	25,9	32,0	<b>29,5</b>
	molto elevata	2,2	11,8	38,9	52,0	<b>22,0</b>
<b>Totale</b>		<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tav. 43 - Probabilità di subire danni a causa di agenti biologici per esposizione ad agenti biologici (val. %)**

		Percezione: esposizione ad agenti biologici				Totale
		per niente-poco	abbastanza	molto	moltissimo	
probabilità di subire danni a causa di agenti biologici	nulla	14,6	11,1	0,0	0,0	<b>9,0</b>
	molto modesta	11,0	7,4	8,1	0,0	<b>8,0</b>
	modesta	23,2	24,1	24,3	11,1	<b>22,0</b>
	elevata	39,0	35,2	43,2	40,7	<b>39,0</b>
	molto elevata	12,2	22,2	24,3	48,1	<b>22,0</b>
<b>Totale</b>		<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tav. 44 - Probabilità di subire danni a causa di fattori di natura fisica per esposizione a rischi di natura fisica (val. %)**

		Percezione: esposizione a rischi di natura fisica connessi all'ambiente di lavoro				Totale
		nulla	bassa	discreta	alta	
probabilità di subire danni a causa di rischi di natura fisica	nulla	25,0	17,2	6,9	3,4	<b>11,0</b>
	molto modesta	20,0	25,0	15,5	10,3	<b>17,5</b>
	modesta	45,0	32,8	44,8	27,6	<b>36,0</b>
	elevata	10,0	18,8	25,9	32,8	<b>24,0</b>
	molto elevata	0,0	6,3	6,9	25,9	<b>11,5</b>
<b>Totale</b>		<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

#### 4.2.9 Le conseguenze del lavoro per la salute dei lavoratori

Il 35% degli intervistati ha subito un infortunio sul lavoro dall'inizio della sua attività lavorativa, mentre il 10% ha contratto una malattia, di cui il 5% di grave entità.

I dati nazionali sul fenomeno infortunistico in questo settore registrano 26,2 infortuni ogni 1000 addetti, un dato inferiore alla media nazionale (che è di circa 43 infortuni denunciati ogni 1000 addetti)<sup>29</sup>. Confrontando questi due dati, quello ricavato dalla nostra ricerca e quello delle statistiche ufficiali, è evidente la presenza di un fenomeno di sottodenuncia tra i lavoratori di questo settore dove, in ipotesi, una parte dei danni di piccola entità non sono denunciati. Ciò non stupisce visto che, come vedremo in seguito, una gran parte dei lavoratori ha una scarsa conoscenza della legislatura che disciplina il percorso post-infortunistico, finanche non sapere quale sia il livello di retribuzione spettante in caso di assenza per infortunio e, in alcuni casi, non sa nemmeno di essere assicurato all'Inail e quale sia il ruolo di questo Istituto.

Tav. 45 - Infortunio subito e/o malattia contratta sul lavoro

		Frequenza	Percentuale
Ha mai subito un infortunio sul lavoro	no mai	129	64,5
	sì di piccola o media entità	70	35,0
	sì di grave entità	1	0,5
	<b>Totale</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>
Ha mai contratto una malattia professionale	no mai	180	90,0
	sì di piccola o media entità	10	5,0
	sì di grave entità	10	5,0
	<b>Totale</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>

Il 34,0% dei lavoratori intervistati dichiara che il lavoro non ha conseguenze negative per la propria salute, mentre per i restanti si registra una presenza medio-alta di problemi fisici e psicologici.

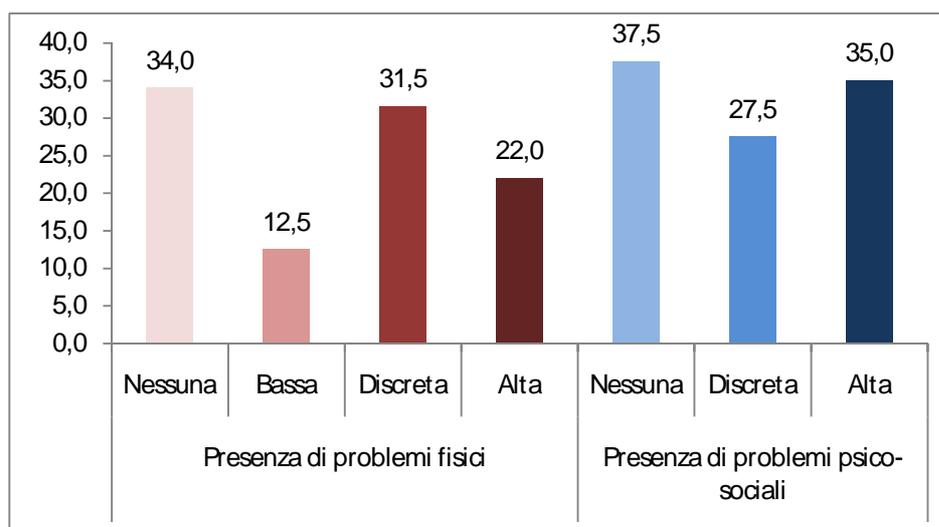
---

<sup>29</sup> Inail, Rapporto 2005.

Tav. 46 - Conseguenze per la salute per causa lavorativa (v.%)

		Frequenza	Percentuale
Presenza di problemi fisici	Nessuna	68	34,0
	Bassa	25	12,5
	Discreta	63	31,5
	Alta	44	22,0
	<b>Totale</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>
<hr/>			
Presenza di problemi psico-sociali	Nessuna	75	37,5
	Discreta	55	27,5
	Alta	70	35,0
	<b>Totale</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>

Fig. 4 - Conseguenze per la salute a causa del lavoro svolto (v.%)



Per quanto riguarda i problemi fisici i più diffusi sono il mal di schiena (per 55% degli intervistati) e i dolori muscolari (48,5%), cui segue il mal di testa (44,5%), la cui causa è probabilmente da rinvenire nell'organizzazione stressante del lavoro. Il 30,5% del campione soffre di problemi alla pelle e il 25,0% di problemi alla vista. È preoccupante osservare come il 21,5% dichiara di avere contratto malattie infettive.

Preoccupante è il numero elevato di problemi psicologici, molto presenti per il 35,0% del campione. In particolare lo stress colpisce il 58,5% degli intervistati, seguito dall'irritazione e dell'ansia (34,0% circa), il 28,0% di sente affaticato e debole mentre il 18,0% soffre di problemi di insonnia.

Inoltre la salute fisica e la salute psicologica sono tra loro correlate in un duplice rapporto di causalità, da una parte i problemi fisici, come ovvio, determinano un peggioramento dell'assetto psicologico, dall'altra una condizione psicologica di difficoltà (come ad esempio stress, noia, ansia dovuti al lavoro) può condizionare negativamente la salute fisica.

**Tav. 47 - Distribuzione dei problemi per la salute causati dal lavoro (v.); i problemi contrassegnati da un asterisco (\*) hanno contribuito alla costruzione dell'indice "problemi fisici", mentre quelli contrassegnati da due asterischi (\*\*) all'indice "problemi psico-sociali"**

	V.a	V.%
Stress **	117	58,5
Mal di schiena *	110	55,0
Dolori muscolari (spalle, collo, braccia, gambe) *	97	48,5
Mal di testa *	89	44,5
Irritazione **	69	34,5
Ansia **	68	34,0
Problemi alla pelle *	61	30,5
Si sente affaticato e debole **	56	28,0
Problemi alla vista *	50	25,0
<i>Nessun problema</i>	47	23,5
Malattie infettive *	43	21,5
Problemi di insonnia **	36	18,0
Allergie *	36	18,0
Dolori allo stomaco *	35	17,5
Lesioni fisiche *	27	13,5
Difficoltà respiratorie *	23	11,5
Problemi al cuore *	13	6,5
Problemi di udito *	12	6,0
Altro	1	0,5
(*) item utilizzato per l'indice "problemi fisici"		
(**) item utilizzato per l'indice "problemi psicologici"		

L'individuazione di problemi fisici di origine lavorativa si accompagna a una tendenziale individuazione dei problemi psicologici, ovvero un'alta presenza di problemi fisici si correla a un'alta presenza di problemi psicologici. Questo perché l'attenzione alla salute e alla sua correlazione con il lavoro è data da un insieme di conoscenze tra loro integrate. Il riconoscimento di una determinata malattia si accompagna al riconoscimento delle altre e, più in generale, questo processo è

determinato dalla capacità dell'individuo di concepire la propria salute come fortemente legata al proprio lavoro<sup>30</sup>.

**Tav. 48 - Presenza di problemi fisici per presenza di problemi psico-sociali (val. %)**

		presenza di problemi fisici (indice)				Totale
		nessuna	bassa	discreta	alta	
presenza di problemi psicologici (indice)	nessuna	92,6	20,0	11,1	0,0	37,5
	discreta	7,4	64,0	39,7	20,5	27,5
	alta	0,0	16,0	49,2	79,5	35,0
<i>Totale</i>		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

I lavoratori che più dichiarano di avere delle malattie di origine lavorativa sono anche quelli più preoccupati rispetto alla possibilità di subire dei danni dal lavoro, così come sono quelli che più identificano le situazioni di rischio sul proprio luogo di lavoro.

I lavoratori che hanno una maggiore capacità di riconoscere le situazioni di rischio presenti nello svolgimento del lavoro, sono anche i più preoccupati riguardo all'eventualità che il rischio si manifesti, e hanno una maggiore consapevolezza dei problemi per la salute finora contratti.

<sup>30</sup> L'Italia è il quinto Stato in Europa i cui lavoratori dichiarano che il proprio lavoro è una fonte di stress (una persona su tre), ed è sempre il quinto Stato in Europa tra chi dichiara che il lavoro è una fonte di irritabilità (il 13% dei rispondenti) .

Una precedente indagine IRES si riscontrano i massimi livelli di stress laddove i lavoratori sono più insoddisfatti dell'orario di lavoro, del rispetto dei diritti, dello stipendio, delle attività svolte. E lo stress aumenta nei casi in cui si è costretti a sottostare a un ritmo di lavoro eccessivo, che è una forte causa di stress per il 37,7% del campione. Altri livelli di stress si trovano in relazione alla preoccupazione di perdere il posto di lavoro (per il 27,7% del campione), la cui causa principale è rinvenuta nella precarietà della situazione contrattuale, cui seguono la variabilità dei mercati e le condizioni strutturali d'impresa (IRES, Battaglini E. (a cura di), *Percezione dei rischi e politiche di tutela nel lavoro post-fordista*; sintesi disponibile sul sito: [www.ires.it](http://www.ires.it).)

La definizione di stress, datata 1999, del National Institute for Occupational Safety and Health, è la seguente "lo stress dovuto al lavoro può essere definito come un insieme di reazioni fisiche ed emotive dannose che si manifesta quando le richieste poste dal datore di lavoro non sono commisurate alle capacità, risorse o esigenze del lavoratore. Lo stress connesso al lavoro può influire negativamente sulle condizioni di salute e provocare persino infortuni".

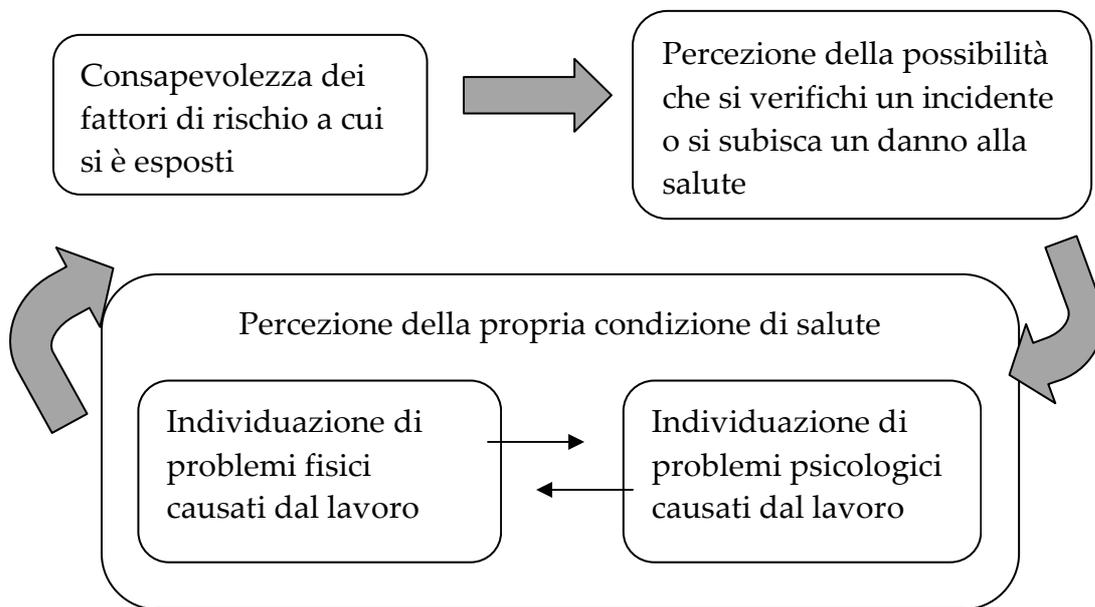
Mentre del 2002 è una "Comunicazione" della Commissione dell'Unione Europea con la quale si raccomanda a tutti i Paesi membri di perseguire una strategia per la salute e la sicurezza "che deve accompagnare le trasformazioni del mondo del lavoro e delle sue esigenze al fine di promuovere un vero benessere che sia tanto fisico, quanto psicologico e sociale, e che non si misura semplicemente con l'assenza di infortuni e di malattie professionali", e per fare questo "i servizi di prevenzione dovranno essere veramente pluridisciplinari, anche per quanto riguarda i rischi di natura sociale e psicologica, e dovranno integrare la dimensione di genere".

Tav. 49 - Probabilità di subire danni alla salute per presenza di problemi fisici (val. %)

		presenza di problemi fisici (indice)				Totale
		nessuna	bassa	discreta	alta	
probabilità di subire danni sul lavoro (indice)	bassissima	27,9	20,0	4,8	4,5	14,5
	bassa	38,2	28,0	17,5	13,6	25,0
	media	23,5	36,0	54,0	47,7	40,0
	alta	10,3	16,0	23,8	34,1	20,5
<b>Totale</b>		<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

È dunque confermata l'esistenza di un percorso virtuoso tra conoscenza del rischio, percezione dei pericoli riferiti all'ambiente e al processo di lavoro, e tutela e attenzione per la propria salute.

Fig. 5



### 4.3 I reparti

Inizieremo con l'analizzare il grado di percezione dei rischi lavorativi in funzione del contesto e della condizione occupazionale dei lavoratori intervistati, in maniera tale da scoprire se esiste una correlazione tra variabili di tipo strutturale, quali il reparto di appartenenza, il tipo di professione svolta, il e la tipologia contrattuale degli operatori sanitari, e i livelli di preoccupazione e di esposizione ai rischi sul lavoro da essi percepiti.

Il 20% del personale ospedaliero del nostro campione d'indagine dichiara di non lavorare per un unico reparto, rappresentando, in tal modo, un segmento di lavoratori la cui esposizione a fattori di rischio è, per così dire, più "trasversale" e, quindi, anche relativamente meno controllabile rispetto alle condizioni lavorative di coloro i quali fanno capo ad un solo reparto. A tale proposito, occorre sottolineare che anche in materia di salute e sicurezza nel settore sanitario appare opportuno parlare di una "filiera" della produzione dei rischi, a cui dovrebbe analogamente fare da sponda un principio di "rintracciabilità", attraverso il quale poter risalire alla causa degli infortuni e delle malattie professionali subite dai lavoratori. L'applicazione di questo principio risulta tuttavia certamente più complessa nel caso di quegli operatori che sono esposti (ed esportatori) a fattori di rischio in più reparti, svolgendo le proprie mansioni lavorative in più punti di tale "filiera".

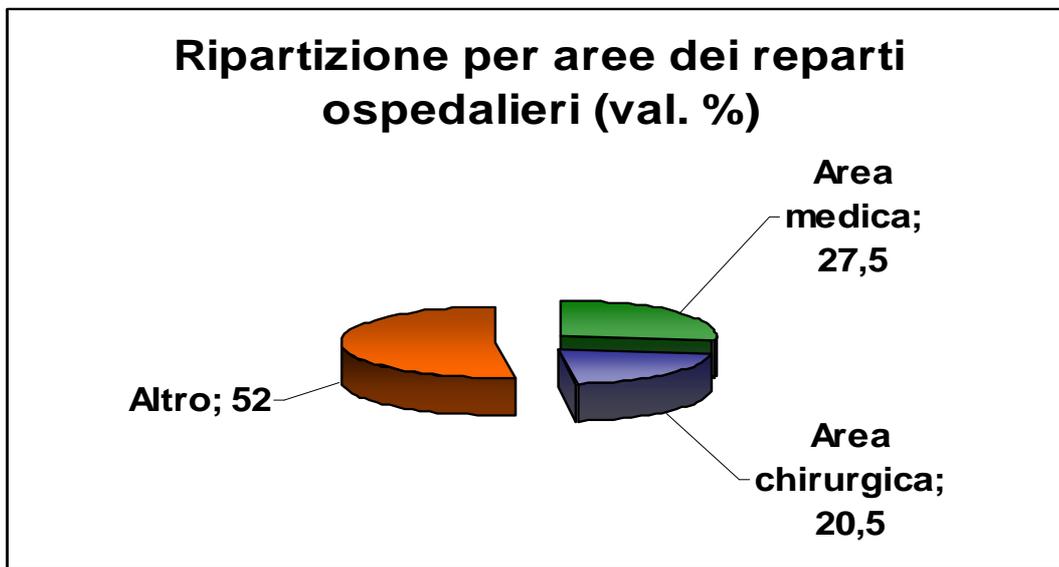
Tra i lavoratori i quali compiono invece la loro attività in un settore specifico, il gruppo più numeroso di soggetti intervistati afferisce al reparto di *Oncologia* (14,5%), seguito dal *Laboratorio di analisi* (8%), che sono due dei settori a più alto rischio chimico tra quelli presenti nell'ospedale oggetto di studio.

Tav. 50 - Reparto di appartenenza degli intervistati (val. %)

	Val. %
laboratorio analisi	8
ambulatorio riabilitazione	1
medicina nucleare	2
centro prelievi	0,5
preparazione antiblastici	2,5
degenza e neurochirurgia	1,5
rianimazione	4,5
gastroenterologia endoscopica	3,5
sala operatoria	3,5
senologia	0,5
nessun reparto specifico	20
ematologia	6
oncologia	14,5
radiologia	5
radioterapia	5
urologia	2,5
anatomia patologica	1
endocrinologia	1,5
ginecologia	1,5
otorino	1
neurochirurgia	1
neurologia	0,5
laboratorio fisica medica	2
laboratorio istologia	0,5
laboratorio istologia	1
laboratorio farmaco cinetica	2
sterilizzazione	0,5
chirurgia	2
chirurgia plastica	1
chirurgia toracica	1,5
chirurgia digestiva	1,5
day surgery	1
<b>Totale</b>	<b>100</b>

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Fig. 6



Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Più in particolare, per quanto concerne la distinzione dei reparti in base alla maggiore/minore incidenza in essi di fattori di rischio sul lavoro, la tabella seguente illustra i settori che si contraddistinguono per una alta presenza di rischio chimico e di rischio complessivo (vale a dire connesso, oltre che ad agenti chimici o biologici, anche a fattori di natura ergonomia, ai locali di lavoro, a fattori meccanici e psico-sociali)<sup>31</sup>.

Si noti come *l'Ambulatorio riabilitazione e Radiologia* siano, all'interno di questa lista, gli unici reparti ad essere ad alto rischio complessivo ma a basso rischio chimico.

---

<sup>31</sup> Per formulare tale classificazione ci siamo avvalsi del parere di alcuni esperti, chiamati a far parte del nostro gruppo di ricerca, i quali operano nel campo della medicina del lavoro.

Tav. 51 - Reparti ad alto rischio chimico e ad alto rischio complessivo

	Alto rischio <i>chimico</i>	Alto rischio <i>complessivo</i>
<b>AREA MEDICA</b>	Si	Si
Oncologia	Si	Si
preparazione antitumorali	Si	Si
	Si	Si
<b>AREA CHIRURGICA</b>	Si	Si
Chirurgia	Si	Si
chirurgia plastica	Si	Si
chirurgia toracica	Si	Si
chirurgia digestiva	Si	Si
gastroenterologia endoscopica	Si	Si
senologia	Si	Si
Ginecologia	Si	Si
Neurochirurgia	Si	Si
Otorino	Si	Si
Day surgery	Si	Si
Sala operatoria	Si	Si
Otorino	Si	Si
<b>ALTRO</b>	Si	Si
Rianimazione	Si	Si
radioterapia	Si	Si
medicina nucleare	Si	Si
anatomia patologica	Si	Si
laboratorio analisi e centro prelievi	Si	Si
laboratorio istologia	Si	Si
ambulatorio riabilitazione	No	Si
radiologia	No	Si

Volgendo la nostra analisi sulla prima delle due dimensioni nelle quali è stata articolata in questo studio la percezione dei rischi, **“La probabilità percepita di subire un danno alla salute durante lo svolgimento dell’attività lavorativa”**, si nota che il grado di preoccupazione è “Alto” per il personale del *Laboratorio di istologia* e della *Degenza neurochirurgia* (Tav. 52); un reparto, quest’ultimo, che è invece generalmente considerato a basso rischio, sia chimico che da altre fonti (infatti non compare nella classificazione di cui sopra). Anche tra i reparti nei quali si registra un livello “Medio-alto” di preoccupazione in relazione alla possibilità di subire un infortunio o una malattia – *Anatomia patologica, Neurochirurgia, Sala operatoria, Ematologia e Radiologia* –

due di essi, gli ultimi citati, dovrebbero in realtà essere considerati a basso rischio chimico e, solo per *Ematologia*, a basso rischio complessivo (si veda sempre Tav. 51).

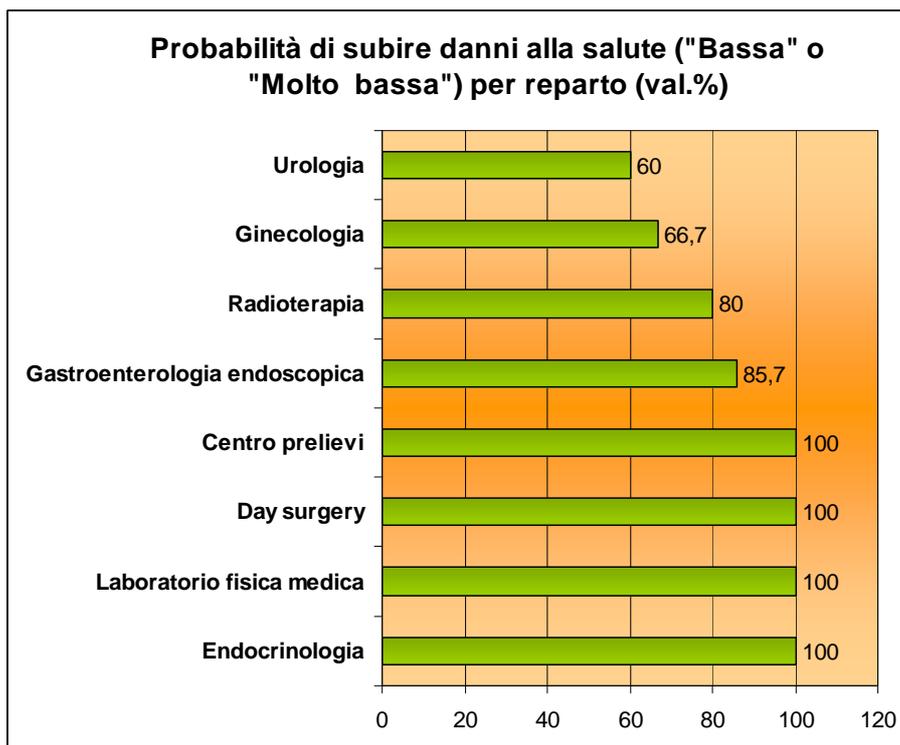
Quanto osservato sembrerebbe mostrare l'esistenza di uno scarto tra la percezione soggettiva dei lavoratori e quello che dovrebbero essere le "reali" condizioni di salute e sicurezza nel contesto lavorativo dei singoli reparti.

Questo divario è rinvenibile anche analizzando, all'opposto, i livelli "Basso/Bassissimo" di timore di subire danni sul lavoro: ad eccezione di *Endocrinologia* e del *Laboratorio di fisica medica* - reparti in cui questa eventualità è effettivamente più ridotta che in altri - la possibilità che durante lo svolgimento del proprio lavoro si possa incorrere in infortuni o malattie è ritenuta essere "Bassissima" dai lavoratori del *Centro prelievi* (100%) e "Bassa" da quelli di *Gastroenterologia endoscopica* (85,7%) e *Ginecologia* (66,7%), reparti che, al contrario, insieme a quelli di *Radioterapia* e di *Day surgery*, si distinguono per un'alta presenza di rischi sul lavoro.

Tav. 52 - Probabilità di subire danni alla salute per reparti (val. %)

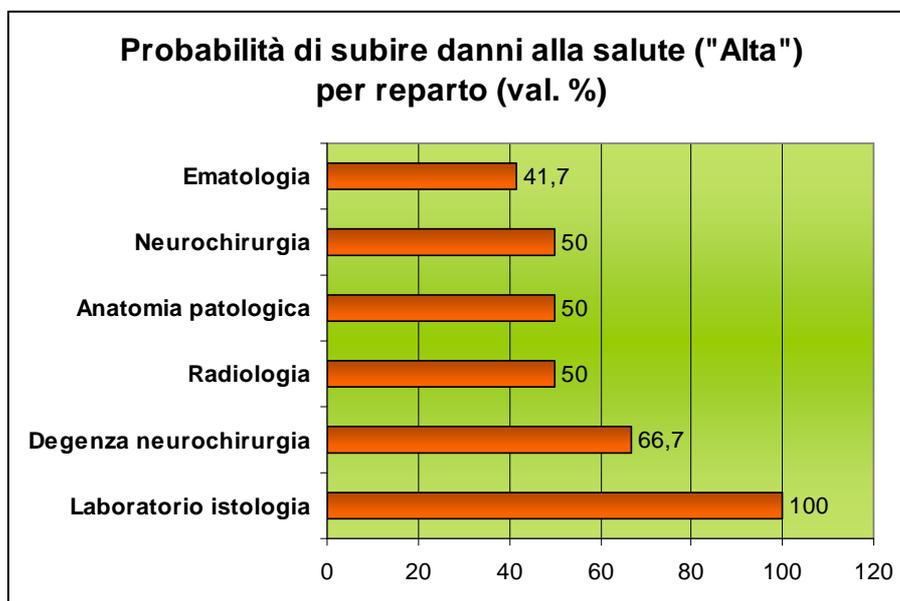
ALTA		
	Val. %	
Laboratorio istologia	100,0	
Degenza neurochirurgia	66,7	
MEDIO-ALTA		
	Val. % "Media"	Val. % "Alta"
Ematologia	33,3	41,7
Radiologia	50,0	50,0
Anatomia patologica	50,0	50,0
Neurochirurgia	50,0	50,0
Sala operatoria	42,9	28,6
MEDIA		
Senologia	100,0	
Neurologia	100,0	
Sterilizzazione	100,0	
Rianimazione	77,8	
Laboratorio farmaceutica	75,0	
Laboratorio analisi	62,5	
Oncologia	48,3	
MEDIO-BASSA		
	Val. % "Media"	Val. % "Bassa"
Otorino	50,0	50,0
Ambulatorio riabilitazione	50,0	50,0
Medicina nucleare	25,0	50,0
Preparazione antitumorali	40,0	60,0
BASSA-BASSISSIMA		
	Val. % "Bassa"	Val. % "Bassissima"
Centro prelievi		100,0
Gastroenterologia endoscopica	85,7	
Ginecologia	66,7	
Urologia	60,0	
Radioterapia	40,0	40,0
Endocrinologia	66,7	33,3
Laboratorio fisica medica	75,0	25,0
Day surgery	50,0	50,0

Fig. 7



Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Fig. 8



Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Rispetto agli andamenti sopra registrati assume una posizione particolare il reparto di *Chirurgia*, le cui percentuali di risposta si distribuiscono equamente - con un valore pari al 25% - su tutti e quattro i gradi di probabilità di subire danni alla salute sul lavoro (Bassissimo, Basso, Medio, Alto); al contrario, consente di trarre conclusioni più nette l'analisi dei dati relativi ai reparti di chirurgia specialistica: i settori di *Chirurgia digestiva* e di *Chirurgia plastica* si attestano, per la totalità delle risposte (il 100%), su un livello di probabilità basso, nel primo caso, e medio, nel secondo; mentre per la *Chirurgia toracica* le risposte degli intervistati tornano a spalmarsi abbastanza omogeneamente sui livelli medio, basso e bassissimo.

Una valutazione a parte merita anche il gruppo dei rispondenti che non afferiscono a *Nessun reparto specifico*. La variabilità della distribuzione delle frequenze - divise tra il 22,5% di chi considera Bassissima la possibilità di subire danni e il 25,0% di chi la ritiene invece Alta, con un picco, pari al 37,5%, di risposte sulla modalità Media - testimonia l'alto grado di diversificazione delle condizioni lavorative in cui opera questo personale ospedaliero "itinerante".

**Tav. 53 - Probabilità di subire danni alla salute per reparto: chirurgia e nessun reparto specifico (val. %)**

	Chirurgia	Chirurgia plastica	Chirurgia toracica	Chirurgia digestiva	Nessun reparto specifico
Bassissima	25,0	0,0	33,3	0,0	22,5
Bassa	25,0	0,0	33,3	100,0	15,0
Media	25,0	100,0	33,3	0,0	37,5
Alta	25,0	0,0	0,0	0,0	25,0
<b>Totale</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

L'inversione di tendenza emersa in alcuni dei casi esaminati, vale a dire il ritenere bassa la probabilità di subire danni sul lavoro da parte di intervistati afferenti a reparti che si caratterizzano per un alto rischio e, all'inverso, che siano più preoccupati di questa eventualità alcuni lavoratori assegnati a settori in cui vige una bassa presenza di fattori di rischio, potrebbe anche dipendere dal fatto che dove il rischio è più alto c'è, conseguentemente, un maggior controllo sulle condizioni di salute e sicurezza degli operatori, i quali sono quindi spinti a sentirsi più tranquilli in merito, mentre dove il rischio è più basso c'è meno attenzione e per questo motivo la probabilità di incorrere in infortuni e malattie è percepita come più alta.

Un discorso a parte è quello di come poi si traduca effettivamente in comportamenti concreti il grado di percezione manifestato dai lavoratori. Si potrebbe infatti verificare che laddove il rischio è maggiore, è maggiore il grado di conoscenza, ma è comunque minore il grado di attenzione: talvolta il personale è talmente abituato, nella routinaria quotidianità del lavoro, a maneggiare sostanze potenzialmente dannose, che l'estrema familiarità di questa situazione lo induce ad abbassare il proprio livello di attenzione.

Peraltro, il problema della sicurezza in ambiente sanitario risulta particolarmente complesso in quanto l'esposizione, nello specifico, al rischio chimico è legata a sostanze – in primo luogo i medicinali – che sono curative per definizione e, quindi, negli operatori può manifestarsi la tendenza a sottostimare questi rischi per sé valutando prioritariamente i rischi per il paziente: può cioè delinarsi un conflitto tra la tutela della propria salute e quella di coloro nei confronti dei quali si è chiamati a garantire cure e assistenza.

Per meglio approfondire queste prime riflessioni riguardo alle dimensioni sottese alla percezione dei rischi da parte dei lavoratori è opportuno procedere con l'analisi della seconda sezione in cui essa è stata articolata nel nostro questionario: **“L'esposizione a fattori di rischio sul lavoro”**.

Infatti, ai nostri fini analitici appare assai utile indagare il livello di esposizione percepita rispetto alle varie tipologie di rischio, così da valutare l'eventuale presenza di una simmetria/asimmetria tra il grado di timore manifestato dai lavoratori riguardo alla possibilità di subire danni mentre si lavora e l'essere esposti a fattori potenzialmente pericolosi che ne sono la causa.

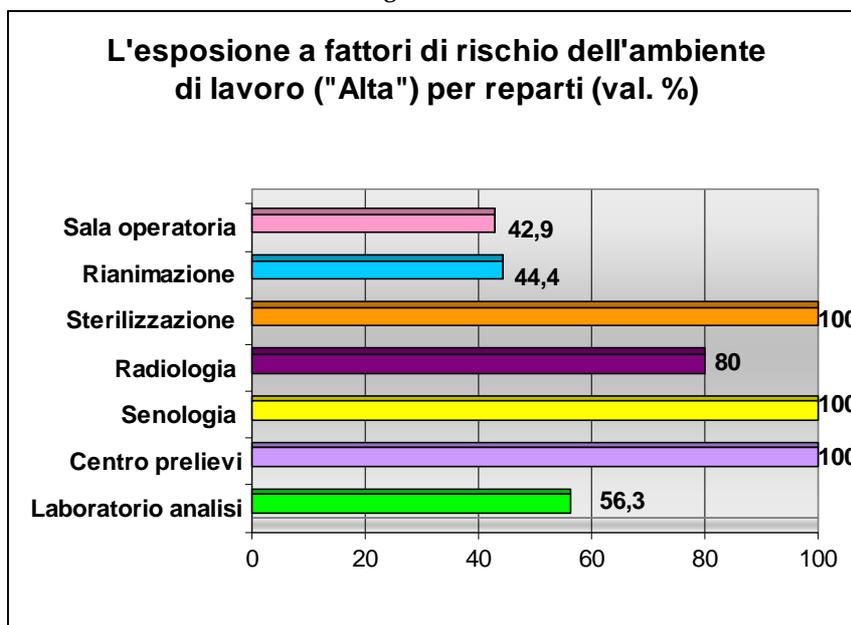
#### 4.3.1 L'esposizione a fattori di rischio dell'ambiente di lavoro

Durante lo svolgimento delle proprie mansioni il personale ospedaliero è esposto a rischi di natura fisica legati all'ambiente lavorativo connessi alla presenza di polveri, ad alte temperature o a radiazioni.

I reparti nei quali l'esposizione a questo tipo di fattori risulta più alta sono: il *Centro prelievi* (100%), *Senologia* (100%), *Sterilizzazione* (100%), *Radiologia* (80%), il *Laboratorio di analisi* (56,3%), *Rianimazione* (44,4%) e la *Sala operatoria* (42,9%).

Reparti riguardo ai quali è più difficile trarre conclusioni dall'analisi dei dati sono: l'*Ambulatorio riabilitazione*, che si divide tra una esposizione “Nulla” e “Discreta” (50% e 50%), *Otorino*, diviso tra “Bassa” e “Discreta” (50% e 50%) e *Chirurgia*, spaccata tra “Bassa” e “Alta” (50% e 50%).

Fig. 9



Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

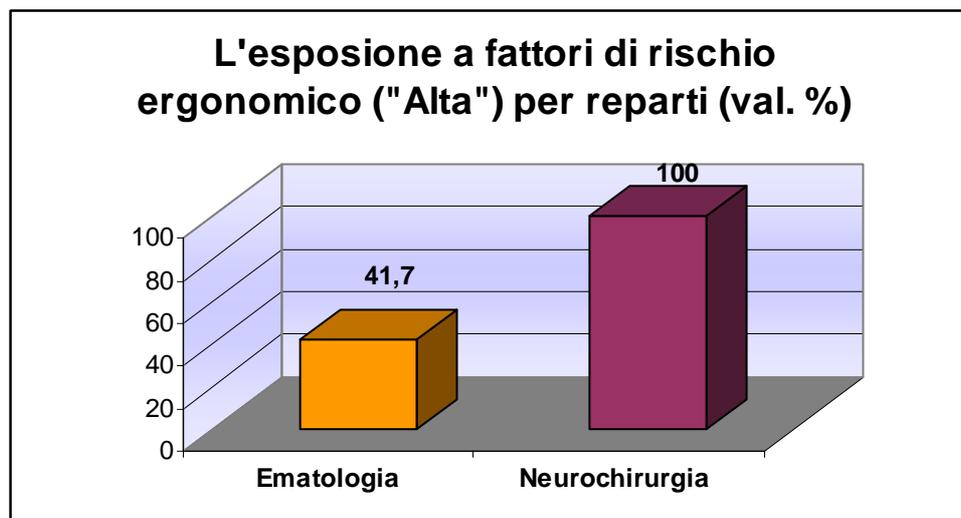
#### 4.3.2 L'esposizione a fattori di rischio ergonomico

Il personale che opera nelle aziende sanitarie spesso è sottoposto a sforzi fisici, si trova costretto a lavorare in posizioni scomode e a sollevare pesi rilevanti a causa della movimentazione sia di carichi inanimati (come le apparecchiature) sia, soprattutto, di pazienti che, talvolta, non sono in grado di collaborare.

I reparti nei quali i lavoratori sono maggiormente esposti a fattori di rischio ergonomico sono quelli di *Neurochirurgia* (100%) e di *Ematologia* (41,7%). Una posizione anomala si rileva nel caso dei settori di *Anatomia patologica* e *Otorino*, divisi percentualmente a metà tra un livello di esposizione "Basso" e uno "Discreto" (50% e 50%), così come quello del *Laboratorio farmaco cinetica*, le cui frequenze di risposta si spartiscono equamente tra un grado "Basso" e uno "Alto" (50% e 50%).

Dall'analisi comparata dei dati riguardanti i due tipi di rischio esaminati, emerge una relativamente maggiore rilevanza dell'esposizione a fattori di rischio dell'ambiente di lavoro, in quanto essa è stata dichiarata "Alta" in un elevato numero di reparti, rispetto all'esposizione al rischio ergonomico che, al contrario, risulta relativamente più sbilanciata su un livello basso.

Fig. 10



Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

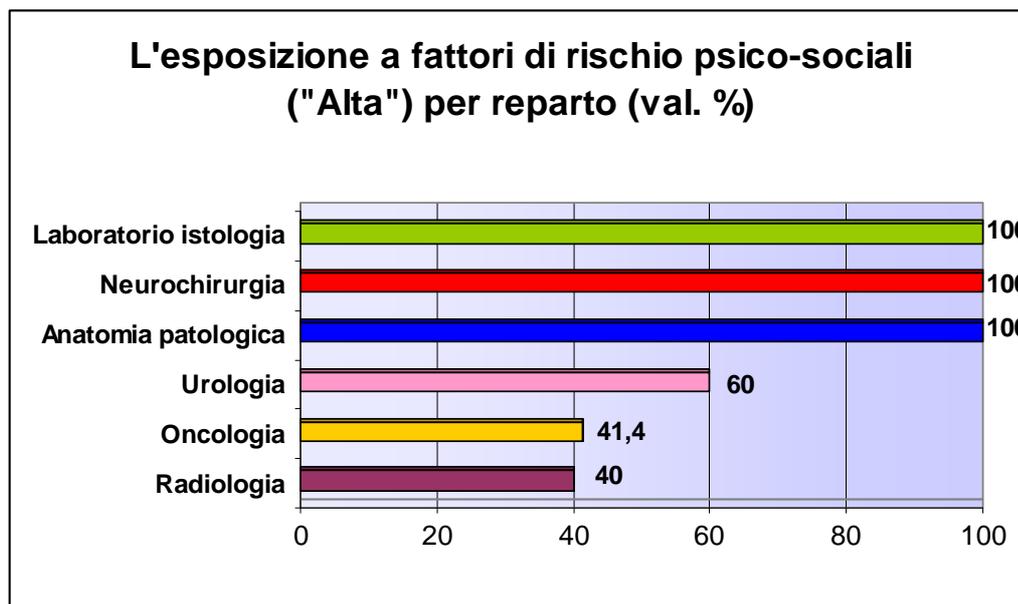
#### 4.3.3 L'esposizione a fattori di rischio psico-sociale

Con fattori di rischio psico-sociali s'intendono le condizioni lavorative che provocano "fatica nervosa" derivante sia dall'organizzazione del lavoro, sia dal carico emotivo che per loro natura comportano le professioni di cura e assistenza, le quali determinano tensioni e stress connessi alla elevata responsabilità che le caratterizzano.

I reparti in cui l'esposizione a questo tipo di rischio è più "Alta" sono: *Neurochirurgia* (100%), *Laboratorio istologia* (100%), *Anatomia patologica* (100%), *Urologia* (60%), *Oncologia* (41,4%) e *Radiologia* (40%). La contrastante suddivisione delle risposte fornite dagli intervistanti che lavorano nel settore *Preparazione antiblastici*, tra le modalità "Alta" e "Nulla" esposizione (40% e 40%), non sembra possa smentire la maggiore incidenza che questi fattori di rischio paiono avere nei reparti dedicati alla cura dei malati di tumore, se consideriamo, oltre ai dati già citati relativi a *Oncologia* e *Radiologia*, anche quelli riferiti a una "Discreta" presenza di tali fattori in *Senologia* (100%) e, ancora una volta, in *Radiologia* (40%).

E' da notare che, a differenza dei casi esaminati precedentemente, sono numerosi i reparti in cui si è affermato che l'esposizione a rischi psico-sociali risulta essere "Nulla" (*Centro prelievi* (100%) *Medicina nucleare* (75%), *Laboratorio fisica medica* (75%), *Chirurgia* (50%), *Nessun reparto specifico* (41%).

Fig. 11



Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

#### 4.3.4 La presenza di mobbing nel luogo di lavoro e di discriminazioni legate al genere e all'orientamento politico o sindacale

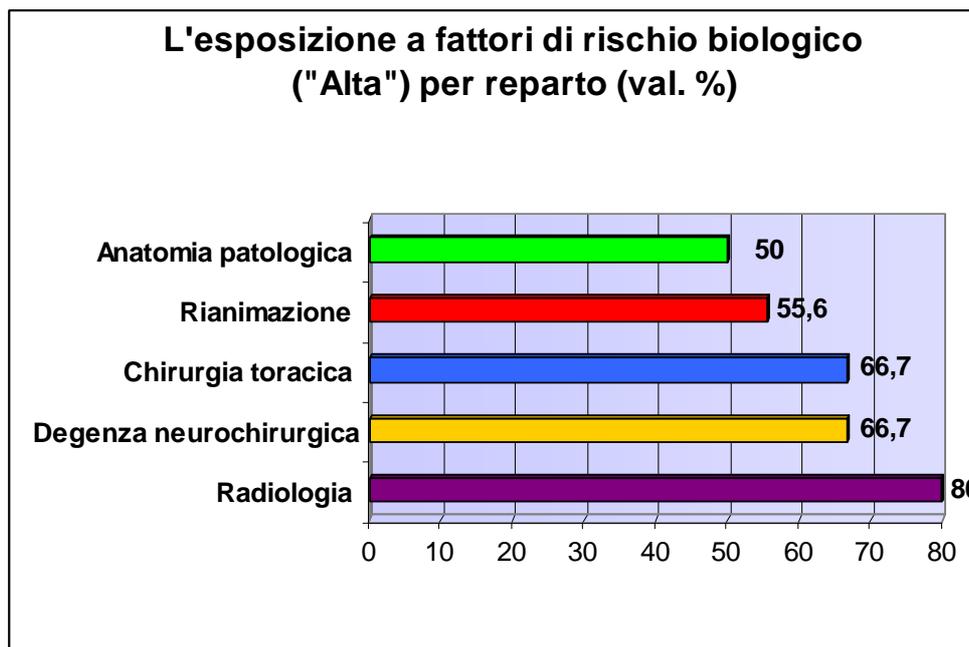
Per quanto riguarda la presenza di fattori di mobbing nel luogo di lavoro, l'analisi dei dati mostra che nella maggior parte dei reparti tale fenomeno viene valutato come "Per niente" o "Poco" diffuso. Tuttavia, si segnalano due casi di settori nei quali la totalità dei rispondenti (il 100%) lo ha considerato "Abbastanza" presente: Senologia, Anatomia patologica.

Le discriminazioni risultano generalmente poco diffuse tra i vari reparti, anche se si segnalano livelli più elevati nel caso di discriminazioni legate all'orientamento politico e al genere.

#### 4.3.5 L'esposizione a fattori di rischio biologico

I lavoratori delle aziende sanitarie sono fortemente esposti a pericoli per la salute derivanti da agenti biologici; dai risultati delle interviste effettuate si evince che la percezione di una "Alta" esposizione a tali fattori si polarizza sui reparti di: *Radiologia* (80%), *Degenza neurochirurgia* (66,7%), *Chirurgia toracica* (66,7%), *Rianimazione* (55,6%), *Anatomia patologica* (50%).

Fig. 12



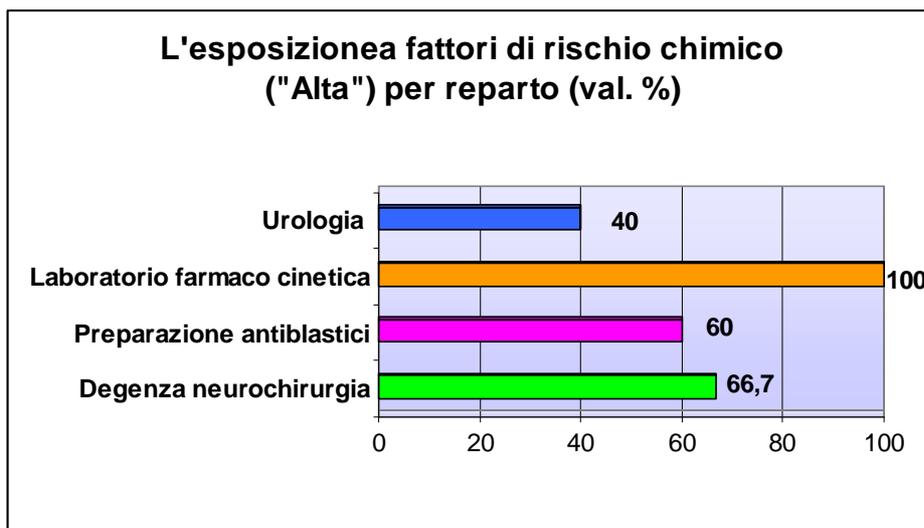
Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

#### 4.3.6 L'esposizione a fattori di rischio chimico

Analogamente molto diffusa è nelle strutture e nei servizi sanitari l'esposizione degli operatori a sostanze chimiche che, per quanto siano in genere non direttamente percepibili ai sensi umani, possono produrre nel corso del tempo seri danni all'organismo di chi ne è stato in contatto in maniera continuativa.

Se i lavoratori che dichiarano di essere altamente esposti a questi fattori di rischio appartengono fondamentalmente a quattro dei reparti analizzati, il *Laboratorio farmacocinetica* (100%), la *Degenza neurochirurgica* (66,7%), la *Preparazione antiblastici* (60%) e *Urologia* (40%), in altri ben sei settori si sostiene di essere comunque "Molto" esposti ad essi, *Sala operatoria* (71,4%), *Rianimazione* (55,6%), *Anatomia patologica* (100%), *Laboratorio istologia* (100%), *Chirurgia* (75%), *Chirurgia toracica* (66,7%), a dimostrazione di quanto questo tipo di rischio sia ampiamente diffuso nel settore ospedaliero e necessiti, pertanto, di una particolare attenzione in materia di tutela della salute e sicurezza del personale sanitario.

Fig. 13



Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Sempre al fine di analizzare a fondo il tema della percezione dei rischi nel comparto del settore sanitario oggetto di studio sono state indagate **le conseguenze del lavoro sulla salute fisica e psicologica dei lavoratori**, in modo da capire se, a fronte di un livello più o meno alto di consapevolezza riguardo alla possibilità di subire danni sul lavoro e all'esposizione ai fattori che possono determinarli, gli intervistati attribuiscono alle condizioni lavorative l'eventuale presenza di problemi fisici e psicologici.

I reparti in cui si registra una "Alta" presenza di problemi fisici sono nella maggioranza dei casi gli stessi in cui si rileva anche una "Alta" presenza di problemi psicologici, a dimostrazione dell'esistenza di una correlazione tra queste due sfere dell'incolumità personale che si definiscono sempre più chiaramente come due facce della stessa medaglia: quella dell'integrità, appunto, psico-fisica degli individui.

In particolare, sono in maggioranza i lavoratori del *Centro prelievi* e dei reparti di *Anatomia patologica*, *Radiologia* e *Chirurgia* ad aver dichiarato di subire delle conseguenze sia fisiche che psicologiche per la salute nello svolgimento delle proprie attività; mentre il personale dei reparti di *Senologia* e *Neurochirurgia* lamenta prioritariamente un'alta presenza di problemi fisici e quello del *Laboratorio di analisi* e di *Oncologia* di problemi psico-sociali.

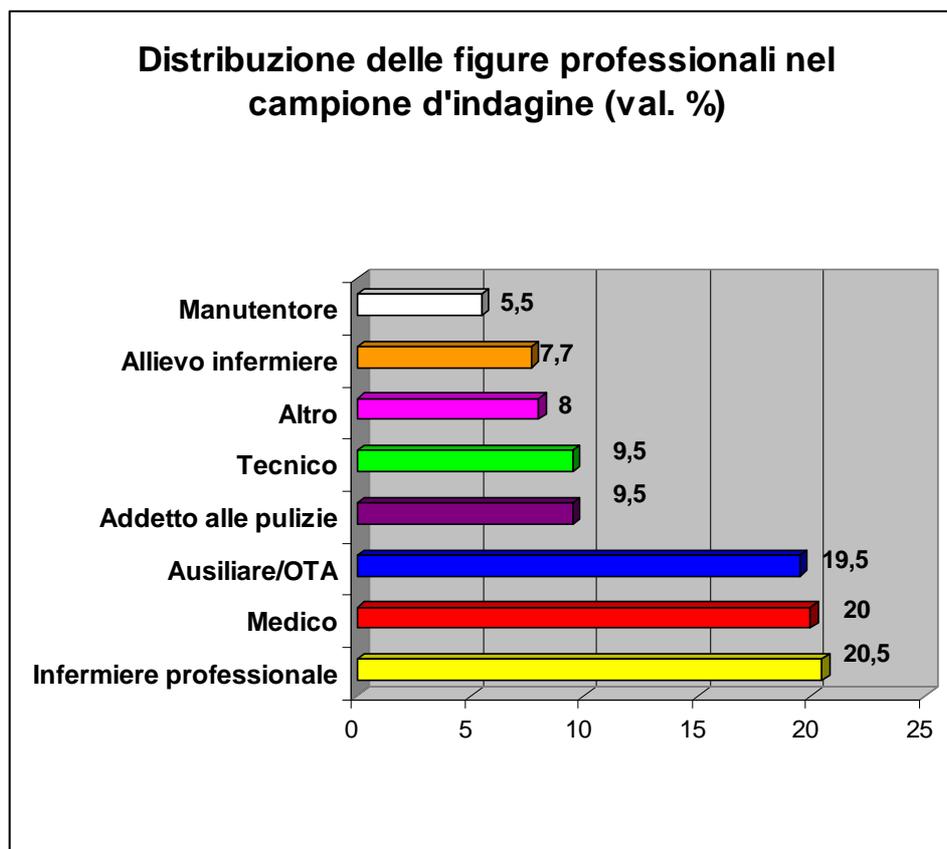
Come si evince dai dati fin qui analizzati, i reparti di *Anatomia patologica* e di *Radiologia*, oltre ad essere tra quelli segnalati per le conseguenze del lavoro sulla salute dei propri addetti, hanno anche registrato (vedi paragrafo precedente) un livello "Medio-alto" di preoccupazione dei lavoratori in relazione alla possibilità di subire un danno sul lavoro e sono caratterizzati, il primo, da alti livelli di esposizione a fattori di rischio psico-sociale e biologico, risultando anche "Molto" esposti a fattori di rischio

chimico, il secondo da alti livelli di esposizione a fattori di rischio dell'ambiente di lavoro, di rischio psico-sociale e biologico.

#### 4.4 Le figure professionali

Il 60% del campione è composto dalle figure professionali che svolgono attività di assistenza e di cura: essendo formato in prevalenza da medici e infermieri professionali (20,0% e 20,5%), seguiti dalla figura degli ausiliari e degli O.T.A (19,5%), dai tecnici e dagli allievi infermieri, che rappresentano rispettivamente il 9,5% e il 7,5% del campione. Il restante 23% del campione si divide tra il 9,5% degli addetti alle pulizie, il 5,5% dei manutentori e una quota pari all'8% che raccoglie altre figure residuali dell'ambiente ospedaliero, come i volontari.

Fig. 14



Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

E' interessante capire se la percezione dei rischi sul lavoro muta in relazione alle diverse professioni che operano all'interno dell'ospedale. Per quanto concerne la probabilità di subire un danno alla salute, essa si attesta su un livello medio per tutte le figure professionali, con la sola eccezione degli *Allievi infermieri*, che nella maggior parte considerano tale eventualità "Alta" (secondo il 46,7% di essi), mentre le risposte degli *Addetti alle pulizie* si polarizzano su entrambi i due livelli, medio e alto (con il 31,6% per ambedue le modalità). Si potrebbe supporre che la minore esperienza degli allievi li induca a sentirsi più vulnerabili rispetto alla possibilità che si verifichino incidenti sul lavoro portandoli quindi a stimare come più alta la probabilità di subire un infortunio o una malattia.

**Tav. 54 - Probabilità di subire danni sul lavoro in funzione della tipologia professionale (val. %)**

	Medico	Infermiere professionale	Ausiliare/Ota	Allievo infermiere	Manutentore	Addetto alle pulizie	Tecnico	Altro	Totale
Bassissima	22,5	4,9	17,9	0,0	9,1	21,1	5,3	31,3	14,5
Bassa	35,0	29,3	30,8	20,0	0,0	15,8	15,8	18,8	25,0
Media	37,5	41,5	33,3	33,3	81,8	31,6	47,4	37,5	40,0
Alta	5,0	24,4	17,9	46,7	9,1	31,6	31,6	12,5	20,5
<b>Totale</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

L'analisi del livello di esposizione ai vari fattori di rischio delle figure professionali, oltre ad affinare il percorso di lettura dei dati, può aiutarci a verificare la plausibilità di questa interpretazione.

Rispetto ai fattori di rischio dell'ambiente di lavoro le professioni più esposte risultano essere quella del tecnico (il 63,2% ne dichiara "Alta" l'esposizione) e quella del manutentore (il 45,5% ritiene la presenza di tali fattori "Discreta" o "Alta"). Per le restanti categorie di personale l'esposizione è "Bassa", con una polarizzazione del parere degli allievi infermieri anche su un livello discreto (33,3% per entrambi), a parziale conferma di quanto detto in precedenza.

Analogo trend si registra in riferimento alla valutazione della presenza di fattori di rischio ergonomico nello svolgimento del proprio lavoro: essa è ritenuta "Bassa" dal personale addetto alla cura e all'assistenza dei pazienti, in particolare da medici, infermieri professionali e ausiliari/ota, mentre gli allievi infermieri sono divisi tra "Bassa" e "Discreta"; su quest'ultimo livello di esposizione si attesta invece in massima parte il parere dei tecnici e delle restanti figure che compongono il campione (manutentore, addetto alle pulizie, altro).

Passando all'esame dei dati sull'esposizione percepita a fattori di rischio psicosociale, la situazione sembra capovolgersi: questa volta essa è meno avvertita dalle figure del manutentore e dell'addetto alle pulizie ("Per niente" per, rispettivamente, il 45,5% e il 36,8%), mentre è "Molto" percepita da medici e allievi infermieri e "Poco" da infermieri professionali e ausiliari/ota. Da notare la difficile interpretazione della posizione che assumono al riguardo i tecnici, le cui percentuali di risposta sono spalmate su tutte le modalità.

La tendenziale suddivisione tra le professioni strettamente "mediche" e le "altre" nella percezione del livello di esposizione ai rischi si manifesta anche in occasione della valutazione sulla presenza di mobbing nel luogo di lavoro per quanto essa sia generalmente considerata scarsa. Più in particolare, il mobbing risulta "Per niente" diffuso secondo i medici, gli infermieri professionali e gli ausiliari/ota, mentre non trova un giudizio uniforme negli allievi infermieri, divisi equamente su tutti i livelli di esposizione ("Per niente", "Poco", "Abbastanza"); al contrario, situazioni di mobbing sono ritenute maggiormente presenti dalle restanti figure professionali, passando dal "Poco" espresso dai manutentori all'"Abbastanza" degli addetti alla pulizie e dei tecnici.

E' invece omogeneo tra le varie professioni il parere sulla bassissima frequenza di discriminazioni dovute al genere e all'orientamento politico o sindacale.

L'esposizione a fattori di rischio sia biologico che chimico vede coinvolti soprattutto i medici, gli infermieri professionali e gli allievi infermieri (rispettivamente nelle modalità "Abbastanza" per la prima categoria e "Molto" per la seconda e la terza), mentre le altre professioni sono "Per niente-poco" sottoposte al contatto con agenti

biologici o chimici, con l'eccezione, per il solo rischio chimico, degli ausiliari/ota e degli addetti alle pulizie che dichiarano di essere anche loro "Abbastanza" esposti.

In definitiva, dall'analisi dei dati effettuata si evince che la percezione del livello di esposizione a fattori di rischio sul lavoro è differente a seconda che si tratti di personale che deve garantire assistenza e attività diagnostica e terapeutica o di lavoratori appartenenti alle altre variegata figure professionali che operano nell'ambiente sanitario, come sinteticamente illustrato nella tabella che segue.

Tav. 55 - Esposizione ai fattori di rischio sul lavoro in funzione della tipologia professionale (secondo la modalità che raccoglie il maggior numero di risposte)

	Medico	Infermiere professionale	Ausiliare/ Ota	Allievo infermiere	Manutentore	Addetto alle pulizie	Tecnico	Altro
Fattori di rischio dell'ambiente di lavoro	bassa	bassa	bassa	Bassa/ discreta	discreta/ alta	bassa	alta	discreta
Fattori di rischio ergonomico	bassa	bassa	bassa	Bassa/ discreta	Discreta	discreta	discreta	bassa
Fattori di rischio psico-sociale	molto	poco	poco	molto	per niente	per niente	poco/ abbastanza/ molto	per niente
Presenza di <i>mobbing</i>	per niente	per niente	per niente	per niente/poco /abbastanza	Poco	abbastanza	per niente/ abbastanza	per niente
Fattori di rischio biologico	abbastanza	molto	per niente-poco	molto	per niente-poco	per niente-poco	per niente-poco	per niente-poco
Fattori di rischio chimico	abbastanza	molto	abbastanza	molto	per niente-poco	abbastanza	abbastanza	per niente-poco

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

A dichiarare l'esistenza di problemi fisici correlati, in termini di conseguenze, all'attività lavorativa svolta sono gli infermieri - professionali e allievi -, i manutentori, gli addetti alle pulizie e, in misura maggiore rispetto ad essi, i tecnici.

Dichiarano invece un'alta presenza di problemi psicologici derivanti dal lavoro i medici, gli infermieri - professionali e allievi -, i tecnici e, in misura minore, i manutentori.

## 4.5 La tipologia contrattuale

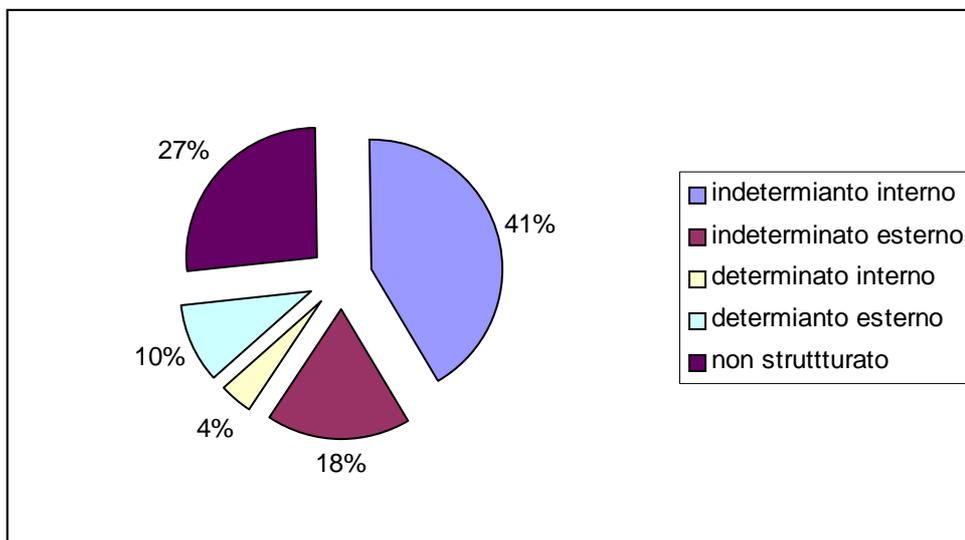
Di particolare interesse ai nostri fini analitici è lo studio dei dati in relazione alla tipologia contrattuale. La ripartizione per tipologia contrattuale non è rappresentativa dell'universo d'indagine, poiché in fase di campionamento si è deciso di distribuire le interviste in maniera da sopra rappresentare le forme di lavoro non-standard e i lavoratori assunti da aziende esterne. Questa scelta deriva dalla necessità di avere una base dati solida nell'ipotesi che la tipologia contrattuale sia una variabile molto discriminante nella definizione della percezione dei rischi e della condizione di salute individuale.

I lavoratori assunti con *contratto a tempo indeterminato* sono il 59,0% del campione (gli interni sono il 41,0%, gli esterni il 18,0%), i lavoratori assunti con contratto a tempo determinato sono il 14,0% (4,0% interni e 10,0% esterni), i *lavoratori con contratto non standard* sono il 27,0%.

I lavoratori che non hanno un contratto alle dipendenze lavorano principalmente in qualità di tirocinante o stagista (13%) o con un contratto di collaborazione (10%), mentre pressoché inesistente è il ricorso alla forma della collaborazione occasionale (1%).

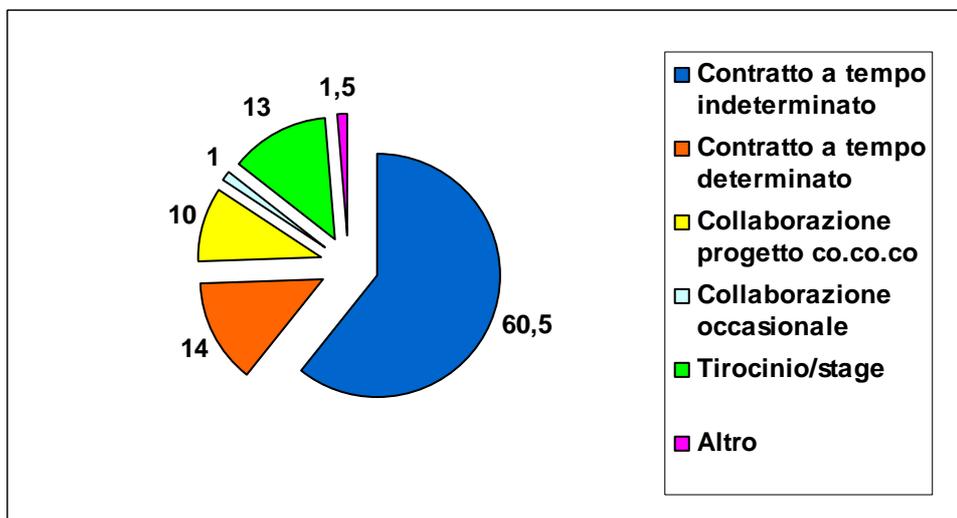
Tra coloro i quali hanno un contratto a termine la durata è nella maggior parte dei casi (il 16%) inferiore ai 6 mesi; la restante parte di questo sub-campione si divide piuttosto equamente tra "da i 6 mesi a 1 anno" e "più di 1 anno". Sette lavoratori su dieci sono stati assunti da un'azienda esterna all'IFO.

Fig 15  
La tipologia contrattuale (val. %)



Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Fig 16



Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

L'alta incidenza nel nostro campione d'indagine di lavoratori atipici ed esterni ci consente di analizzare il tema della percezione dei rischi da un'angolazione particolarmente feconda: quella derivante dalle modalità di percezione e di valutazione di una tipologia di lavoratori la cui esposizione ai rischi appare amplificata e

complessificata dalla “fragilità” contrattuale della propria condizione lavorativa e dal livello di integrazione nella struttura ospedaliera.

La possibilità di essere chiamati a svolgere mansioni non previste dal contratto, determinando così situazioni di de-responsabilizzazione e rendendo più difficile il risalire alla probabile causa di un infortunio (chi era l’addetto a quella macchina quel giorno, etc...), o il fatto che i tirocinanti non dispongano delle stesse informazioni sull’utilizzo di sostanze potenzialmente dannose a cui hanno accesso gli addetti (da cui la centralità del ruolo della formazione su cui si avrà modo di tornare più estesamente in seguito), sono solo alcuni esempi di situazioni in cui può trovarsi il lavoratore atipico e che lo rendono più vulnerabile ai pericoli che si annidano nei luoghi di lavoro rispetto al personale assunto. Ma quello che in questa sede analitica preme altresì sottolineare è che la stessa condizione contrattuale *no standard* la quale, come si è detto, è causa di una maggiore esposizione ai rischi per i lavoratori, allo stesso tempo, può paradossalmente indurre il personale atipico a sottostimare tali rischi: poiché è facile ipotizzare che nei soggetti che vivono una condizione di incertezza contrattuale la preoccupazione per la continuità lavorativa finisca col prevalere su quella per la propria incolumità psico-fisica durante lo svolgimento del lavoro, che viene così ad essere di fatto “oscurata”.

Del resto, l’inserimento di queste figure contrattuali *no standard* nei vari punti dell’intera filiera del lavoro in ospedale consente altresì di considerarli quale un potenziale “specchietto tornasole” delle condizioni di rischio lavorativo in ambiente sanitario; in tal senso, il focalizzare l’analisi sulla tipologia di lavoratore che è potenzialmente la più esposta ai fattori di rischio (pur se all’interno di un quadro di elaborazione dei dati rigorosamente comparativo rispetto alle altre forme contrattuali) permette di cogliere al meglio la mappa dei rischi e dei pericoli per tutti i lavoratori. Gli atipici possono cioè essere considerati come una sorta di *tester* per quanto riguarda l’influenza della condizione occupazionale sulla percezione dei rischi sul lavoro.

Da quanto è stato osservato discende quindi l’opportunità di proseguire lo studio delle variabili finora prese in esame correlandole con le tipologie contrattuali delle figure professionali intervistate e, in particolare, comparando i lavoratori *no standard* con quelli dipendenti rispetto alla percezione della probabilità di subire un danno sul lavoro e dell’esposizione ai fattori di rischio.

Dall’analisi dei dati emerge una correlazione tra la tipologia contrattuale e la percezione dei rischi sul luogo di lavoro.

Riguardo alla probabilità di subire un danno sul lavoro i lavoratori assunti a tempo indeterminato e quelli interni hanno livelli di allarme più elevati dei lavoratori non strutturati e dei lavoratori a tempo determinato esterni. Questi ultimi sono quelli che meno avvertono il pericolo di subire un infortunio o un danno sul lavoro.

Tav - 56 -Probabilità di subire danni sul lavoro in funzione della tipologia contrattuale

	indeterminato interno	indeterminato esterno	determinato interno	determinato esterno	non strutturato	Totale
bassissima	6,0	14,3	0,0	25,0	25,9	14,5
bassa	26,5	11,4	25,0	45,0	24,1	25,0
media	47,0	48,6	50,0	10,0	33,3	40,0
alta	20,5	25,7	25,0	20,0	16,7	20,5
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Passando all'analisi del livello di esposizione ai vari fattori di rischio emerge una forte correlazione tra la tipologia contrattuale e l'esposizione ai rischi.

*I lavoratori a tempo indeterminato interni* sono quelli che in assoluto dichiarano livelli più elevati di esposizione, per tutte le tipologie di rischi, eccezion fatta per il mobbing per il quale registrano valori nella media. In particolare dichiarano una forte esposizione a fattori di rischio biologico.

*I lavoratori a tempo indeterminato esterni* dichiarano una forte esposizione ai rischi tangibili (connessi all'ambiente di lavoro e all'ergonomia) mentre una minore presenza delle altre tipologie.

*I lavoratori a tempo determinato* sono quelli che meno si sentono esposti a fattori di rischio, in particolare quelli esterni che dichiarano i livelli più bassi di esposizione.

*I lavoratori atipici, non strutturati*, dichiarano bassi livelli di esposizione per i rischi tangibili, ma livelli elevati per i rischi intangibili, quali quelli psico-sociali e biologici, e molto elevati per quelli chimici.

Descrivendo lo stesso fenomeno focalizzando l'attenzione sulla tipologia di rischio emergono le seguenti correlazioni.

*I rischi "fisici e tangibili", legati all'ambiente di lavoro e all'ergonomia*, registrano livelli elevati tra i lavoratori a tempo indeterminato, sia interni che esterni.

*I rischi psico-sociali*, sono presenti tra i lavoratori a tempo indeterminato interni e dai lavoratori atipici.

*Il mobbing*, registra valori nella media per i lavoratori a tempo indeterminato, sia interni che esterni, e per i non strutturati, mentre i lavoratori a tempo determinato hanno valori inferiori alla media. Questa tipologia di rischio è però stata percepita come poco rilevante nel presente contesto d'indagine.

*I rischi "intangibili", come quelli biologici e chimici*, registrano valori elevati tra gli indeterminati interni e i non strutturati, e valori nella media per i determinati interni. Nello specifico tra i lavoratori non strutturati il rischio chimico ha valori anche più

elevati di quello biologico, mentre avviene il contrario tra i lavoratori a tempo indeterminato interni.

Considerando che la percezione dell'esposizione al rischio dipende dalla capacità di riconoscere i rischi presenti sul luogo di lavoro appare evidente come i lavoratori più strutturati siano gli unici ad avere una visione completa e corretta dei rischi sul luogo di lavoro.

**Tav. 57 - Livello di esposizione a fattori di rischio sul lavoro in funzione della tipologia contrattuale, livelli di esposizione rispetto alla media totale del campione.**

Legenda						
+++	++	+	M	-	--	---
Notevolmente superiore alla media	Molto superiore alla media	Superiore alla media	Nella media	Inferiore alla media	Molto inferiore alla media	Notevolmente inferiore alla media

	indeterminato interno	indeterminato esterno	determinato interno	determinato esterno	Non strutturato
Fattori di rischio dell'ambiente di lavoro	++	++	-	-	-
Fattori di rischio ergonomico	+	++	M	--	-
Fattori di rischio psico-sociale	++	--	--	--	+
Presenza di <i>mobbing</i>	M	M	--	-	M
Fattori di rischio biologico	+++	--	+	---	+
Fattori di rischio chimico	++	--	M	--	++

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Tav. 58 - Esposizione a differenti fattori di rischio per tipologia contrattuale (val. %)

		tipologia contrattuale					Media totale
		indeterminato interno	Indeterminato esterno	determinato interno	determinato esterno	non strutturato	
esposizione a fattori di rischio dell'ambiente di lavoro (indice)	nulla	7,2	2,9	12,5	15,0	16,7	10,0
	bassa	27,7	34,3	37,5	35,0	35,2	32,0
	discreta	25,3	25,7	25,0	25,0	38,9	29,0
	alta	39,8	37,1	25,0	25,0	9,3	29,0
	totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
esposizione a fattori di rischio ergonomico (indice)	bassa	33,7	28,6	62,5	40,0	53,7	40,0
	discreta	44,6	48,6	37,5	35,0	27,8	39,5
	alta	21,7	22,9		25,0	18,5	20,5
	totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
esposizione a fattori di rischio psicosociale (indice)	per niente	18,1	37,1	37,5	25,0	26,4	25,1
	poco	25,3	31,4	25,0	45,0	24,5	28,1
	abbastanza	25,3	14,3	12,5	10,0	28,3	22,1
	molto	31,3	17,1	25,0	20,0	20,8	24,6
	totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
valutazione della presenza di mobbing nel luogo di lavoro (indice)	per niente	47,0	42,9	62,5	45,0	44,4	46,0
	poco	18,1	22,9	12,5	25,0	22,2	20,5
	abbastanza	34,9	34,3	25,0	30,0	33,3	33,5
	totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
esposizione a fattori di rischio biologico (indice)	per niente-poco	30,1	85,7	12,5	55,0	27,8	41,0
	abbastanza	26,5	2,9	50,0	45,0	33,3	27,0
	molto	25,3	5,7	12,5	0,0	24,1	18,5
	moltissimo	18,1	5,7	25,0	0,0	14,8	13,5
	totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
esposizione a fattori di rischio chimico (indice)	per niente-poco	20,5	31,4	12,5	25,0	20,4	22,5
	abbastanza	32,5	48,6	50,0	55,0	31,5	38,0
	molto	34,9	14,3	12,5	15,0	29,6	27,0
	moltissimo	12,0	5,7	25,0	5,0	18,5	12,5
	totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Emerge una forte correlazione tra la tipologia contrattuale e l'esposizione ai rischi. Più un lavoratore è integrato all'interno della struttura di lavoro, perché ha un contratto standard o è assunto dall'azienda e non in appalto, più riesce a individuare i

fattori di rischio presenti, e di conseguenza manifesta livelli di attenzione più elevati rispetto alla probabilità di subire un infortunio o di contrarre una malattia.

I processi produttivi diventano sempre più frammentati e la diffusione delle forme di lavoro atipico sempre maggiore. Questa destrutturazione della filiera produttiva e la precarietà dei percorsi individuali dei lavoratori in essa coinvolti comporta una diseguale distribuzione dei rischi, che vanno a ricadere sulle aziende più fragili del sistema produttivo e sui soggetti più deboli del mercato del lavoro.

Per comprendere meglio la gravità delle condizioni di tutela e sicurezza dei lavoratori meno integrati nella struttura ospedaliera, bisogna considerare che il contesto d'indagine si caratterizza per la presenza di un coordinamento per la sicurezza impegnato nell'estensione dei diritti e delle tutele a tutti i lavoratori, attraverso la messa in atto di strategie di prevenzione e controllo. Lo stesso Rspg, consapevole della necessità di garantire maggiore sicurezza tra questi lavoratori, riscontra che uno dei problemi principali è la mancanza di una sinergia tra i soggetti coinvolti nell'arena decisionale sui temi della sicurezza, poiché spesso gli interessi si differenziano e sono legati a una diversa cultura della sicurezza. Un ulteriore problema individuato dallo stesso Rspg per la messa in atto delle strategie di prevenzione è quello della difficoltà che nel coinvolgere i lavoratori meno integrati all'interno della struttura ospedaliera.

Per completare l'esame delle correlazioni tra la condizione contrattuale dei lavoratori e le loro modalità di percezione dei rischi sul lavoro, può essere utile soffermarsi, seppure fuggevolmente, sulle variabili relative al grado di soddisfazione manifestato dagli intervistati riguardo allo svolgimento del proprio lavoro in ospedale.

Gli aspetti sui quali si nota una differenziazione in base alle diverse tipologie contrattuali, con un costante collocarsi dei lavoratori atipici su un grado di soddisfazione più basso degli altri, sono: *La soddisfazione per la propria attività lavorativa*, che risulta essere "Poca" per i lavoratori assunti – sia a tempo indeterminato (39,3%) che a tempo determinato (53,6%) – e pochissima per quelli *no standard* (42,3%); *La soddisfazione per la stabilità occupazionale* che è, a decrescere, "Abbastanza" per il tempo indeterminato (52,5%), "Poco" o "Per nulla" per il tempo determinato (39,3% in entrambi i livelli) e marcatamente "Per nulla" nel caso degli atipici (49,1%); *La soddisfazione per lo stipendio* che, nell'ambito di una generale scarsa soddisfazione, vede i lavoratori non strutturati come quelli meno soddisfatti di tutti: presentando la percentuale più alta di risposte per il "Per nulla" (46,2%).

## 4.6 L'organizzazione del lavoro

### 4.6.1 I tempi di lavoro

L'abituale orario di lavoro settimanale si polarizza su due classi: 31-36 e 37-40 ore, ma tale distribuzione si differenzia notevolmente tra tipologie contrattuali, per cui superano le 41 ore di lavoro settimanali soprattutto i lavoratori non strutturati (il 29,6% di loro) e quelli a tempo determinato assunti dall'ospedale (25,0%), sui quali grava un eccessivo carico di lavoro.

Tav. 59 - Tipologia di contratto per ore di lavoro settimanali (val.%)

		tipologia contrattuale					Totale
		Indeterminato ifo	Indeterminato no ifo	Determinato ifo	Determinato no ifo	non strutturato	
ore di lavoro settimanali	meno di 30	1,2	34,3	0,0	0,0	13,0	10,0
	31-36	48,2	14,3	37,5	85,0	35,2	42,0
	37-40	32,5	42,9	37,5	15,0	22,2	30,0
	oltre 41	18,1	8,6	25,0	0,0	29,6	18,0
Totale		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

La quasi totalità dei lavoratori intervistati (il 94,0%) è impiegata con una modalità di lavoro full-time, e più della metà di loro (il 55,5%) effettua dei turni di lavoro che si concentrano nei giorni feriali, anche se, come ovvio in una struttura ospedaliera, sono molti i turni nei giorni festivi (35,5% dei casi) e durante le ore notturne (19,0%).

Sei lavoratori su dieci effettuano lo straordinario prolungando le ore di lavoro (61,0%), mentre è minore la messa in atto di lavoro straordinario in giorni non lavorativi (24% dei casi). Dunque si preferisce prolungare l'orario quotidiano piuttosto che intervenire fuori dalla programmazione dei turni giornalieri, e questo comporta anche una minore prevedibilità dell'*overload*, ovvero del sovraccarico di lavoro mensile. La presenza di giornate di lavoro molto lunghe, con un carico eccessivo di lavoro, è molto forte. Se il 40% degli intervistati non effettua mai giornate di lavoro di più di 10

ore, un altro 40% lo fa tra 1 e 5 volte al mese e il 14,5% tra le 6 e le 10 volte, raggiungendo quindi consistenti sovraccarichi di lavoro.

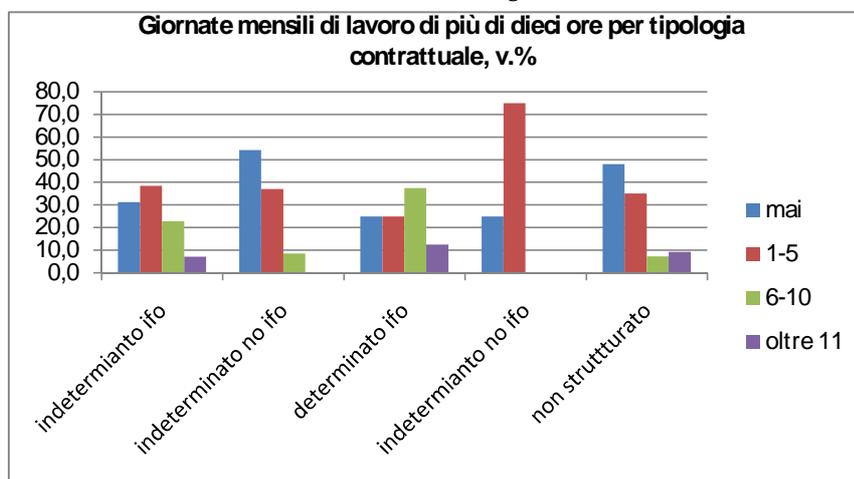
Sono soprattutto i lavoratori a tempo indeterminato, sia dell'Ifo che di aziende esterne, ad effettuare un minor numero di giornate lavorative che superano le dieci ore, mentre questo eccessivo carico di lavoro giornaliero pesa soprattutto sui lavoratori con contratti a termine, e in secondo luogo su quelli non strutturati.

**Tav. 60 - Giornate mensili con più di dieci ore di lavoro per tipologia contrattuale (val.%).**

	Tipologia contrattuale	Tipologia contrattuale					Totale
		indeterminato ifo	Indeterminate no ifo	determinato ifo	determinato no ifo	non strutturato	
Giornate mensili di lavoro di più di dieci ore	mai	31,3	54,3	25,0	25,0	48,1	39,0
	1-5	38,6	37,1	25,0	75,0	35,2	40,5
	6-10	22,9	8,6	37,5	0,0	7,4	14,5
	oltre 11	7,2	0,0	12,5	0,0	9,3	6,0
		100	100	100	100	100	100

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

**Fig. 17**



Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Questo maggiore carico di lavoro si traduce in una peggiore condizione di salute, sia fisica che psicologica, con dei divari notevoli che segnalano livelli preoccupanti di rischio per i lavoratori che per più di cinque volte al mese effettuano turni che superano le dieci ore di lavoro (più della metà di questi soggetti ha seri problemi di

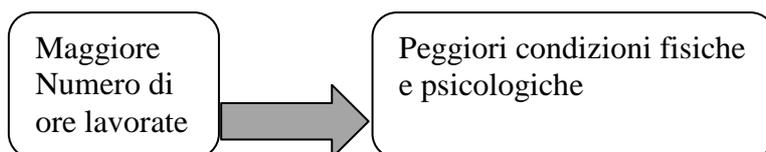
stress e fatica psicologica, e più di uno su tre ha una notevole presenza di problemi fisici).

**Tav. 61 - Insorgenza di problemi fisici e psicosociali per giornate mensili che superano le dieci ore di lavoro (val. %)**

		giornate mensili che superano le dieci ore di lavoro				Totale
		mai	1-5	6-10	oltre 11	
presenza di problemi fisici (indice)	nessuna	33,3	43,2	17,2	16,7	<b>34,0</b>
	bassa	14,1	12,3	6,9	16,7	<b>12,5</b>
	discreta	32,1	28,4	41,4	25,0	<b>31,5</b>
	alta	20,5	16,0	34,5	41,7	<b>22,0</b>
Totale		100,0	100,0	100,0	100,0	<b>100,0</b>
presenza di problemi psico-sociali (indice)	nessuna	39,7	44,4	20,7	16,7	<b>37,5</b>
	discreta	28,2	27,2	27,6	25,0	<b>27,5</b>
	alta	32,1	28,4	51,7	58,3	<b>35,0</b>
Totale		100,0	100,0	100,0	100,0	<b>100,0</b>

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Per circa il 13,0% degli intervistati è previsto il vincolo della reperibilità, che ricade soprattutto sul personale tecnico, e questo fattore si correla sia a una maggiore presenza di problemi fisici che psicologici, dunque per questi lavoratori è necessaria una migliore tutela, che, come vedremo di seguito, deve partire da una maggiore attenzione nell'organizzazione del lavoro e dei turni.



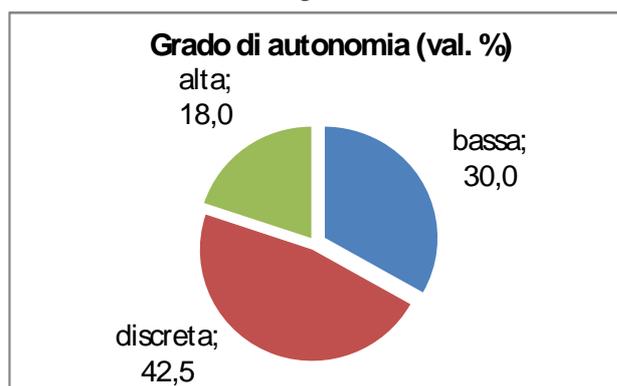
#### 4.6.2 Il grado di autonomia

L'autonomia di cui gode il lavoratore nello svolgimento del proprio lavoro e nella programmazione dei suoi tempi lavorativi è stata indagata attraverso l'osservazione di molteplici aspetti, per valutare il grado di libera scelta del lavoratore in merito a: a) prendere una pausa quando ritiene di averne bisogno; b) gestire con un buon margine di libertà i turni di lavoro; c) decidere quando prendere i giorni di ferie; d) modificare la velocità con cui svolge il lavoro; e) modificare i tempi di consegna del lavoro; f)

scegliere le modalità per eseguire il lavoro assegnato; g) modificare l'ordine dei compiti assegnati. L'autonomia è stata declinata, dunque, considerando la possibilità del lavoratore di controllare il proprio processo di lavoro e di amministrare i tempi di recupero, sia all'interno dei turni di lavoro, sia nella programmazione dell'anno lavorativo. Questa differenziazione è stata effettuata prendendo come modello teorico di riferimento l'indagine effettuata ogni cinque anni dalla "European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions", e a questo modello sono state apportate delle modifiche per adattarlo al nostro contesto d'indagine<sup>32</sup>. L'Eurofound svolge la propria indagine su uno spettro molto ampio di tipologie professionali e considera, nella valutazione dell'autonomia, anche l'influenza che ha il lavoratore nella scelta dei propri colleghi. Poiché tale possibilità di scelta, nel contesto lavorativo ospedaliero, è inesistente o quasi, si è preferito analizzare il rapporto con i colleghi separatamente dal grado di autonomia, per avere un indicatore effettivamente più congruo con l'oggetto della nostra ricerca.

Nel complesso l'organizzazione di tempi e di mansioni è discretamente autonoma per gran parte del campione (il 42,5%), mentre è bassa per un lavoratore su tre (30,0%) e alta per uno su cinque (18,0%).

Fig. 18



Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Le decisioni che i lavoratori possono prendere con una maggiore autonomia sono: *prendere una pausa quando ritiene di averne bisogno e scegliere le modalità per eseguire il*

---

<sup>32</sup> European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Fourth European Working Conditions Survey, 2007. Questa ricerca, condotta allo scopo di migliorare la qualità del lavoro in Europa, viene effettuata ogni cinque anni, a partire dal 1990. Inizialmente la ricerca coinvolgeva 12 Stati, e l'inclusione di nuovi Paesi nell'indagine è proceduta di pari passo con l'allargamento dell'Unione Europea: nel 1995 la ricerca ha riguardato 15 Paesi, nel 2000 si sono aggiunti i 10 nuovi Stati membri, insieme a Bulgaria, Romania e Turchia, nel 2005 la ricerca è stata svolta in 31 Paesi: i 25 Stati dell'Unione Europea, i due paesi acceding (Bulgaria e Romania), i Paesi candidati (Croazia e Turchia), nonché Norvegia e Svizzera, che finanziano la propria partecipazione alla ricerca.

lavoro assegnato, decidere quando prendere i giorni di ferie. La decisione su cui c'è un minor margine di autonomia è: *modificare i tempi di consegna del lavoro* (poiché questi sono dettati dalla condizione di salute dei pazienti e dalla peculiarità del lavoro ospedaliero). Dividono il campione in due parti quasi uguali, con un leggero sbilanciamento in favore di chi ha una maggiore autonomia: *gestire con un buon margine di libertà i turni di lavoro; modificare la velocità con la quale si svolge il lavoro, modificare l'ordine dei compiti assegnati.*

**Tav. 62 - Autonomia dei lavoratori (val.%)**

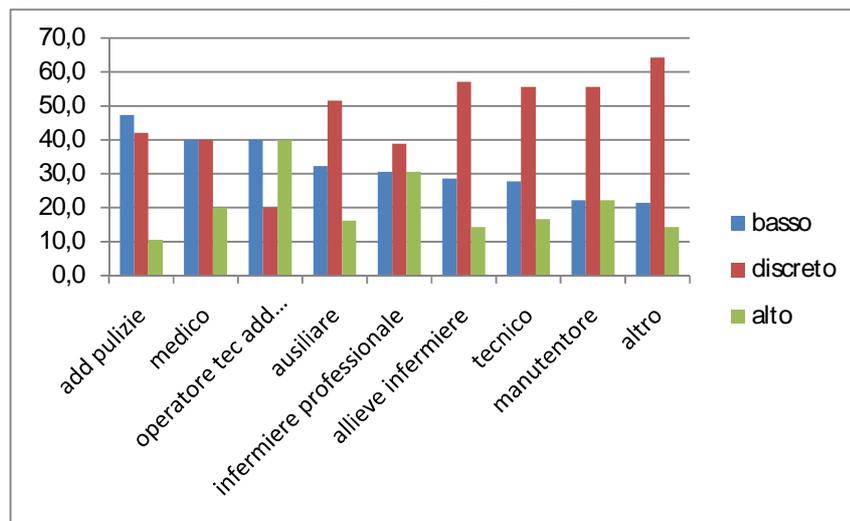
Nel prendere una pausa	77,0
Nella scelta di modalità per eseguire lavoro	72,0
Nel decidere quando andare in ferie	62,0
Nel modificare la velocità lavoro	57,5
Nel modificare ordine compiti assegnati	52,5
Nello gestire turni di lavoro	51,5
Nel modificare tempi consegna lavoro	29,5

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Sono gli addetti alle pulizie, i medici e gli ausiliari quelli con una minore autonomia, mentre sono più garantite da questo punto di vista le professionalità tecniche.

Il livello di autonomia, seppure leggermente più basso per i lavoratori esterni e non strutturati, dipende soprattutto dalla tipologia professionale e non dalla condizione contrattuale.

**Fig. 19 Grado di autonomia sul lavoro per tipologia professionale (val.%)**



Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Secondo la nostra indagine il grado di autonomia del lavoratore si correla sia con l'insorgenza di problemi fisici e psicologici, sia con la probabilità percepita di subire un danno sul lavoro.

I lavoratori con un minore grado di autonomia sono quelli che più dichiarano la probabilità di subire danni psico-sociali, e sono quelli che più dichiarano di avere contratto dei disturbi psicologici, come ad esempio lo stress.

Dunque una maggiore autonomia sul lavoro garantisce una maggiore tutela della salute dal punto di vista psicologico. Ma è interessante osservare come anche la salute fisica sia una variabile strettamente collegata al grado di autonomia: una maggiore autonomia si accompagna a una migliore condizione fisica, a testimonianza che la tutela fisica e quella psicologica sono tra loro correlate.

**Tav. 63 - Presenza di rischi psico-sociali per grado di autonomia (val.%)**

		indice di autonomia			Totale
		bassa	discreta	alta	
rischi psico-sociali	per niente	20,0	15,3	47,2	23,2
	poco	28,3	34,1	22,2	29,8
	abbastanza	20,0	28,2	19,4	23,8
	molto	31,7	22,4	11,1	23,2
Totale		100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

**Tav. 64 - Insorgenza di problemi fisici e psico-sociali per grado di autonomia (val.%)**

		autonomia			Totale
		bassa	discreta	alta	
problemi di salute fisici	nessuna	25,0	32,9	38,9	31,5
	bassa	6,7	17,6	22,2	14,9
	discreta	40,0	28,2	27,8	32,0
	alta	28,3	21,2	11,1	21,5
Totale		100,0	100,0	100,0	100,0
problemi di salute psico-sociali	nessuna	25,0	32,9	38,9	31,5
	bassa	13,3	3,5	5,6	7,2
	discreta	15,0	32,9	25,0	25,4
	alta	46,7	30,6	30,6	35,9
Totale		100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

I lavoratori che godono di una maggiore autonomia sono anche quelli che avvertono come meno alta la probabilità di subire un danno sul lavoro. La possibilità di amministrare e programmare il lavoro li rende più sicuri nel loro svolgimento, fornendo delle opportunità di difesa contro lo stress e il sovraccarico emotivo.

Tav. 65 - Probabilità di subire un danno sul lavoro per grado di autonomia (val.%)

		autonomia			Totale
		bassa	discreta	alta	
Probabilità di subire danni sul lavoro	bassissima	11,7	9,4	25,0	13,3
	bassa	23,3	27,1	25,0	25,4
	media	35,0	44,7	41,7	40,9
	alta	30,0	18,8	8,3	20,4
Totale		100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

È importante precisare come la formazione non intervenga a mutare questo genere di correlazioni, sia se la intendiamo come formazione professionale che come formazione specifica per la salute e sicurezza. Dunque anche a fronte di un sistema formativo efficace è poi l'organizzazione del lavoro che più incide nella tutela effettiva dei lavoratori.



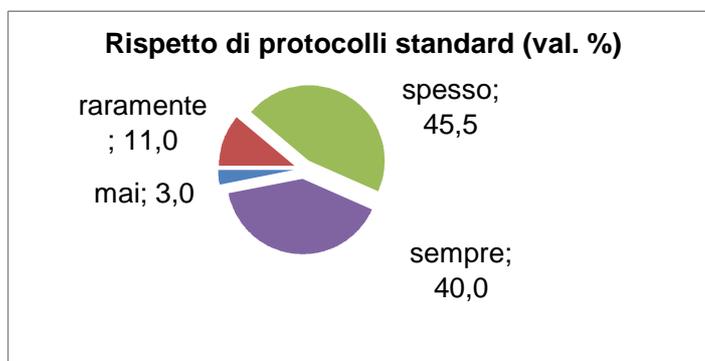
#### 4.6.3 Il controllo esercitato sul lavoro

Il controllo esercitato sull'operato dei lavoratori è stato indagato facendo riferimento non tanto al concetto di valutazione e alla supervisione dei superiori (elementi che hanno un forte margine di soggettività, e che sono analizzati a parte nel presente rapporto), ma alla necessità di rispettare standard oggettivi che orientano, definiscono e limitano la libertà di azione individuale all'interno dell'ospedale.

Il contesto ospedaliero, come da ipotesi, si caratterizza per un elevato grado di controllo esercitato sugli individui e sull'organizzazione del lavoro: difatti ben l'85,0%

del campione deve attenersi al rispetto di protocolli standard (il 45,7% deve farlo sempre, il 40,2% spesso).

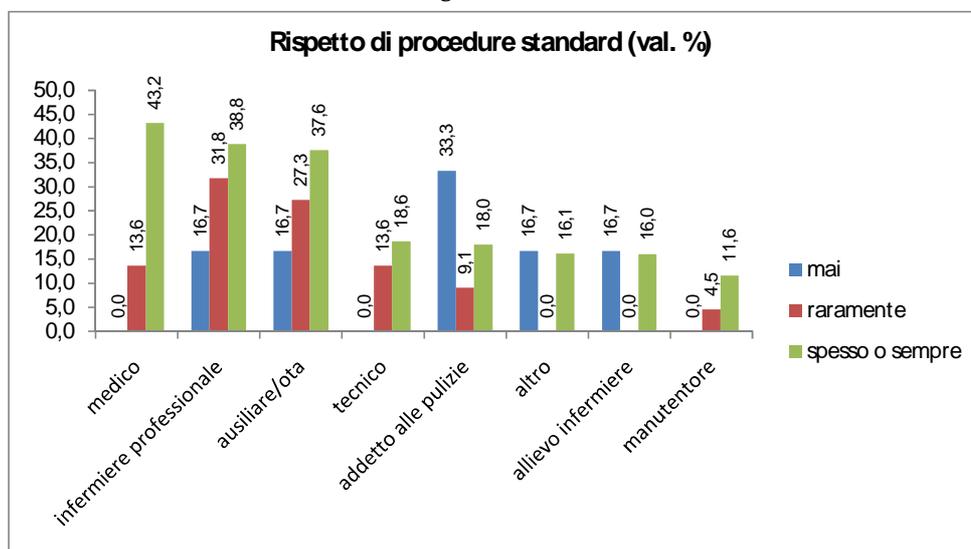
Fig. 20



Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

I lavoratori si distinguono in due gruppi abbastanza definiti per quanto riguarda la necessità di rispettare dei protocolli standard: da un lato vi sono i medici, gli infermieri professionali, gli ausiliari e gli Ota, per i quali è molto frequente l'esigenza di rispettare delle procedure definite; dall'altro vi sono gli addetti alle pulizie, gli allievi infermieri, i manutentori e altre figure (come ad esempio i tirocinanti e i volontari), per i quali le pratiche lavorative sono meno soggette ad essere controllate.

Fig. 21



Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

In un contesto come quello ospedaliero la dimensione del controllo e l'applicazione di standard ben definiti deve considerarsi come una misura di tutela nei confronti sia del lavoratore che dei pazienti, e non come un limite alla libertà di azione individuale.

La presenza di standard è dunque un elemento difensivo, una protezione funzionale alla tutela della salute, in un ambiente come quello ospedaliero dove le emergenze

sono all'ordine del giorno e avere procedure ben definite aiuta ad orientare il lavoratore nello svolgimento delle proprie mansioni, anche a fronte di imprevisti. La presenza di procedure standard da seguire, in tale contesto, è un valore aggiunto per la tutela degli individui, poiché ne orienta le azioni e consente di coordinare il lavoro in gruppo.

Eppure nella nostra ricerca la correlazione tra questa variabile e la tutela della salute e della sicurezza non emerge con chiarezza, questo perché, evidentemente, sono altre le variabili influenti. Ad esempio in un ospedale gli eventi imprevedibili sono molti: al 22,6% dei lavoratori capita continuamente di dovere prendere delle decisioni per fronteggiare delle situazioni, e il 66,3% deve spesso o sempre risolvere situazioni inattese. Dunque è necessario, oltre a uno sforzo di costruzione e applicazione di protocolli standard, anche promuovere una capacità individuale nella risoluzione dei problemi, per evitare che gli imprevisti non codificati si trasformino in un'incapacità di azione da parte del singolo lavoratore.

**Tav. 66 - Con quale frequenza vengono attuati alcuni comportamenti (val.%)**

	mai	rarament e	spesso	sempre	Totale
richiedere collaborazione dei colleghi	8,5	20,1	49,2	22,1	100,0
richiedere assistenza superiori	15,1	39,7	36,2	9,0	100,0
prendere decisioni per fronteggiare situazioni	12,1	16,1	49,2	22,6	100,0
risolvere situazioni impreviste	9,0	24,6	47,7	18,6	100,0

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

#### 4.6.4 Il clima aziendale

I fattori verso i quali i lavoratori sono più insoddisfatti sono *le prospettive di carriera e lo stipendio*; i fattori su cui si è piuttosto soddisfatti sono invece: *le mansioni assegnate, le attività svolte e l'orario di lavoro*. Infine, riguardo all'*autonomia, il rispetto dei diritti, il ritmo di lavoro e l'ambiente strutturale di lavoro*, sebbene la maggior parte dei rispondenti si posizioni su un livello di media soddisfazione (ritendendosi abbastanza soddisfatto), si nota come la percentuale di quanti hanno detto di essere "poco" soddisfatti pesi sempre di più di quella di coloro che hanno dichiarato di esserlo "molto".

**Tav. 67 - Grado di soddisfazione rispetto ad alcuni aspetti lavorativi (val.%)**

	per nulla	poco	abbastanza	molto	totale
stabilità occupazionale	21,1	17,1	38,2	23,6	100,0
orario lavoro	2,5	13,1	64,8	19,6	100,0
ambiente strutturale lavoro	7,6	22,7	52,5	17,2	100,0
attività svolte	4,0	16,6	63,8	15,6	100,0
autonomia decisionale	16,6	22,6	45,7	15,1	100,0
mansioni assegnate	5,5	15,6	67,3	11,6	100,0
prospettive di carriera	35,5	31,0	22,8	10,7	100,0
ritmo di lavoro	13,6	24,6	54,8	7,0	100,0
rispetto dei diritti	15,2	32,3	46,0	6,6	100,0
stipendio	29,8	44,9	23,2	2,0	100,0

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Nel complesso il livello di soddisfazione è abbastanza basso: i lavoratori per niente soddisfatti sono il 14,2%, mentre quelli pochissimo o poco soddisfatti rappresentano il 71,1%.

**Tav. 68 - Indice di soddisfazione complessiva rispetto ad alcuni aspetti lavorativi (val.%)**

	per niente	pochissimo	poco	abbastanza	Totale
	14,2	32,0	39,1	14,7	100,0

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Vi è una correlazione positiva tra l'autonomia e il clima di lavoro: i lavoratori più autonomi sono anche quelli più soddisfatti.

**Tav. 69 - Indice di soddisfazione per grado di autonomia (val.%)**

		autonomia			Totale
		bassa	discreta	alta	
Indice di soddisfazione	per niente	23,7	12,9	5,6	15,0
	pochissimo	32,2	34,1	27,8	32,2
	poco	37,3	42,4	36,1	39,4
	abbastanza	6,8	10,6	30,6	13,3
Totale		100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

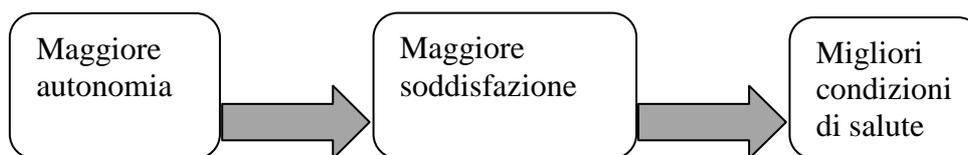
E si registra una correlazione tra il livello di soddisfazione e la presenza di problemi psico-sociali, per cui un lavoratore più soddisfatto è anche quello che tendenzialmente ha una migliore salute psicologica.

Tav. 70 - Presenza di problemi psicologici per indice di soddisfazione (val.%)

		soddisfazione per la propria attività lavorativa (indice)				Totale
		per niente	pochissimo	poco	abbastanza	
presenza di problemi psicologici (indice)	nessuna	17,9	33,3	40,3	55,2	37,1
	discreto	17,9	27,0	29,9	31,0	27,4
	alta	64,3	39,7	29,9	13,8	35,5
<b>Totale</b>		<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Possiamo così affermare che una maggiore autonomia, e dunque una maggiore presenza di diritti e tutele in merito all'amministrazione dei tempi, è garante di una maggiore salute psicologica.



#### 4.6.5 Lo svolgimento del lavoro

L'aspetto che più incide nel lavoro è indubbiamente la necessità di mantenere una qualità elevata (per il 46,2% del campione), dovuta alla natura stessa del lavoro di cura, mentre il secondo aspetto è la collaborazione dei colleghi, ritenuto fondamentale per il 24,1% dei lavoratori, determinato dall'importanza del team-working in ambito ospedaliero.

Tav. 71- Aspetto che più incide nel lavoro (val.%)

mantenere una qualità elevata	46,2
la collaborazione dei colleghi	24,1
le richieste dei pazienti	18,1
la velocità del lavoro	11,6
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

La necessità di mantenere una qualità elevata è soprattutto sentita dai medici, dagli infermieri professionali, dai tecnici, dagli addetti alle pulizie. I soggetti che sentono come indispensabile e vincolante la collaborazione dei colleghi sono soprattutto gli allievi infermieri. Le richieste dell'utenza condizionano in maniera abbastanza omogenea l'operare di tutte le professionalità, eccezione fatta per i manutentori.

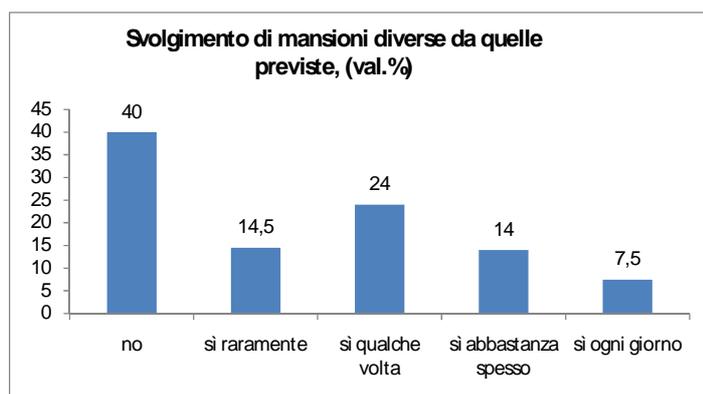
Tav. 72 - Aspetto che più incide nel lavoro per tipologia professionale (val.%)

		Tipologia professionale								Totale
		medico	infermiere professionale	ausiliare/ ota	allievo infermiere	manutentore	addetto alle pulizie	tecnico	altro	
aspetto che più incide nel lavoro	mantenere una qualità elevata	57,5	53,7	20,5	20,0	54,5	42,1	52,6	80,0	<b>46,2</b>
	le richieste dell'utenza	25,0	14,6	15,4	20,0	9,1	21,1	26,3	6,7	<b>18,1</b>
	la velocità del lavoro	10,0	9,8	28,2	6,7	0,0	5,3	5,3	6,7	<b>11,6</b>
	la collaborazione dei colleghi	7,5	22,0	35,9	53,3	36,4	31,6	15,8	6,7	<b>24,1</b>
<b>Totale</b>		<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Per il 40,0% dei lavoratori vi è una forte coerenza tra le mansioni previste dal contratto e l'effettivo svolgimento del lavoro, mentre il 22,0% si trova frequentemente a dovere eseguire compiti che non gli spetterebbero, e tra questi in particolare capita agli ausiliari, ai tecnici e ai medici.

Fig. 22 Svolgimento di mansioni diverse da quelle previste (val.%)



Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Lo svolgimento di mansioni non previste è un fattore che si correla a una cattiva organizzazione del processo di lavoro, e comporta un maggiore rischio per la salute fisica e psicologica: difatti i soggetti che più spesso devono svolgere mansioni che esulerebbero dai compiti stabiliti - dalla programmazione del lavoro o dal contratto - sono anche i soggetti che hanno maggiori problemi fisici e psicologici.

Tav. 73 - Svolgimento di mansioni diverse da quelle previste per presenza di problemi fisici e psicologici (val.%)

Svolgimento di mansioni diverse da quelle previste	problemi fisici (indice)				Totale	problemi psicologici (indice)			Totale
	nessuno	basso	discreto	alto		nessuno	discreto	alto	
no	48,5	32,0	38,1	34,1	40,0	44,0	45,5	31,4	40,0
si raramente	14,7	16,0	14,3	13,6	14,5	16,0	9,1	17,1	14,5
si qualche volta	27,9	20,0	27,0	15,9	24,0	30,7	20,0	20,0	24,0
si abbastanza spesso	4,4	28,0	12,7	22,7	14,0	5,3	18,2	20,0	14,0
si ogni giorno	4,4	4,0	7,9	13,6	7,5	4,0	7,3	11,4	7,5
<b>totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

I problemi maggiori nel caso di assenza per malattia o infortunio sono generati con i colleghi (nel 45,5% dei casi), poiché è su di loro che ricade l'eccessivo carico di lavoro, anche se questo ha delle conseguenze spiacevoli anche nel rapporto con i superiori (nel 34,3% dei casi).

**Tav. 74 - Problemi provocati dalle assenze per malattia o infortunio (val.%)**

	nessuno o poco	abbastanza	molto	Totale
con i superiori	38,4	27,3	34,3	100,0
con i colleghi	35,9	18,7	45,5	100,0

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Questo perché l'organizzazione in team è l'elemento chiave nello svolgimento del lavoro, infatti un lavoratore su cinque non può quasi mai svolgere una propria mansione senza richiedere la collaborazione dei colleghi, mentre molto meno spesso si fa riferimento ai superiori.

In particolare i soggetti che più devono richiedere l'assistenza dei colleghi sono gli allievi infermieri, i medici e i manutentori, soggetti per i quali, dunque, il lavoro di squadra risulta fondamentale.

**Tav. 75 - Frequenza nel richiedere la collaborazione dei colleghi per tipologia professionale (val.%)**

		Tipologia professionale								Totale
		medico	infermiere professionale	Ausiliare /ota	allievo infermiere	Manu tentore	addetto pulizie	tecnico	altro	
freq richiedere collaborazione dei colleghi	mai	0,0	0,0	15,4	0,0	9,1	47,4	5,3	0,0	<b>8,5</b>
	raramente	7,5	12,2	38,5	0,0	18,2	36,8	26,3	20,0	<b>20,1</b>
	spesso	82,5	51,2	33,3	60,0	36,4	10,5	52,6	40,0	<b>49,2</b>
	sempre	10,0	36,6	12,8	40,0	36,4	5,3	15,8	40,0	<b>22,1</b>
<b>Totale</b>		<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

## 4.7 La biografia individuale

In questa sezione analizzeremo la relazione che intercorre tra la biografia individuale del lavoratore, le condizioni di salute e di sicurezza e la percezione dei rischi; in particolare le variabili oggetto di nostro interesse saranno: il sesso, l'età e l'esperienza lavorativa<sup>33</sup>. Quest'analisi è necessaria per comprendere l'influenza di variabili esterne e indipendenti rispetto al contesto lavorativo, e descrivere il fenomeno oggetto d'indagine in maniera ancora più completa.

### 4.7.1 Le differenze di genere

Il genere dell'intervistato risulta una variabile influente nel determinare le condizioni di sicurezza: le differenze tra i sessi sono notevoli per quanto riguarda la presenza di problemi fisici e psicologici, e per le lavoratrici si registra una maggiore insorgenza di malattie di origine lavorativa.

Tav. 76 - Presenza di problemi fisici e psicologici per genere (val. %)

		genere		Totale
		maschio	femmina	
presenza di problemi fisici (indice)	nessuna	35,6	32,7	34,0
	bassa	15,6	10,0	12,5
	discreta	31,1	31,8	31,5
	alta	17,8	25,5	22,0
<b>Totale</b>		100,0	100,0	100,0
presenza di problemi psicologici (indice)	nessuna	37,8	37,3	37,5
	discreta	31,1	24,5	27,5
	alta	31,1	38,2	35,0
<b>Totale</b>		100,0	100,0	100,0

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

<sup>33</sup> Per quanto riguarda la cittadinanza, altro elemento in ipotesi rilevante, l'esiguo numero di casi non consente di ottenere delle inferenze forti. I pochi soggetti intervistati, comunque, lasciano emergere con chiarezza la presenza di una scarsa cultura del rischio tra i lavoratori migranti. La bassa percezione dei rischi e la scarsa conoscenza degli stessi, nonché l'ignoranza rispetto ai diritti e agli strumenti di tutela, non dipendono solamente dalla differente origine etnica ma anche, e soprattutto, dall'organizzazione del lavoro in cui sono inseriti e dalla tipologia contrattuale (hanno un forte carico di lavoro, delle posizioni meno qualificate ed integrate nella struttura ospedaliera, rispetto ai lavoratori italiani).

Questa discriminazione dipende dalla tipologia di lavoro svolto e dalla posizione dell'intervistato all'interno della struttura produttiva dell'ospedale, eppure è evidente che queste differenze non sono imputabili solamente al contesto lavorativo, ma hanno una causa che possiamo definire strutturale, riferita al sistema sociale, in particolare al mercato del lavoro italiano. Difatti la peggiore condizione femminile è data non tanto da una peggiore organizzazione del lavoro all'interno dell'ospedale, ma piuttosto dalla discriminazione in entrata e nei percorsi di carriera, come indicato dai nostri dati: non emergono significative correlazioni tra l'organizzazione del lavoro e il genere, ma piuttosto emerge una sfavorevole posizione delle donne all'interno della struttura ospedaliera, provocata da una sfavorevole posizione delle donne nel mercato del lavoro.

Si segnalano delle forti differenze di genere nella tipologia di contratto, a svantaggio del sesso femminile: per quanto riguarda i lavoratori a tempo determinato e indeterminato il sesso è pressoché indifferente (e non vi sono differenze nemmeno tra personale interno ed esterno), ma ben il 68,5% degli atipici è di sesso femminile. Differenze di genere emergono anche nella tipologia di professione svolta, per cui abbiamo una maggiore presenza femminile tra gli addetti alle pulizie (il 78,9% di loro), tra gli allievi infermieri (il 66,7%), tra gli infermieri professionali (65,9%), mentre vi è una minore presenza di medici (il 42,5%). Se analizziamo i titoli di studio abbiamo una ulteriore conferma di una discriminazione che attiene ai percorsi professionali: sebbene il numero di donne laureate superi quello degli uomini (25,5% contro 18,9%), le donne che hanno conseguito una specializzazione post-laurea o un dottorato sono di meno degli uomini (16,1% contro 21,1%).

Tav. 77 - Titolo di studio per genere (val. %)

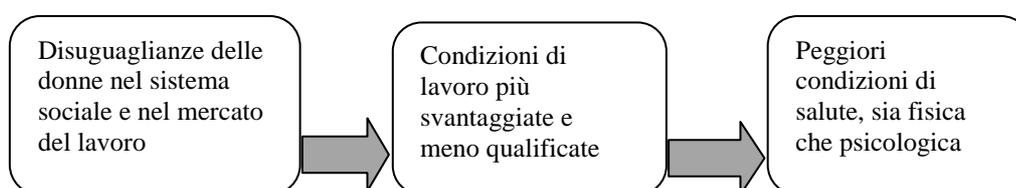
	genere		Totale
	maschio	femmina	
licenza elementare	0,0	1,9	1,0
licenza media inferiore	20,0	19,8	19,9
diploma di scuola media superiore	40,0	36,8	38,3
laurea breve o diploma universitario	10,0	13,2	11,7
laurea	8,9	12,3	10,7
specializzazione post laurea	20,0	14,2	16,8
dottorato	1,1	1,9	1,5
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Proprio per questa ragione il personale femminile risulta più insoddisfatto di quello maschile per quanto riguarda la stabilità occupazionale (il 26,6% delle donne è per nulla soddisfatto, contro il 14,4% degli uomini) e le prospettive di carriera (37,6% contro il 33,0%), mentre per gli altri aspetti si registrano valori per lo più simili.

La non incidenza dell'organizzazione del lavoro è testimoniata anche dal giudizio sulle difficoltà nel conciliare i tempi di lavoro con quelli familiari, per il quale non emergono grandi differenze tra i sessi, a indicare che entrambi hanno le medesime possibilità di bilanciare i due ambiti di vita.

Dunque il problema di una minore tutela delle donne è un problema che nasce da una disuguaglianza nel sistema sociale e in particolare nel mercato del lavoro, dove le donne hanno generalmente maggiori difficoltà degli uomini nel perseguire percorsi formativi e nel raggiungimento di posizioni qualificate. Questa disuguaglianza sociale si traduce per le donne nell'acquisizione di una posizione meno favorevole all'interno del contesto lavorativo, e dunque in condizioni di lavoro più svantaggiate rispetto agli uomini, da cui consegue un peggiore stato di salute.



#### 4.7.2 Le differenze legate all'età e all'esperienza lavorativa

Vi è un progressivo aumento dei problemi fisici e psicologici con l'aumento dell'età, poiché una maggiore esposizione ai fattori di rischio, dal punto di vista temporale, provoca una maggiore insorgenza di danni alla salute.

Questa tendenza lineare - per cui l'aumento dell'età si correla a un peggioramento della salute - si affianca a una percezione dei rischi che segue un andamento più complesso. Una certa preoccupazione rispetto all'eventualità di subire danni sul lavoro è sentita soprattutto dai lavoratori più anziani, anche se invece i picchi più alti si registrano presso le nuove generazioni: si può ipotizzare che con il passare degli anni aumenti la consapevolezza dei rischi propri dell'attività lavorativa, mentre la sensazione di allarme è provata soprattutto all'inizio della carriera.

Tav. 78 - Probabilità di subire danni sul lavoro per classe di età (val. %)

		classe di età			Totale
		fino a 35	36 - 50	oltre 50	
probabilità di subire danni sul lavoro (indice)	bassissima	14,3	14,5	13,3	<b>14,2</b>
	bassa	28,6	21,7	26,7	<b>25,4</b>
	media	34,5	44,6	43,3	<b>40,1</b>
	alta	22,6	19,3	16,7	<b>20,3</b>
<b>Totale</b>		<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Proprio per distinguere tra l'età anagrafica e l'esperienza lavorativa abbiamo utilizzato un ulteriore indicatore di analisi, dato dagli anni di lavoro effettuati presso l'attuale struttura ospedaliera, nell'ipotesi che per la percezione dei rischi influisca non solo la conoscenza della propria professione ma anche la familiarità con il contesto fisico e con i gruppi di lavoro, nonché con le dinamiche che regolamentano l'organizzazione stessa del lavoro e dei turni.

In generale osserviamo come la percezione dei rischi maturi con l'aumentare dell'esperienza di lavoro, raggiungendo il massimo dell'attenzione e dell'allarme nella fascia di tempo che va tra i 5 e i 10 anni di esperienza, per poi assestarsi o discendere leggermente.

Rispetto a questa tendenza generale, i dati indicano che la *gerarchia delle paure* si differenzia con il passare degli anni, e pericoli che prima destavano allarme possono passare in secondo piano, a favore di altri.

a) **I rischi biologici** sono generalmente quelli che destano maggiore preoccupazione, e questo rimane un elemento stabile anche con l'accumulo di esperienza lavorativa, così com'è stabile il fatto che i rischi meccanici sono quelli che destano minore preoccupazione.

b) **I rischi psico-sociali**, dapprima tenuti in scarsa considerazione, aumentano con l'esperienza, così come quelli connessi con i locali di lavoro, seppure seguono una dinamica differente. I rischi psico-sociali sono scarsamente considerati all'inizio, ma repentinamente, dopo i primissimi anni di lavoro, diventano molto percepiti, mentre i rischi connessi ai locali di lavoro hanno un tempo maggiore di assimilazione.

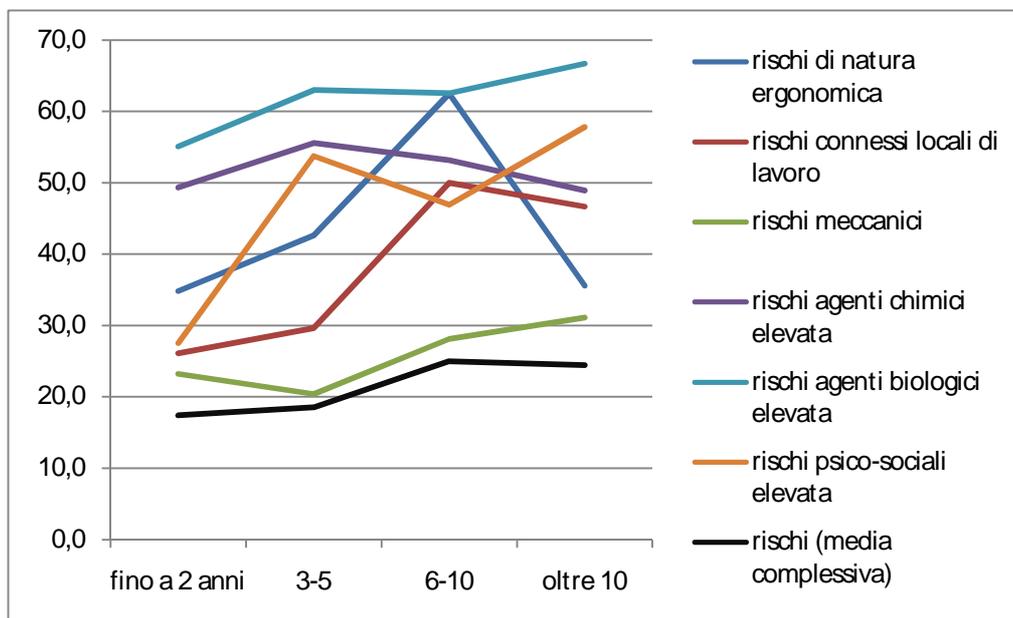
c) **I rischi chimici**, al contrario, sono più avvertiti nei primi anni di lavoro, piuttosto che negli ultimi, anche se bisogna segnalare che hanno un grado di variazione minore rispetto ad altri, e si mantengono su livelli di attenzione elevati.

d) **I rischi di natura ergonomica** sono messi in secondo piano in una fase di avanzata anzianità lavorativa, forse perché i dolori muscolo scheletrici entrano a fare parte della quotidianità esistenziale, come un fattore negativo ma quasi inevitabile.

e) In generale **i rischi meccanici** (quali ad esempio tagli o lesioni da strumenti) sono generalmente sottovalutati, anche se è probabile che questa sottovalutazione sia apparente, e che i lavoratori siano portati a identificare questi pericoli con le conseguenze che può comportare l'utilizzo di strumenti, come ad esempio i danni biologici, che, di fatto, sono quelli considerati più probabili.

**Tra i sei e i dieci anni di esperienza matura una forte consapevolezza rispetto l'eventualità di subire un danno per la salute**, e la percezione dei rischi è molto elevata sia in relazione a tutte le fonti di pericolo. Questo ultimo fenomeno può essere spiegato considerando che la conoscenza, che determina l'identificazione del rischio e la percezione del pericolo, è un fenomeno cumulativo e non frammentato, per cui le nozioni apprese e l'esperienza maturata si integrano e si alimentano a vicenda. Dunque avere un'elevata attenzione alla salute significa avere una elevata attenzione a tutti i fattori di rischio, attraverso un processo cumulativo di acquisizione e sedimentazione delle conoscenze e delle esperienze. Le conoscenze acquisite in un ambito specifico, come ad esempio i rischi psico-sociali, rafforzano un'attenzione complessiva alla salute, che porta il lavoratore a percepire anche altri rischi, come ad esempio quelli connessi ai locali di lavoro, attraverso un percorso di formazione e auto-formazione che porta a vedere la salute come un bene complesso e unitario, per cui la salute fisica si correla a quella psicologica, e la tutela nei confronti dei rischi chimici non può darsi senza quella verso i rischi di natura ergonomica.

**Fig. 23 - Probabilità di subire danni sul lavoro, nelle modalità "elevata" o "molto elevata", per esperienza lavorativa (val.%)**



Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Tav. 79 - Gerarchia delle paure: probabilità di subire danni sul lavoro per esperienza lavorativa

	Esperienza lavorativa			
	fino a 2 anni	3-5	6-10	oltre 10
1° fattore di pericolo	rischi biologici	rischi biologici	rischi biologici	rischi biologici
2° fattore di pericolo	rischi chimici	rischi chimici	rischi di natura ergonomica	rischi psico-sociali
3° fattore di pericolo	rischi di natura ergonomica	rischi psico-sociali	rischi chimici	rischi chimici
4° fattore di pericolo	rischi psico-sociali	rischi di natura ergonomica	rischi dei locali di lavoro	rischi dei locali di lavoro
5° fattore di pericolo	rischi dei locali di lavoro	rischi dei locali di lavoro	rischi psico-sociali	rischi di natura ergonomica
6° fattore di pericolo	rischi meccanici	rischi meccanici	rischi meccanici	rischi meccanici

L'identificazione della gerarchia delle paure è un utile strumento per comporre percorsi informativi e formativi mirati, considerando il tempo che il lavoratore ha avuto a disposizione per acquisire conoscenze e maturare un'attenzione alla salute e ai fattori di rischio. **Un piano formativo efficace deve essere in grado di fornire strumenti conoscitivi che si integrino con il momento di vita lavorativa dell'individuo.**

a) **Nella prima fase dell'esperienza lavorativa** non bisogna sottovalutare l'importanza di una formazione sui rischi psico-sociali, in maniera che lo stress e il burn-out siano oggetto di prevenzione, così come è necessaria una formazione sui pericoli connessi ai locali di lavoro, che sono per lo più sconosciuti e che vengono acquisiti "naturalmente" con la presenza presso il luogo di lavoro.

b) **Nella fase immediatamente successiva (tra i 3 e i 5 anni)**, il confronto con le dinamiche relazionali, con i colleghi e i pazienti, porta un aumento della percezione dei rischi psico-sociali, ma questo va a discapito dei rischi ergonomici, poiché la fatica fisica e le posizioni scomode tendono ad essere visti come elementi secondari e comunque inevitabili nella propria attività lavorativa. In questa fase è necessario porre attenzione alla possibile insorgenza di problemi fisici dovuti a fattori ergonomici, in maniera da prevenire i disturbi che possono caratterizzare in futuro la salute dell'individuo, come testimoniato dalla forte attenzione a questo problema da parte di chi ha tra i sei e dieci anni di esperienza.

c) **La fase centrale della biografia lavorativa (tra i sei e i dieci anni di lavoro)**, è un momento nel quale le conoscenze acquisite sono abbastanza integrate tra loro, e dunque il principale obiettivo formativo è quello di fortificare l'insieme delle

conoscenze, in maniera che non si abbia un calo di attenzione negli anni successivi. I problemi ergonomici sono molto sentiti in questa fase, poiché le conseguenze fisiche del proprio lavoro iniziano a manifestarsi in maniera evidente.

d) **Per chi ha oltre i dieci anni di esperienza** è necessario una formazione continua, perché il livello di attenzione raggiunto negli anni precedenti non si perda. In particolare bisogna alimentare le conoscenze in merito ai rischi da fattori chimici e ergonomici.

## 4.8 La formazione

Alla formazione è demandato un ruolo centrale per la creazione e la diffusione di una cultura della sicurezza sul lavoro se in grado di esplicitarsi mediante la costruzione di un processo formativo continuo, da modulare lungo l'intero arco della biografia lavorativa dei soggetti.

Quella della formazione è peraltro un'esigenza piuttosto sentita dai lavoratori del nostro campione nel loro complesso. Ben l'89% degli intervistati sente infatti la necessità di partecipare a corsi di formazione professionale, sebbene il 61% dei casi abbia comunque già preso parte a tali corsi dall'inizio dell'attuale lavoro e sebbene siano passati, per il 55% dei lavoratori, meno di 6 mesi dall'ultimo corso di formazione o aggiornamento professionale seguito.

Fig.24



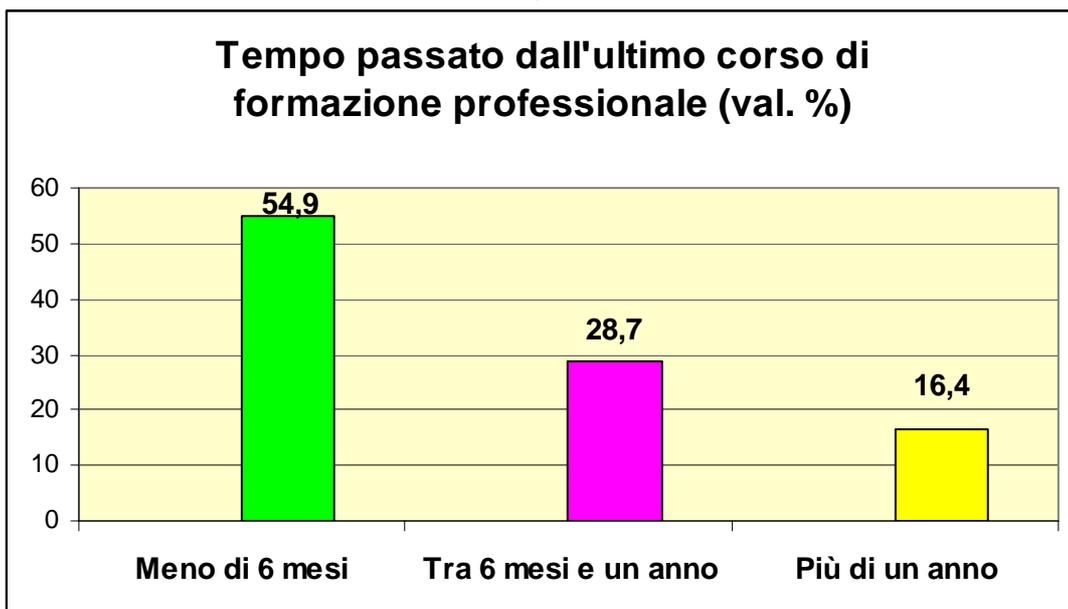
Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Fig.25



Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Fig.26



Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

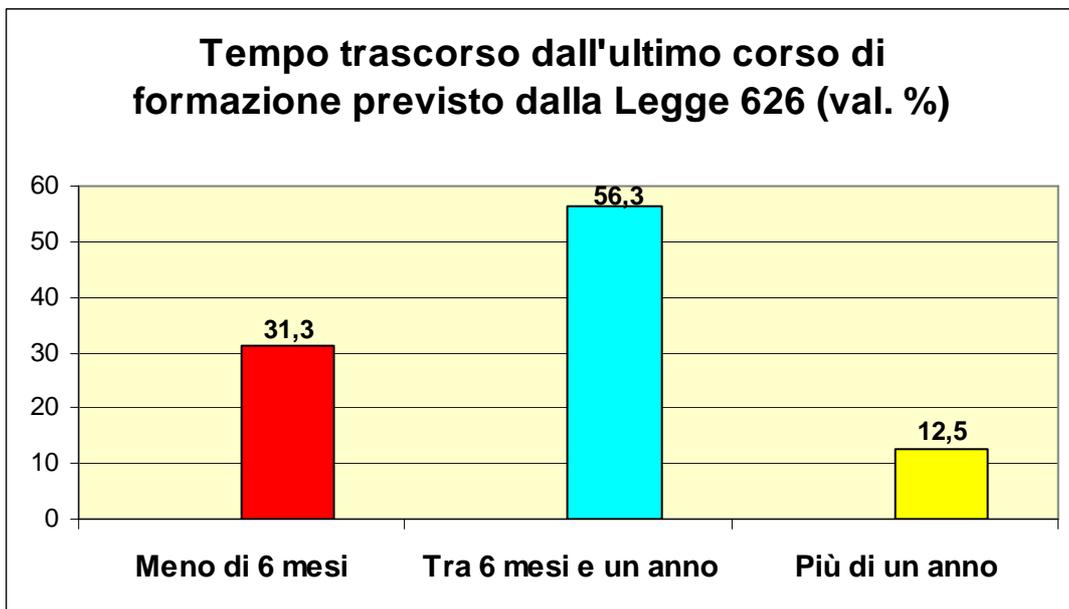
Tuttavia, approfondendo il campo d'analisi, emerge che meno della metà del campione ha ricevuto una formazione specifica in tema di rischi e misure di protezione della salute e nel 56% dei casi il tempo trascorso dall'ultimo corso previsto dalla Legge 626 è tra 6 mesi e un anno.

Fig.27



Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Fig.28

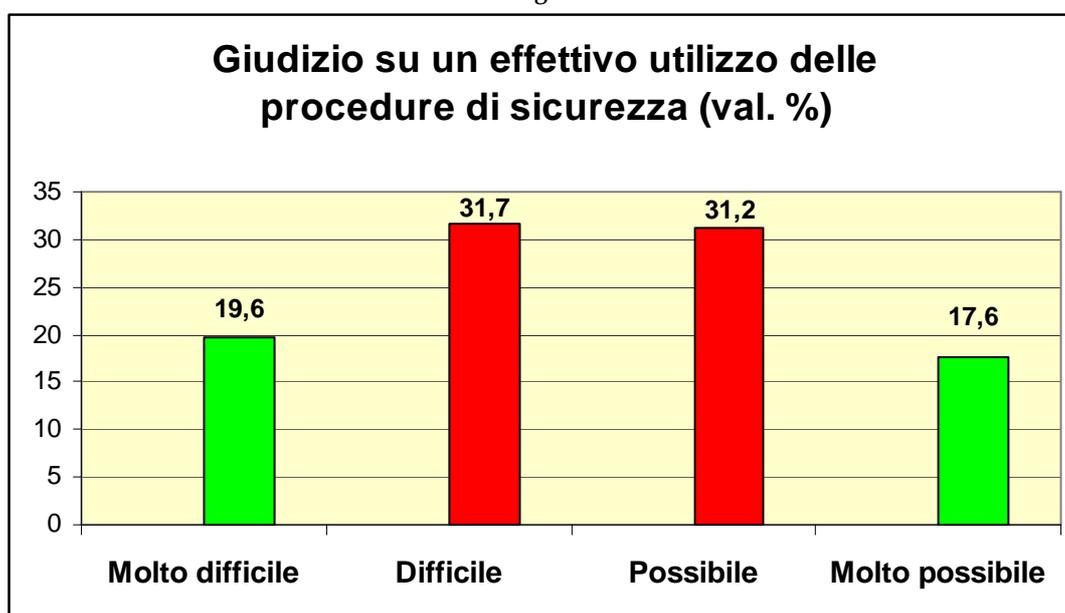


Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Per quanto riguarda l'efficacia di questo tipo di corso, il giudizio degli intervistati in merito è complessivamente di buona efficacia (per il 40,5% lo è stato "Molto").

Incerto è invece il parere dei lavoratori sulle possibilità di un effettivo utilizzo delle procedure di sicurezza offerte dalla attuale condizione lavorativa: il 31% lo ritiene "Difficile", mentre, al contrario, un altro 31% lo ritiene "Possibile" e, allo stesso modo, il 19,5% degli intervistati considera il realizzarsi di questa eventualità "Molto difficile", contrariamente al 17,5% di essi che la valuta invece "Molto possibile". Probabilmente queste spaccature nel giudizio dei lavoratori derivano, almeno in parte, proprio dalle diverse condizioni di lavoro in cui sono chiamati a svolgere le loro mansioni.

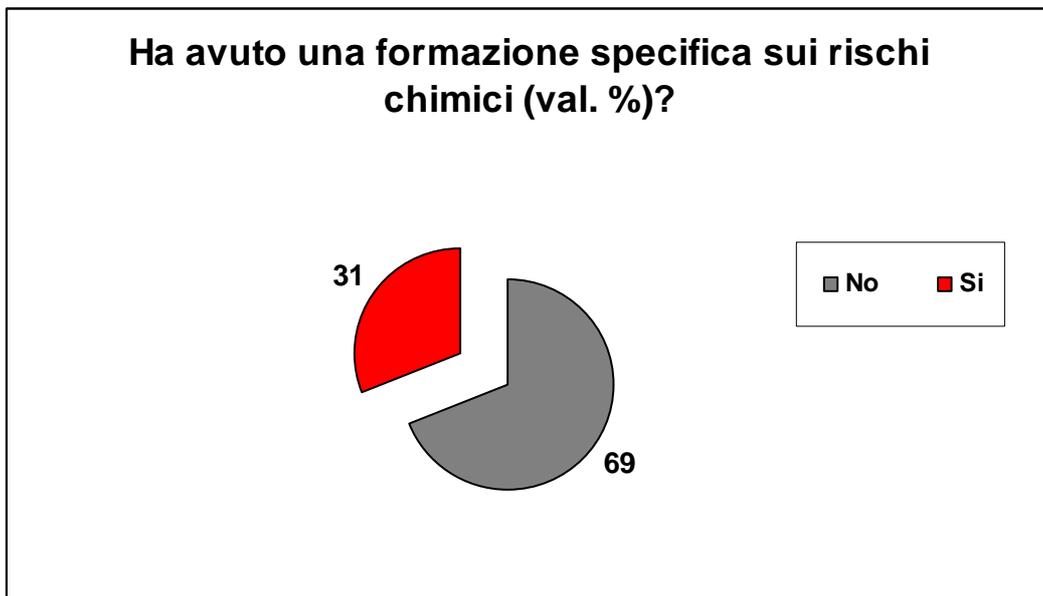
Fig.29



Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Passando alla formazione specifica in tema di rischio chimico, solo tre intervistati su dieci dichiarano di averne beneficiato; dato, quest'ultimo, che appare molto significativo, soprattutto alla luce del fatto che, come è emerso in precedenza, quello da agenti chimici è un tipo di rischio molto trasversale, a cui sono cioè sottoposte abbastanza uniformemente un po' tutte le categorie di lavoratori che operano nell'ambiente sanitario, e al quale bisognerebbe, pertanto, concedere una maggiore attenzione, in primo luogo a partire dai processi di formazione e informazione.

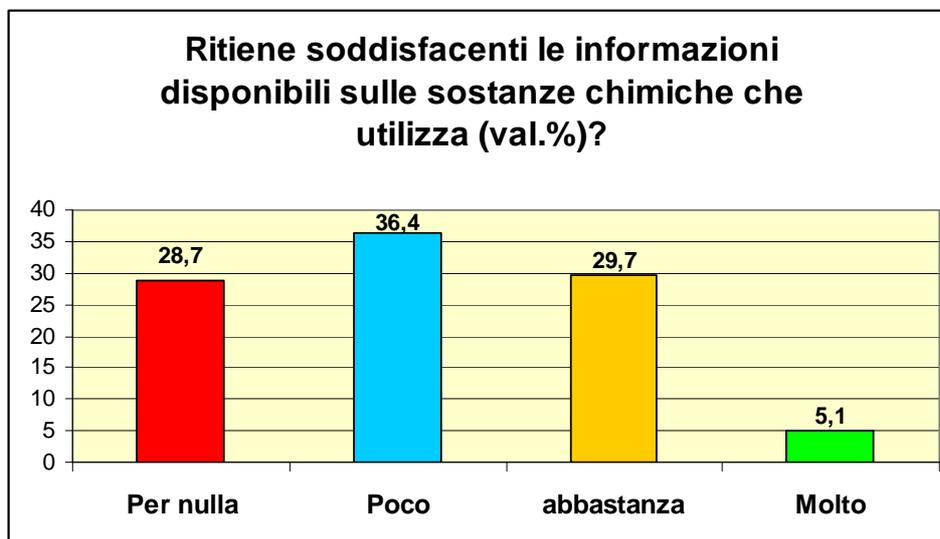
Fig. 30



Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Proseguendo nell'esame delle variabili si scopre poi che solo il 5% degli intervistati si ritiene pienamente soddisfatto delle informazioni disponibili sulle sostanze chimiche che utilizza, mentre il 35,5% le ritiene "Poco" soddisfacenti. Quello di una informazione corretta ed esaustiva si conferma, quindi, come un aspetto sul quale è strettamente necessario intervenire per tutelare la salute e la sicurezza dei lavoratori: essi devono poter fruire di indicazioni chiare e precise sugli agenti potenzialmente dannosi, in grado di guidarli nelle scelte operative da compiere individualmente ogni giorno sul lavoro per garantire la propria incolumità.

Fig. 31



Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

E' interessante notare che quando si chiede ai soggetti intervistati una valutazione più in profondità su quali sono, nello specifico, le principali difficoltà da essi riscontrate per la tutela della propria salute in merito ai rischi da agenti chimici - *Le informazioni sono troppo complicate, E' difficile applicare concretamente le procedure previste, I dispositivi di sicurezza sono inadeguati, Manca un'adeguata formazione* - la percentuale di risposte di chi ha escluso queste motivazioni, propendendo per il "No", è tendenzialmente circa il doppio della percentuale di quelli che, rispondendo con un "Sì", le hanno invece accolte; tuttavia, il campione appare relativamente più incerto nel caso della modalità *Esistenza di poche informazioni*, che vede gli intervistati più spaccati a metà, con il 40% di risposte per il "Sì" e il 59% per il "No". Da quanto detto si potrebbe dedurre che a fronte di una generale bassa soddisfazione per il livello di informazione in materia di agenti chimici i lavoratori non sono poi però in grado di individuare quali siano gli aspetti sui quali intervenire per migliorare i processi di comunicazione e di formazione.

I risultati dell'analisi fin qui condotta sulla formazione non sembrano subire variazioni sensibili se si passa allo studio delle correlazioni con le variabili relative alla percezione dei rischi. In particolare, la stragrande maggioranza dei lavoratori "Sente la necessità di partecipare a corsi di formazione professionale", indipendentemente da se avverte come maggiore o minore la possibilità di subire danni sul lavoro o da se è più o meno esposta a fattori di rischio biologico, chimico, ergonomico, psico-sociale o

ambientale. E' probabile che l'esigenza di un continuo aggiornamento professionale, in generale previsto dalle professioni mediche (considerando che, come si è già chiarito, il nostro campione è composto in prevalenza da figure che svolgono attività di cura e assistenza), tende ad uniformare le risposte degli intervistati a prescindere dalle diverse condizioni di rischio a cui sono sottoposti.

Tuttavia, all'interno di questa generale polarizzazione in favore della formazione professionale è il gruppo composto dai lavoratori atipici quello che avverte più di tutti questa necessità (con il 94,2% dei "Sì" contro il 5,8% dei "No").

**Tav. 80 - La necessità di partecipare a corsi di formazione professionale in funzione della tipologia contrattuale (val. %)**

	Contratto a tempo indeterminato	Contratto a tempo determinato	Lavoro atipico
No	11,9	14,3	5,8
Sì	88,1	85,7	94,2
<b>Totale</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Così come sono i lavoratori *no standard* coloro i quali hanno ricevuto meno degli altri una formazione specifica sui rischi e le misure di protezione della propria salute.

La minor esperienza che di frequente manifestano i lavoratori non strutturati, i quali sono in genere più giovani e con una minore anzianità lavorativa, dovrebbe invece porre questa categoria al centro di un programma di formazione volto a rafforzare quel livello di attenzione alla propria salute che accade spesso di mettere in secondo piano all'inizio della vita lavorativa e che, al contrario, cominciando a formarsi dai primi gradini dell'esperienza professionale di un soggetto, potrebbe realmente gettare le basi per la sedimentazione di una cultura della sicurezza sul lavoro.

**Tav. 81 - La formazione specifica sui rischi e le misure di protezione della salute in funzione della tipologia contrattuale (val. %)**

	Contratto a tempo indeterminato	Contratto a tempo determinato	Lavoro atipico
No	52,5	53,6	72,2
Sì	47,5	46,4	27,8
<b>Totale</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

La formazione specifica sui rischi e le misure di protezione della salute si correla con la "probabilità di subire un danno sul lavoro" in maniera specifica a secondo della tipologia di rischio, seppure non possiamo avanzare nessuna relazione di dipendenza.

I lavoratori che hanno avuto una formazione specifica dichiarano più degli altri che è elevata o molto elevata la probabilità di subire una danno in relazione ai seguenti

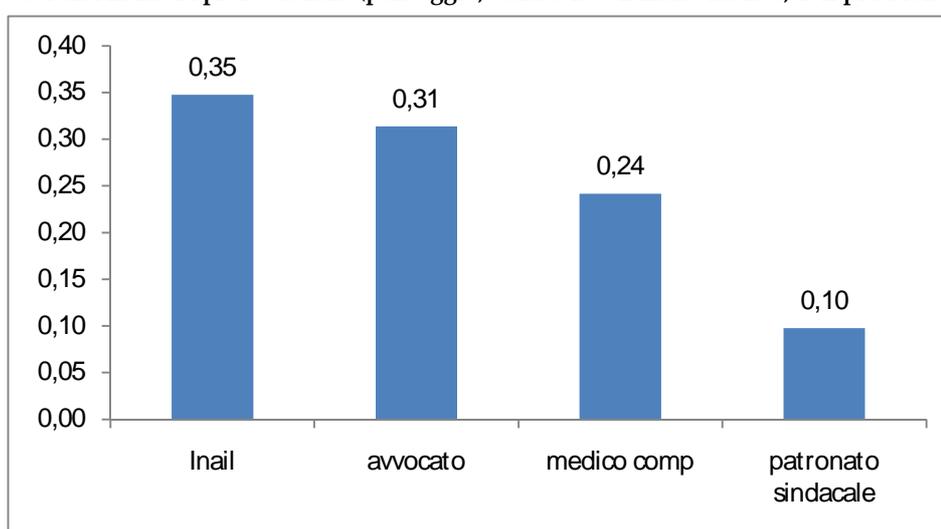
fattori di rischio: meccanici, biologici, chimici, connessi ai locali di lavoro. Una correlazione meno forte si riscontra rispetto ai rischi ergonomici. Mentre nessuna correlazione esiste rispetto ai rischi psico-sociali.

È difficile, per la nostra indagine, determinare quale sia la correlazione diretta tra la formazione in materia di salute e sicurezza e la percezione del lavoratore rispetto all'eventualità di subire un danno sul lavoro, poiché essa è influenzata dagli specifici programmi formativi seguiti da ciascun individuo, rispetto ai quali gli intervistati non hanno rilasciato informazioni sufficienti.

## 4.9 La conoscenza dei diritti e delle tutele.

Il questionario prevedeva una domanda con cui si chiedeva all'intervistato di giudicare quali soggetti fossero i più idonei a tutelare i diritti di un lavoratore in seguito a un infortunio o a una malattia professionale. I soggetti che occupano una posizione migliore sono l'Inail e l'avvocato, verso i quali ha riposto un'alta fiducia rispettivamente il 41% e il 37% del campione, seguiti dal medico competente, mentre l'ultimo posto è occupato dal patronato sindacale. Quest'ultimo soggetto, come vedremo, è considerato più efficace ad operare nella fase precedente al verificarsi dell'infortunio, nella quale può garantire la tutela della salute dei lavoratori.

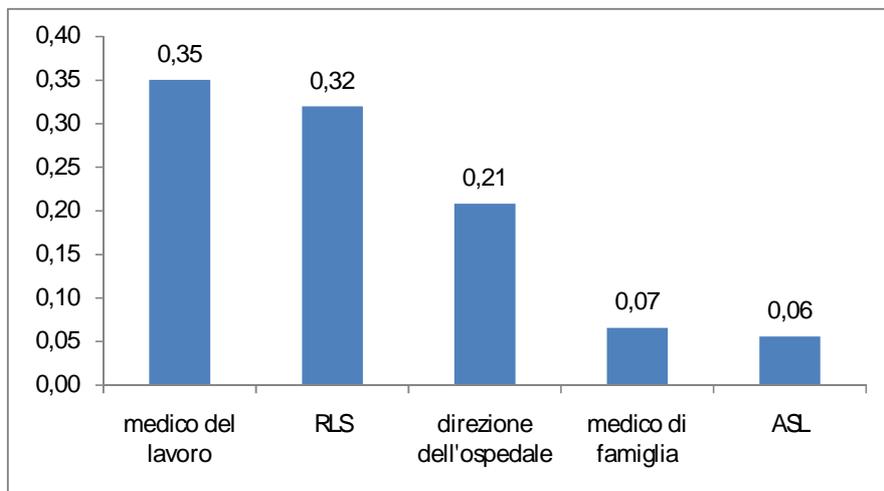
Fig. 32 Soggetto più idoneo a tutelare i diritti di un lavoratore in seguito a un infortunio o a una malattia professionale (punteggio, scala 0-1: 0=il meno idoneo; 1=il più idoneo)



Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Difatti, per quanto riguarda i compiti di vigilanza rispetto ai temi della tutela della salute e della sicurezza i soggetti ritenuti più idonei sono il medico del lavoro e il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (RLS), verso i quali ripone fiducia circa un lavoratore su tre, seguiti dalla direzione dell'ospedale (che gode della fiducia di un lavoratore su cinque). Il medico di famiglia e le Asl sono, al contrario, dei soggetti considerati poco efficaci nella prevenzione della salute dei lavoratori.

**Fig. 33 - Soggetto più idoneo a vigilare sulla tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori (punteggio, scala 0-1: 0=il meno idoneo; 1=il più idoneo)**

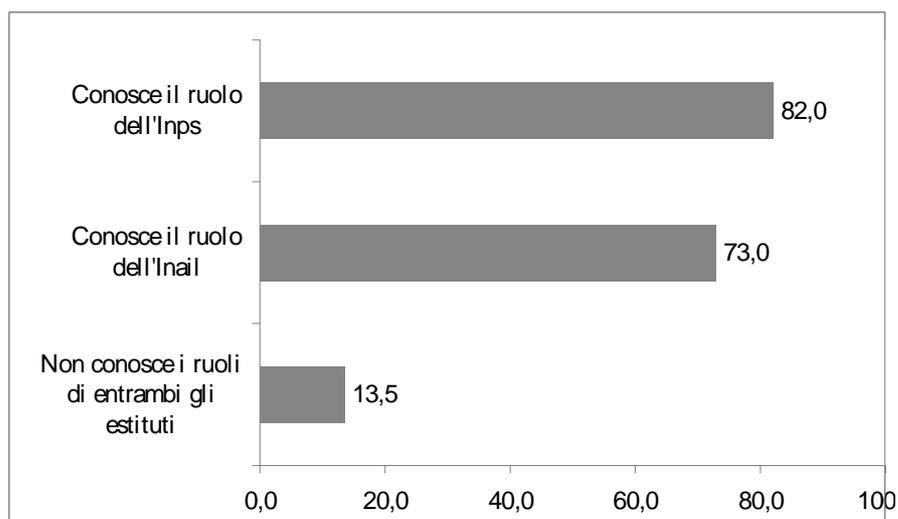


Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Dichiara di essere assicurato presso l'Inail il 64,5% del campione e - considerando che l'obbligatorietà di quest'assicurazione pubblica (regolata a partire dal D.P.R. n. 1124 del 30 giugno 1965) è rispettata dai datori di lavoro - questo dato indica che è abbastanza scarsa tra i lavoratori la conoscenza delle pratiche che disciplinano la propria posizione giuridica in materia di tutela della salute.

Difatti il 27,0% dei lavoratori dichiara di non conoscere il ruolo dell'Inail o ne dà una definizione sbagliata, mentre è più conosciuto il ruolo previdenziale dell'Inps (dall'82,0% del campione).

**Fig. 34 - Conoscenza dei ruoli svolti dall'INAIL e dall'INPS (val. %)**

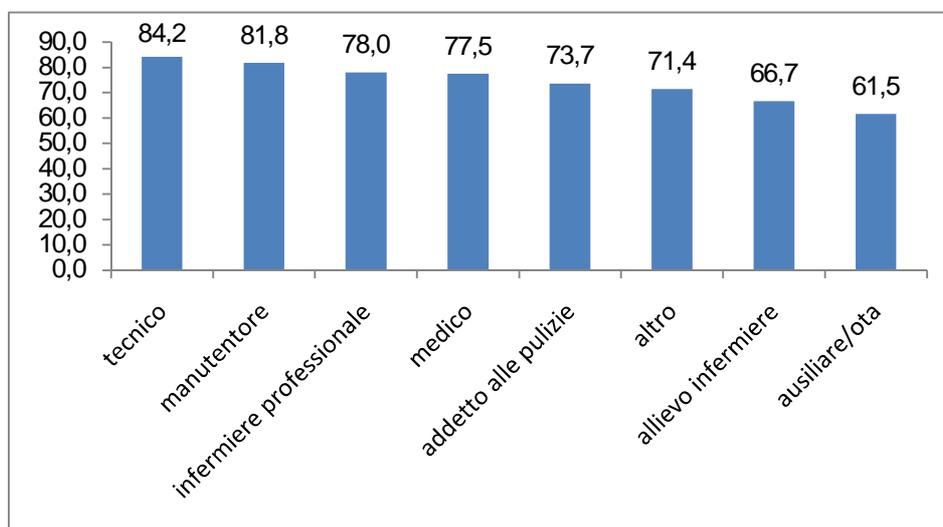


Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

I soggetti che più conoscono quale sia il ruolo dell'Inail sono i tecnici (l'84,2% di loro) e i manutentori (81,8%), che sono anche le professionalità che dichiarano come più probabile l'eventualità di subire un danno in relazione a fattori di rischio meccanici, e che hanno già subito un infortunio in passato, di grave e media entità. Dunque l'informazione sul ruolo dell'Inail è più conosciuta da quei soggetti che si sentono più esposti a un rischio che possiamo definire tangibile, come quello infortunistico.

È interessante notare come, sebbene anche tra gli addetti alle pulizie ci sia un'alta percentuale di infortuni subiti in passato, la loro attenzione alla conoscenza del ruolo dell'Inail non sia elevata, questo perché è meno elevata, nel complesso, un'attenzione alla tutela della propria salute, sia per la tipologia contrattuale (sono lavoratori esterni), sia perché hanno altri bisogni che reputano primari, come quelli legati al reddito. I soggetti che invece meno conoscono il ruolo dell'Inail sono gli allievi infermieri, gli ausiliari e gli Ota.

Fig. 35 Soggetti che conoscono il ruolo svolto dall'Inail per tipologia professionale (val. %)



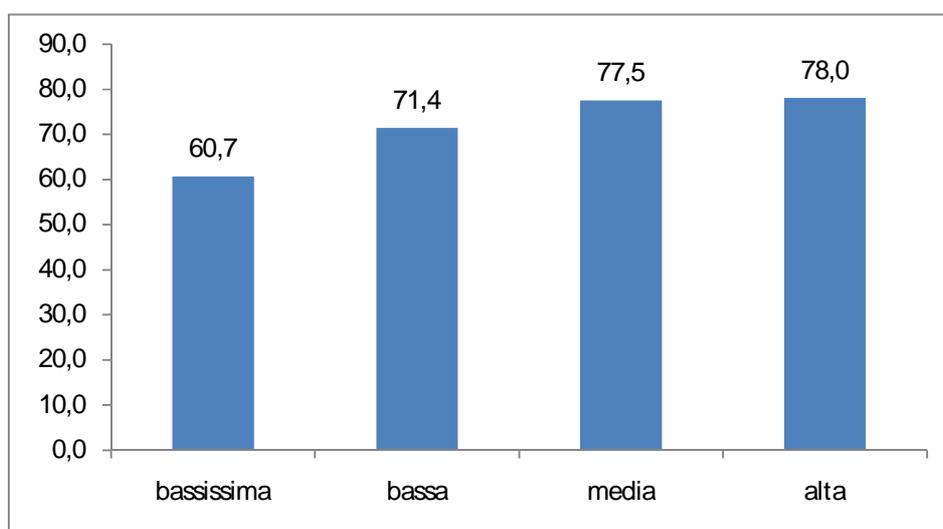
Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Abbiamo osservato come vi sia una tendenziale correlazione tra l'informazione sull'esposizione a fattori di rischio e la percezione della probabilità di subire un danno sul lavoro, per la presenza di un circolo virtuoso tra conoscenza dei fattori di rischio e attenzione a questi fattori. È dunque interessante osservare che la conoscenza del ruolo dell'Inail sia più alta tra quei soggetti che dichiarano una maggiore probabilità di

subire un infortunio sul lavoro, ovvero tra quei soggetti la cui attenzione rispetto ai fattori di rischio è più elevata.

La conoscenza dell'Inail è, tendenzialmente, parte integrante di un insieme di conoscenze in materia di salute e sicurezza. Dunque esiste un percorso conoscitivo che tiene insieme la capacità d'individuare un rischio lavorativo, l'attenzione ai fattori di rischio sul luogo di lavoro e la consapevolezza degli strumenti di tutela, anche istituzionali.

**Fig. 36** Soggetti che conoscono il ruolo svolto dall'Inail per probabilità di subire un danno sul lavoro (val. %)



Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

La conoscenza dell'Inail è, tendenzialmente, parte integrante di un insieme di conoscenze in materia di salute e sicurezza. Esiste un percorso conoscitivo nel quale si correlano tra di loro: a) la capacità d'individuare un rischio lavorativo, b) l'attenzione ai fattori di rischio sul luogo di lavoro, c) la consapevolezza degli strumenti di tutela, anche istituzionali.

**Tav. 82 Conoscenza della disciplina economica in caso d'infornio o malattia professionale (val. %; "" risposta corretta)**

		<b>Percentuale valida</b>
Conoscenza dell'indennizzo giornaliero per assenza dal lavoro a causa di infornio	non sa	53,5
	inferiore alla paga giornaliera (*)	23,2
	pari alla paga giornaliera	21,2
	superiore alla paga giornaliera	2,0
	<b>Totale</b>	<b>100,0</b>
Conoscenza di quando avviene il risarcimento del danno in caso di infornio o malattia professionale	non sa	88,9
	sempre, con danno > all'1%	3,0
	quando il danno è > al 6% *	3,5
	quando il danno è > al 20%	4,5
	<b>Totale</b>	<b>100,0</b>

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

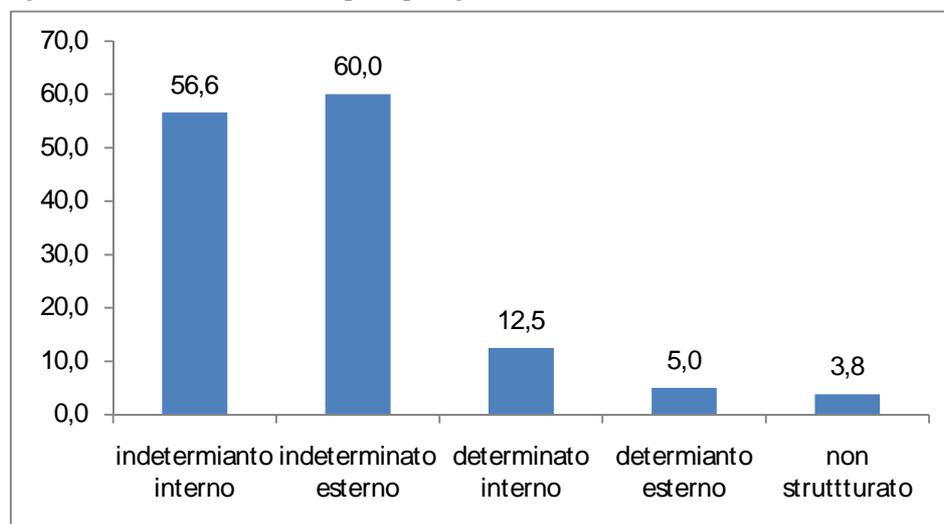
## 4.10 La partecipazione e la rappresentanza sindacale

Il 36,0% degli intervistati dichiara di essere iscritto a un sindacato, e tra questi il sindacato prevalente è la Cgil (è iscritto l'11,5% degli intervistati), seguito da Cisl (8,5%), e da numerose altre sigle che testimoniano di una forte frammentazione, dovuta anche alla diversità delle tipologie professionali intervistate e alla compresenza di aziende interne ed esterne alla struttura ospedaliera.

È fortissimo il divario nella rappresentanza tra i lavoratori con un contratto a tempo indeterminato e i lavoratori a tempo determinato o atipici, per cui risulta iscritto al sindacato in media il 58,3% dei lavoratori a tempo indeterminato, contro solamente il 7,1% di chi ha un'altra tipologia contrattuale. Dunque chi ha una posizione più debole nel mercato del lavoro non ha nemmeno la capacità di inserirsi in un'azione di tutela collettiva.

La rappresentanza non è invece influenzata dall'azienda di appartenenza, per cui i lavoratori che lavorano in aziende esterne, con contratto a tempo indeterminato, hanno un tasso di sindacalizzazione molto elevato. Questo è un elemento di forza peculiare del presente contesto d'indagine, considerando che la frammentazione del processo produttivo determina solitamente un minore tasso di sindacalizzazione delle aziende che operano in appalto rispetto all'azienda appaltante.

Fig.37 - Iscrizione al sindacato per tipologia contrattuale (val. %)

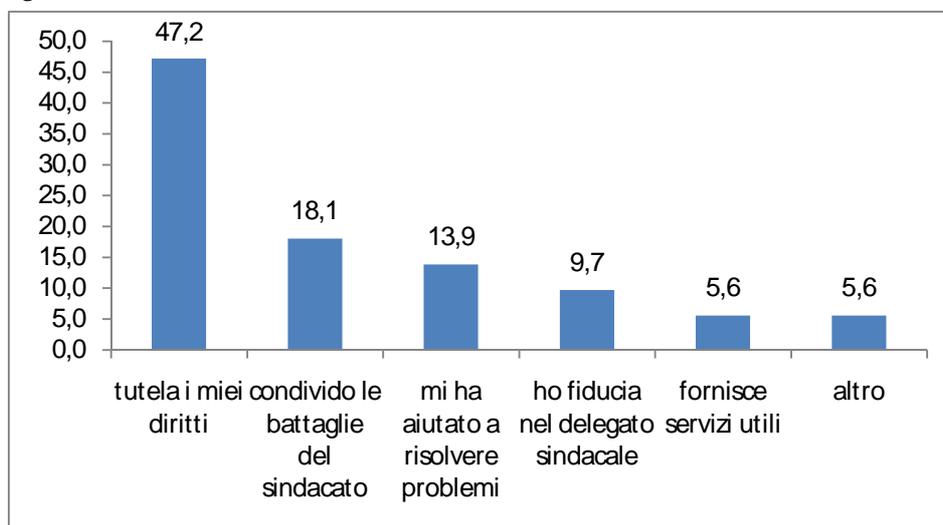


Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

I lavoratori si iscrivono principalmente perché ritengono che il sindacato tuteli i propri diritti (47,2%) o, in secondo luogo, perché condividono le battaglie che esso porta avanti (18,1%), mostrando il prevalere di una visione del sindacato come organizzazione capace di offrire una tutela complessiva. Mentre solo una minima parte

(5,6%) propende verso una visione del sindacato come erogatore di servizi utili, ossia verso un modello di sindacato funzionale solamente nel momento in cui si genera nel lavoratore un bisogno specifico.

Fig. 38 - Motivo di iscrizione al sindacato (val. %)



Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Sono stati indagati anche i motivi della non iscrizione al sindacato, e la motivazione principale è che "nessuno ha chiesto ai lavoratori di farlo" (18,3% dei non iscritti), mostrando, da un lato, una possibile mancanza nell'informazione sindacale, dall'altro, una scarsa mobilitazione da parte del singolo lavoratore. Il secondo motivo di non iscrizione è invece politico, poiché una parte dei lavoratori non crede nell'efficacia dell'azione sindacale (17,5%), e un'altra parte ritiene che siano troppo ideologizzati (9,5%). La paura verso le conseguenze che l'iscrizione potrebbe avere nel luogo di lavoro è invece molto bassa (3,2%), segnale della presenza di una dialettica democratica ed efficace tra le parti sociali.

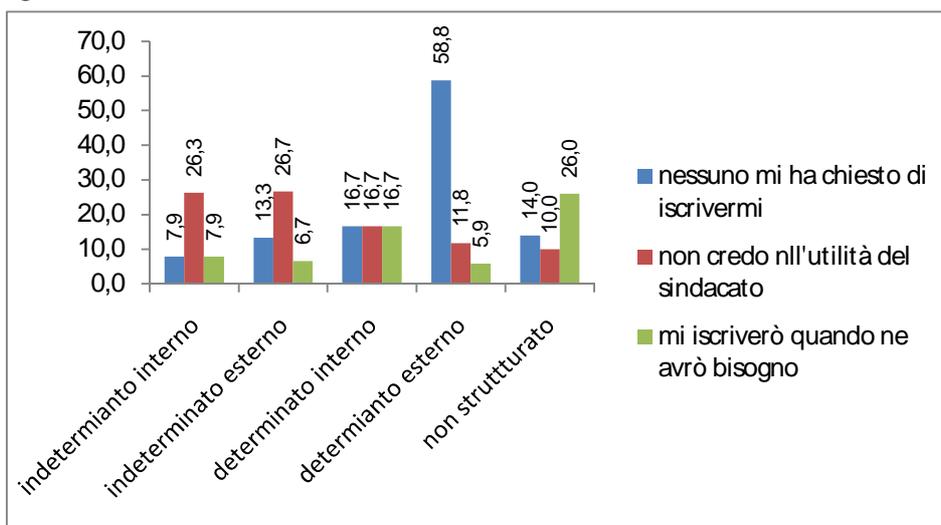
Fig. 39 - Motivo di non iscrizione al sindacato (val. %)



Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Tra i lavoratori con contratto non standard ed esterni le motivazioni principali per la non iscrizione al sindacato sono quelle dovute alla "mancata richiesta", ovvero a una scarsa informazione da parte dei delegati e a una scarsa mobilitazione da parte dei lavoratori, così come la volontà di iscriversi solo in caso di bisogno, nell'ottica di un sindacato erogatore di servizi specifici e individuali. Tra i lavoratori con contratti standard, sia interni che esterni, il motivo principale di non iscrizione è invece una valutazione negativa del sindacato, per cui non si crede nella possibilità di ottenere dei risultati attraverso l'azione collettiva.

Fig. 40 - Motivo di non iscrizione al sindacato (val. %)



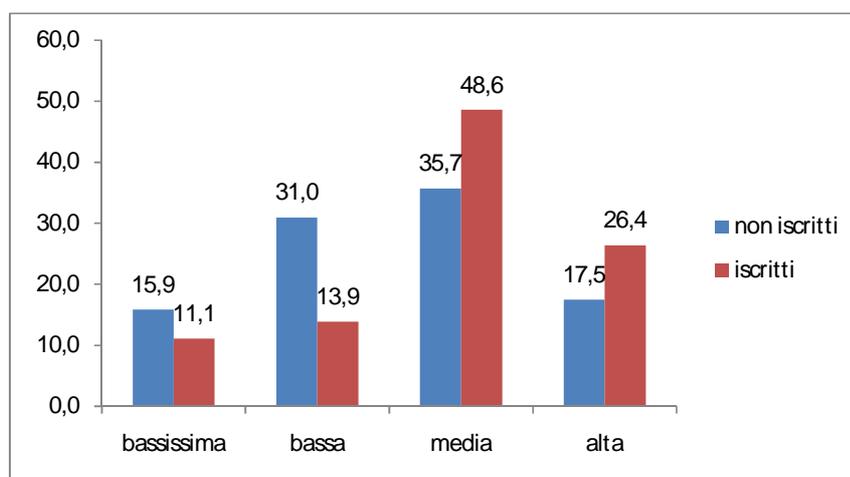
Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Ha eletto il proprio rappresentante per la salute e la sicurezza solamente il 27,0% degli intervistati, e tra questi ultimi ha partecipato alla votazione il 41,7% degli iscritti al sindacato e il 19,4% dei non iscritti.

Lo scarto tra gli iscritti al sindacato e gli elettori dell'Rls (per cui i primi sono molto di più dei secondi), testimonia di una rapporto ancora non pienamente efficace tra la rappresentanza sindacale e quella che invece si occupa specificatamente della tutela della salute. Sarebbe dunque opportuno intensificare la collaborazione tra queste due figure.

I lavoratori che più reputano probabile il verificarsi di un incidente sono quelli più iscritti al sindacato, così come sono quelli che più hanno partecipato all'elezione del rappresentante per la sicurezza. Questo perché una maggiore attenzione e preoccupazione verso i fattori di rischio presenti sul lavoro porta a ricercare una maggiore tutela e a mobilitarsi attraverso la rappresentanza collettiva per cercare di migliorare le proprie condizioni di lavoro. Così com'è plausibile, all'inverso, che attraverso la partecipazione al sindacato si trasmetta un insieme d'informazioni che contribuisce a rafforzare una "cultura del lavoro", nella quale la sicurezza e la tutela della salute sono valori fondanti<sup>34</sup>.

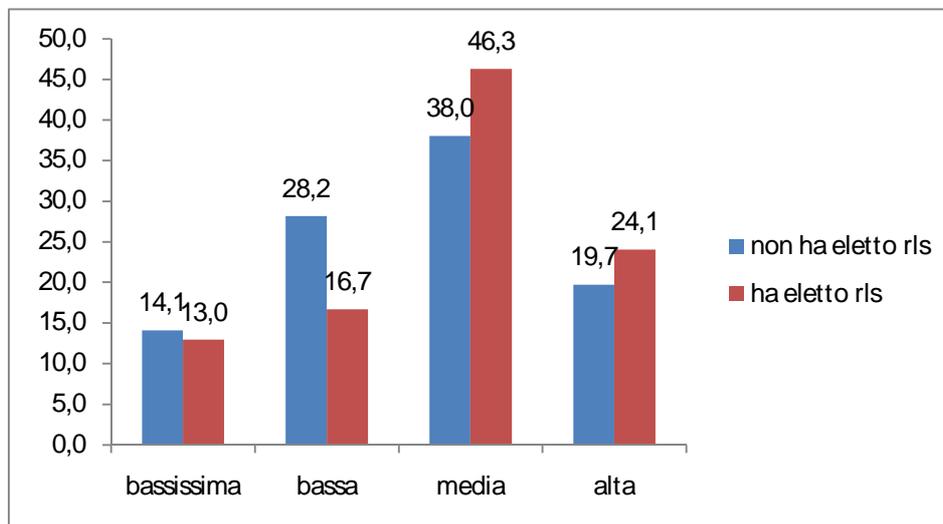
Fig. 41 - Probabilità di subire un danno per iscrizione al sindacato (val. %)



Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

<sup>34</sup> La cultura del "lavoro dignitoso" - così come nella definizione di "decent work" dell'Ilo - è costituita da un insieme integrato di sicurezze e di corrispondenti valori, che Gallino così riassume: sicurezza occupazionale (stabilità dell'occupazione compatibile con un'economia dinamica); sicurezza professionale (valorizzazione della professione e formazione di un'identità professionale); sicurezza sul lavoro (tutela della salute); sicurezza del reddito (creazione e mantenimento di ricchezze adeguate); sicurezza previdenziale (possibilità di mantenere un livello di reddito adeguato anche dopo l'uscita dal mercato) (Gallino L., 2004).

Fig. 42 - Probabilità di subire un danno per elezione del Rls (val. %)



Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine



## 4.11 Le opinioni sui rischi professionali

In questa sezione analizzeremo le opinioni degli intervistati allo scopo di comprendere gli atteggiamenti che essi hanno rispetto al proprio lavoro.

Tendenzialmente il proprio reparto è giudicato come più pericoloso rispetto ad altri reparti da chi lavora in reparti caratterizzati da una maggiore presenza di rischi, ma tale correlazione non è maggioritaria. Difatti quello che più emerge tra i lavoratori è la consapevolezza della rischiosità propria di ciascun reparto e di ciascuna mansione (nel 66% dei casi circa). Questo punto di vista, che afferma la relatività del rischio, è quello più efficace per tutelare la salute dei lavoratori, quando non è un atteggiamento fatalista ma una corretta maniera di non sottovalutare nessuna forma di patologia o incidente potenzialmente derivante dal lavoro.

**Tav. 83 - Affermazioni sulle quali si trova più d'accordo (val. %)**

	Reparti a alto rischio (complessivo)	Reparti a basso rischio (complessivo)	Totale
Il mio reparto è meno rischioso di altri per chi ci lavora	10,69	16,92	12,8
Ogni reparto ha i suoi rischi per chi ci lavora, non ce n'è uno più rischioso di un altro	66,41	67,69	66,8
Il mio reparto è molto più rischioso di altri per chi ci lavora	22,90	15,38	20,4
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Le mie mansioni sono meno rischiose di altre	9,2	19,7	12,7
Ogni mansione ha i suoi rischi, non ce n'è una più rischiosa di un'altra	66,4	63,6	65,5
Le mie mansioni sono molto più rischiose di altre	24,4	16,7	21,8
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

È stato indagato anche il sentimento di preoccupazione rispetto ai rischi presenti sul lavoro, con uno specifico riferimento ai rischi da agenti chimici.

Il 63,0% del campione è "abbastanza" o "molto" tranquillo rispetto ai rischi della propria professione, e il 56,5% lo è per quanto riguarda il rischio chimico. Chi ha una tranquillità rispetto al contesto generale la manifesta anche, tendenzialmente, per il rischio chimico.

**Tav. 84 Livello di preoccupazione: rispetto ai rischi professionali nel complesso e rispetto ai rischi chimici (val. %)**

	Non sono tranquillo	Poco tranquillo	Abbastanza tranquillo	Molto tranquillo	Totale
In rapporto ai rischi della sua professione	11,5	26,0	48,0	14,5	100,0
In rapporto ai rischi chimici propri della sua professione	14,5	29,0	40,5	16,0	100,0

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

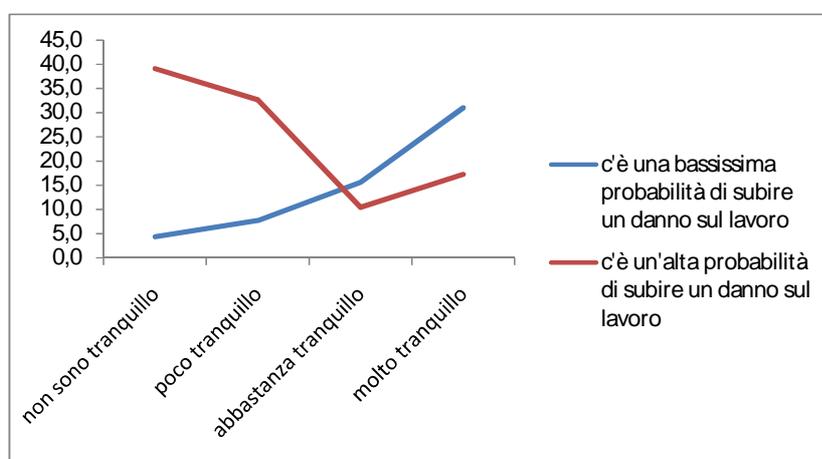
Si registra anche una coerenza tra queste risposte e la preoccupazione di subire danni sul lavoro: più il lavoratore vede difficile il verificarsi di un incidente, più si sente tranquillo; al contrario più egli si preoccupa del possibile verificarsi di un incidente, più si sente ansioso nello svolgimento delle mansioni.

**Tav. 85 - Probabilità di subire un danno sul lavoro per livello di preoccupazione rispetto ai rischi professionali (val. %)**

		Livello di preoccupazione in merito ai rischi professionali				Totale
		non sono tranquillo	poco tranquillo	abbastanza tranquillo	molto tranquillo	
Probabilità di subire danni sul lavoro	bassissima	4,3	7,7	15,6	31,0	14,5
	bassa	17,4	17,3	30,2	27,6	25,0
	media	39,1	42,3	43,8	24,1	40,0
	alta	39,1	32,7	10,4	17,2	20,5
<b>Totale</b>		<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

**Fig. 43 - Probabilità di subire un danno sul lavoro, modalità "bassissima" e "alta" per livello di preoccupazione rispetto ai rischi professionali (val. %)**



Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Il tendenziale atteggiamento non allarmista, che riguarda due terzi del campione, può essere spiegato attraverso due differenti dinamiche. La prima ipotesi è che vi sia la messa in atto di un meccanismo di autodifesa: si tende ad assumere un atteggiamento tranquillo per diminuire lo stress psicologico determinato da un processo di lavoro caratterizzato da un'alta presenza e varietà di rischi. La seconda ipotesi è che questa tranquillità sia determinata da una sicurezza realmente valutata, fornita da oggettivi strumenti di tutela e da un elevato livello di formazione.

Abbiamo visto come l'autonomia sia un fattore garante della tutela dei lavoratori. Effettivamente i lavoratori che hanno una maggiore autonomia sono anche quelli che meno giudicano il proprio reparto e le proprie mansioni come più rischiose di altre, dunque questi lavoratori hanno una percezione più equilibrata della diffusione dei rischi all'interno della struttura ospedaliera.

**Tav. 86 - Rischio percepito nel proprio reparto per grado di autonomia (val. %)**

		autonomia (indice)			Totale
		bassa	discreta	alta	
accordo frasi sul rischio del reparto	il mio reparto è meno rischioso di altri	13,6	9,5	16,7	<b>12,3</b>
	ogni reparto ha i suoi rischi per chi ci lavora	64,4	71,4	69,4	<b>68,7</b>
	il mio reparto è molto più rischioso dei altri	22,0	19,0	13,9	<b>19,0</b>
<b>Totale</b>		<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Tav. 87- Rischio percepito nello svolgimento delle proprie mansioni per grado di autonomia (val. %)

		autonomia (indice)			Totale
		bassa	discreta	alta	
accordo frasi sul rischio delle mansioni	le mie mansioni sono meno rischiose di altre	6,7	15,3	19,4	<b>13,3</b>
	ogni mansione ha i suoi rischi per chi ci lavora	68,3	65,9	66,7	<b>66,9</b>
	le mie mansioni sono più rischiose di altre	25,0	18,8	13,9	<b>19,9</b>
<b>Totale</b>		<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Alla stessa maniera i lavoratori con maggiore autonomia sono quelli che più si sentono tranquilli in relazione alla propria professione. Dunque, nel contesto lavorativo oggetto d'indagine, la tranquillità nello svolgimento delle mansioni è sinonimo non tanto di incoscienza, quanto di un senso di sicurezza generato da una organizzazione del lavoro nella quale il lavoratore si sente tutelato, così come, al contrario, una maggiore ansia è veicolata da una minore possibilità di potere alleggerire e governare il carico di lavoro attraverso una sua migliore organizzazione.

Tav. 88- Rischio percepito nello svolgimento delle proprie mansioni per grado di autonomia (val. %)

		autonomia (indice)			Totale
		bassa	discreta	alta	
in rapporto ai rischi della sua professione lei si sente	non sono tranquillo	16,7	8,2	8,3	<b>11,0</b>
	poco tranquillo	33,3	20,0	19,4	<b>24,3</b>
	abbastanza tranquillo	41,7	55,3	52,8	<b>50,3</b>
	molto tranquillo	8,3	16,5	19,4	<b>14,4</b>
<b>Totale</b>		<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

A conferma di questa correlazione troviamo che i lavoratori nei reparti più a rischio sono anche i più ansiosi, mentre avviene il contrario per gli altri, a conferma che l'ansia è determinata da una valutazione attenta e coerente dei pericoli effettivamente presenti nel luogo di lavoro.

**Tav. 89 - Rischio percepito nello svolgimento delle proprie mansioni per reparti (per livello di rischio complessivo) (val. %)**

	alto rischio complessivo	basso rischio complessivo	Totale
non sono tranquillo	9,8	14,7	11,5
poco tranquillo	30,3	17,6	26,0
abbastanza tranquillo	50,0	44,1	48,0
molto tranquillo	9,8	23,5	14,5
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

#### 4.12 Una esplorazione degli atteggiamenti dei lavoratori in ambito ospedaliero: le tipologie culturali

Nella presente ricerca si è voluto operativizzare, con intento solamente esplorativo, il modello griglia-gruppo elaborato da Mary Douglas. L'obiettivo scientifico è quello di offrire un'indagine esplorativa delle tipologie di atteggiamento presenti tra i lavoratori in ospedale in relazione alle tematiche della salute, seguendo le tipologie identificate dall'antropologa. Questo tentativo ha carattere esplorativo, ed è necessario indagare le tipologie più approfonditamente attraverso una ricerca qualitativa, che è la metodologia migliore per ottenere dei risultati significativi. Dunque la presente sezione vuole offrire solamente uno spunto di riflessione per i ricercatori e i soggetti interessati dal tema, riguardo alle possibilità offerte dal modello analitico douglasiano, e non ha alcuna pretesa di descrivere in maniera completa le complesse relazioni tra il carattere personale e l'organizzazione del lavoro.

Mary Douglas propone una tipologia a quattro elementi relativa alle logiche del rischio o concezioni del mondo. Si tratta del grind-group model, modello di comportamento a due dimensioni - la dimensione della griglia e quella del gruppo - che essa ha elaborato in collaborazione con Wildavsky nel tentativo di ordinare le differenti logiche del rischio seguite da gruppi sociali e organizzazioni<sup>35</sup>.

*La dimensione del gruppo* oppone due tipi ideali di gruppo: i gruppi caratterizzati da un senso di appartenenza forte, e i gruppi internamente poco coesi. Essa rimanda al "confine esterno che ciascun individuo erige tra se e il resto del mondo"<sup>36</sup>. Un gruppo è caratterizzato da un senso di appartenenza forte se insiste sulla coesione interna dei suoi membri, e opera distinzione nette tra sé e gli altri. I gruppi internamente poco

<sup>35</sup> Douglas e Wildavsky 1982; Douglas, Rischio e colpa, Il Mulino, Bologna, 1996

<sup>36</sup> Douglas e Wildavsky 1982, p. 138

coesì insistono sul valore dell'individualità, assegnando ai legami interni scarsa importanza.

*La dimensione della griglia* rimanda a "tutte le altre distinzioni sociali e alle deleghe di autorità a cui le persone ricorrono nel tentativo di limitare l'interferenza degli altri, nel tentativo, cioè, di sottrarsi ai vincoli sociali imposti dall'appartenenza al gruppo o da altri fattori strutturali, quali il genere, la razza o l'etnia, e la classe sociale<sup>37</sup>.

Incrociando la dimensione del gruppo con quella della griglia si ottengono quattro tipi di gruppo, e quattro corrispondenti approcci al rischio.

Gli individui appartenenti ai gruppi *gerarchici* (in posizione elevata in entrambe le dimensioni, gruppo e griglia) rispettano l'autorità, si conformano rigidamente alle norme del gruppo, condividono le sue previsioni riguardo ai rischi, e nutrono fiducia nelle organizzazioni stabilite.

I *fautori dell'uguaglianza* (in alto sulla dimensione del gruppo, in basso su quella della griglia) si identificano con il proprio gruppo, attribuiscono le responsabilità dei rischi ad attori non appartenenti ad esso, tendono a diffidare dalle norme imposte dall'esterno, sostengono le politiche sociali egualitarie, e sono a favore di un approccio al rischio basato sulla partecipazione.

Gli *individualisti* (in basso in entrambe le dimensioni) apprezzano le capacità imprenditoriali, sostengono che ciascuno debba affrontare il rischio sulla base di criteri propri, confidano nei singoli più che nelle organizzazioni, credono nelle forze di mercato, ritengono che l'assunzione dei rischi possa avere conseguenze tanto negative quanto positive, e si dolgono dei vincoli esterni.

I *fatalisti* (in basso nella dimensione del gruppo, in alto su quella della griglia) mancano di legami forti a un gruppo ma risentono pesantemente di condizionamenti di altro tipo, rispetto al rischio tendono ad affidarsi al caso e alla sorte, e si attribuiscono una scarsa capacità di controllo sugli eventi.

Nel nostro questionario abbiamo inserito una breve sezione con l'intento di operativizzare il modello griglia-gruppo, che di seguito riportiamo. Precisiamo ancora che la brevità della sezione è giustificata solo dalla volontà attuare una esplorazione degli atteggiamenti dei lavoratori.

---

<sup>37</sup> Ibidem, p. 138.

**Domanda 1. Secondo Lei, per una maggiore sicurezza dei lavoratori:**

È necessario aumentare i controlli e le verifiche da parte degli organi statali competenti	Gerarchico
È necessario che i lavoratori svolgano le proprie mansioni con maggiore attenzione	Individualista
È necessaria una più stretta collaborazione tra i lavoratori, le aziende e i soggetti responsabili	Egualitario
È importante adottare misure di prevenzione, ma gli incidenti ci saranno sempre	Fatalista

**Domanda 2. Secondo Lei, sul posto di lavoro i danni alla salute di solito avvengono perché:**

La sicurezza del lavoratore è considerata meno importante della produzione	Egualitario
È impossibile prevedere tutti i rischi	Fatalista
Mancano regole precise e procedure determinate	Gerarchico
Il lavoratore non sa gestire bene il proprio lavoro	Individualista

**Domanda 3. Per un buon funzionamento dell'ospedale è necessario:**

Che la gestione e l'organizzazione siano efficienti	Gerarchico
Che vi sia collaborazione tra tutti	Egualitario
Che ognuno sia lasciato libero di lavorare al meglio	Individualista
È difficile che un ospedale funzioni perfettamente	Fatalista

Il campione si distribuisce secondo la tipologia di Mary Douglas seguendo una peculiare distribuzione: la percentuale di lavoratori gerarchici o individualisti è uguale ed elevata (32,2% i primi e 31,2% i secondi); i fatalisti sono il 9,5%; gli egualitari solamente il 3,0%; gli ibridi sono il 24,1% e rappresentano i soggetti per i quali non emerge nessuna evidenza certa, poiché le loro risposte si sono distribuite in maniera non discriminante rispetto alla tipologia, oscillando principalmente tra un atteggiamento individualista o gerarchico o, in maniera minore, fatalista.

Tav. 90 - Tipologia griglia-gruppo (val. %)

gerarchico	32,2
individualista	3,0
egualitario	31,2
fatalista	9,5
ibrido	24,1
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

La composizione del campione per tipologia consente di osservare una forte evidenza: è la dimensione del gruppo, più che quella della griglia, quella che più determina gli atteggiamenti rispetto al tema della sicurezza che hanno i lavoratori in ambito ospedaliero. Gli individualisti e i fatalisti sono infatti le tipologie meno presenti, ed hanno entrambe bassi valori sulla dimensione di gruppo. Mentre gli intervistati sono essenzialmente gerarchici o egualitari, e queste due tipologie sono quelle più elevate sulla dimensione “gruppo” del modello.

**Tav. 91 - Tipologia rappresentata nello schema griglia-gruppo di Mary Douglas (val. %; sono state considerate solo le tipologie “pure” emerse dall’indagine, e non quella “spuria” degli “ibridi”)**

		<i>Gruppo +</i>
EGUALITARI	31,2%	GERARCHICI 32,2%
		<i>Griglia +</i>
<i>Griglia -</i>		
INDIVIDUALISTI	3,0%	FATALISTI 9,5%
		<i>Gruppo -</i>

Fonte: nostre elaborazioni su dati d’indagine

Questa evidenza ci consente di avanzare alcune considerazioni, anche se queste necessiterebbero di un ulteriore approfondimento qualitativo.

1) La correlazione tra l’atteggiamento rispetto alla sicurezza e gli alti livelli registrati sulla dimensione di gruppo fa emergere quanto per i lavoratori in ambito ospedaliero sia forte il senso di appartenere a un gruppo di lavoro, e quanto sia ritenuta importante la coesione del gruppo stesso per operare efficientemente. Dunque l’organizzazione del lavoro e le politiche utilizzate nell’azienda per governare fattori di rischio sono fattori ritenuti determinanti per tutelare la salute individuale. Chi ritiene che sia compito del singolo gestire i problemi concernenti la salute e la sicurezza è difatti una percentuale minoritaria, così come quella di chi ritiene che i rischi siano una fatalità e difficilmente controllabili. I rischi invece, per la maggior parte dei lavoratori in ambito ospedaliero, sono controllabili ed evitabili. Quello che invece differenzia i lavoratori è la strategia da attuare: c’è chi è più propenso verso un modello più gerarchico e dunque più controllato, e chi preferisce un modello più egualitario e dunque più orizzontale e partecipativo.

2) La maggiore importanza della dimensione del gruppo può essere, in ipotesi, correlata alla specificità del processo di lavoro in ambito ospedaliero, poiché esso è fortemente condizionato dall'organizzazione del lavoro in team, dalla presenza di procedure codificate, dalla necessità di regolamentare i ruoli.

È pertanto confermato che il modello organizzativo nel quale i lavoratori sono coinvolti condiziona gli atteggiamenti individuali verso i temi della salute e sicurezza.

## **5. Una classificazione dei lavoratori secondo la percezione dei rischi: i risultati dell'analisi multivariata**

Una volta descritti i fattori decisivi nel determinare la percezione dei rischi dei lavoratori e le condizioni di salute e tutela, si è deciso di approfondire e rafforzare lo studio dei dati attraverso l'utilizzo dell'analisi multivariata, che permette di esaminare simultaneamente le informazioni contenute in un numero elevato di variabili, restituendone un'informazione sintetica.

Gli obiettivi principali dell'analisi multivariata sono stati due: a) l'esplorazione delle dimensioni sottese alla percezione del rischio; b) la classificazione dei lavoratori dell'ospedale rispetto alla percezione dei rischi che hanno, con particolare riferimento ai rischi chimici e biologici.

### **5.1 Le dimensioni della percezione del rischio**

Il primo passo dell'analisi è stato quello di esplorare le dimensioni latenti alla percezione del rischio attraverso la tecnica di analisi delle corrispondenze multiple (Acm)<sup>38</sup>. Le variabili scelte per l'analisi sono quelle relative all'esposizione ai rischi e dei danni alla salute provocati dal lavoro<sup>39</sup>; si tratta di variabili legate intimamente al fenomeno oggetto di studio, perché l'essere a conoscenza dell'esistenza di determinati rischi nel proprio ambito lavorativo e il saper ricondurre eventuali problemi di salute all'attività lavorativa sono entrambi indicatori della percezione del rischio.

---

38 L'analisi delle corrispondenze multiple ha l'obiettivo di esplorare, descrivere e sintetizzare una matrice di dati riducendola ad un numero minore di costrutti latenti (fattori), che esprimono delle combinazioni lineari tra le variabili (Di Franco, 1997).

39 Le variabili attive utilizzate nella costruzione dei fattori sono sei: esposizione ai rischi dovuti all'ambiente di lavoro, esposizione ai rischi ergonomici, esposizione ai rischi chimici, esposizione ai rischi biologici, problemi fisici e problemi psicologici; le variabili illustrative, utilizzate per caratterizzare i fattori, sono state nove: tipo di contratto, accordo frasi sul rischio del suo reparto, accordo frasi sulle mansioni, in rapporto ai rischi sociali, in rapporto ai rischi della sua professione lei come si sente, in rapporto ai rischi chimici della sua professione lei come si sente, probabilità di subire danni alla salute, esposizione ai rischi psicosociali, reparti ad alto livello di rischio chimico, categoria professionale per gruppi.

Le dimensioni individuate sono principalmente due<sup>40</sup> e insieme riproducono il 27,8% dell'informazione totale. La prima, rappresentata dal primo fattore, può essere identificata come la dimensione del "danno alla salute": il semipiano positivo, infatti, è saturato principalmente dalle variabili modalità<sup>41</sup> relative ad un basso livello di problemi psico-fisici, mentre il semipiano negativo dalle modalità che esprimono un alto livello di problemi fisici e psicologici. La bassa percezione dei problemi alla salute, inoltre, è legata al fatto di percepire come bassa l'esposizione al rischio ergonomico e ambientale, mentre vale la relazione inversa quando i danni alla salute sono avvertiti come alti.

Tav. 92 - Descrizione del primo fattore "danno alla salute" attraverso le variabili attive

Valor-Test	Variabile	Modalità
-11,33	problemi fisici (indice)	basso
-10,04	problemi psicologici (indice)	basso
-8,47	esposizione ai rischi ergonomici	bassa
-6,38	esposizione ad agenti chimici	per niente-poco
-5,96	esposizione ai rischi legati all'ambiente di lavoro (indice)	bassa
<i>zona centrale</i>		
4,73	problemi fisici (indice)	discreto
5,97	esposizione ai rischi ergonomici	alta
6,95	esposizione ai rischi legati all'ambiente di lavoro (indice)	alta
8,34	problemi fisici (indice)	alto
10,06	problemi psicologici (indice)	alto

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Il semipiano relativo a bassi livelli di danno alla salute è saturato dalle variabili modalità che esprimono una bassa o bassissima probabilità di subire rischi sul lavoro, dal sentirsi molto tranquillo in relazione al rischio chimico e ai rischi della professione in generale; al contrario, l'alta percezione del danno alla salute è legata a variabili modalità opposte, come la medio- alta percezione del rischio in generale, la mancanza di tranquillità rispetto al rischio chimico in particolare e al rischio in generale, dal

<sup>40</sup> Poiché i primi fattori hanno un potere informativo più elevato rispetto agli altri, l'interpretazione è stata limitata ai primi due: il primo fattore riproduce, infatti, il 17,25% dell'inerzia, mentre il secondo il 10,55%. Tutte le modalità attive hanno avuto peso nella costruzione dei fattori, in quanto nessuna di queste è stata soppressa a causa di frequenze troppo basse.

<sup>41</sup> L'ACM lavora su variabili-modalità, vale a dire lavora sulle singole categorie di ciascuna variabile (ad es. modalità di risposta di una domanda, classi in cui sono stati aggregati intervalli di valori, ecc.).

considerare le proprie mansioni ad alto rischio. Sembrerebbe che le variabili illustrative ci aiutino ad aggiungere un tassello al quadro appena descritto: quello del sentimento di ansia o tranquillità che il soggetto ha nei confronti della propria professione. Una bassa probabilità di subire un danno si associa a un maggiore sentimento di tranquillità nello svolgimento delle mansioni e al reputare come meno pericolosa la propria professione rispetto ad altre; così come, al contrario, quando un lavoratore individua un'alta probabilità di rischio è meno tranquillo e percepisce le proprie mansioni come più rischiose di altre.

**Tav. 93- Descrizione del primo fattore “danno alla salute” attraverso le variabili illustrative**

Valor-Test	Variabile	Modalità
-5,23	probabilità di subire danni sul lavoro (indice)	bassissima
-4,37	in rapporto ai rischi chimici della sua professione lei si sente	molto tranquillo
-4,36	esposizione ai rischi psico-sociali	per niente
-3,85	probabilità di subire danni sul lavoro (indice)	bassa
-3,82	in rapporto ai rischi della sua professione lei si sente	molto tranquillo
-2,76	accordo frasi sul rischio del suo reparto	il mio reparto è meno rischioso di altri
-2,67	accordo frasi sulle mansioni	le mie mansioni sono meno rischiose di altre
-2,63	in rapporto ai rischi della sua professione lei si sente	abbastanza tranquillo
-2,53	tipologia di contratto	contratto a tempo determinato
	<i>zona centrale</i>	
2,47	reparti per livello di rischio complessivo	alto
2,53	in rapporto ai rischi chimici della sua professione lei si sente	poco tranquillo
2,92	in rapporto ai rischi della sua professione lei si sente	non sono tranquillo
3,29	accordo frasi sulle mansioni	mie mansioni sono più rischiose di altre
3,34	in rapporto ai rischi chimici della sua professione lei si sente	non sono tranquillo
3,50	esposizione ai rischi psico-sociali	molto
3,59	probabilità di subire danni sul lavoro (indice)	media
3,94	in rapporto ai rischi della sua professione lei si sente	poco tranquillo
4,33	probabilità di subire danni sul lavoro (indice)	alta

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Il secondo fattore, invece, è stato denominato “rischio chimico-biologico vs rischio fisico”, perché contrappone due tipi di percezione del rischio: a) la prima si riscontra sul semiasse positivo, saturata dalle variabili modalità che esprimono elevati livelli di esposizione ai rischi biologici e chimici; b) la seconda, invece, ha un nucleo bipolare: è saturata, infatti, da variabili modalità di nulla o scarsa esposizione ai rischi biologici e

chimici e di una medio-alta esposizione ai rischi che possiamo definire come più “tangibili”, ovvero quelli ergonomici o legati all’ambiente lavorativo.

**Tav. 94 - Descrizione del secondo fattore “rischio chimico-biologico vs rischio fisico” attraverso le variabili attive**

Valore-Test	Variabile	Modalità
-5,64	esposizione ad agenti chimici	molto
-5,63	esposizione ad agenti biologici	moltissimo
-5,38	esposizione ad agenti chimici	moltissimo
-4,91	esposizione ai rischi ergonomici	bassa
-4,78	esposizione ad agenti biologici	molto
	Z O N E C E N T R A L E	
4,24	problemi psicologici (indice)	discreto
4,94	esposizione ai rischi legati all’ambiente di lavoro (indice)	alta
5,59	esposizione ad agenti chimici	per niente-poco
7,51	esposizione ai rischi ergonomici	discreta
8,87	esposizione ad agenti biologici	per niente-poco

Fonte: nostre elaborazioni su dati d’indagine

Anche in questo caso le variabili aggiungono elementi per interpretare la dimensione rappresentata dal fattore. La percezione dell’esposizione a rischi “chimico-biologici” è fortemente legata a medici e infermieri (allievi compresi), vale a dire alle professioni a più diretto contatto con i pazienti, e al fatto di lavorare in reparti in cui la presenza del rischio chimico è rilevante; la forma contrattuale del lavoro atipico è un altro elemento che contribuisce ad arricchire la descrizione di questo semiasse, ma probabilmente legato alla categoria professionale degli allievi infermieri e dei medici a contratto. Il semiasse positivo, l’esposizione a fattori “fisici” di rischio, invece, è legato ai lavoratori che non svolgono prestazioni di cura e assistenza, come gli addetti delle pulizie e i manutentori, la cui attività lavorativa non è svolta in un unico reparto ma in maniera più trasversale all’interno della struttura ospedaliera.

Tav. 95 - Descrizione del secondo fattore "rischio chimico-biologico vs rischio fisico" attraverso le variabili illustrative

Valor- Test	Variabile	Modalità
-6,04	categoria professionale per gruppi	gruppo A
-3,28	tipologia di contratto	lavoro atipico
-2,98	reparti per livello di rischio chimico	alto
-2,51	esposizione ai rischi psico-sociali	molto
Z O N E C E N T R A L E		
2,90	tipologia di contratto	contratto a tempo indeterminato
2,98	reparti per livello di rischio chimico	basso
5,41	categoria professionale per gruppi	gruppo C

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

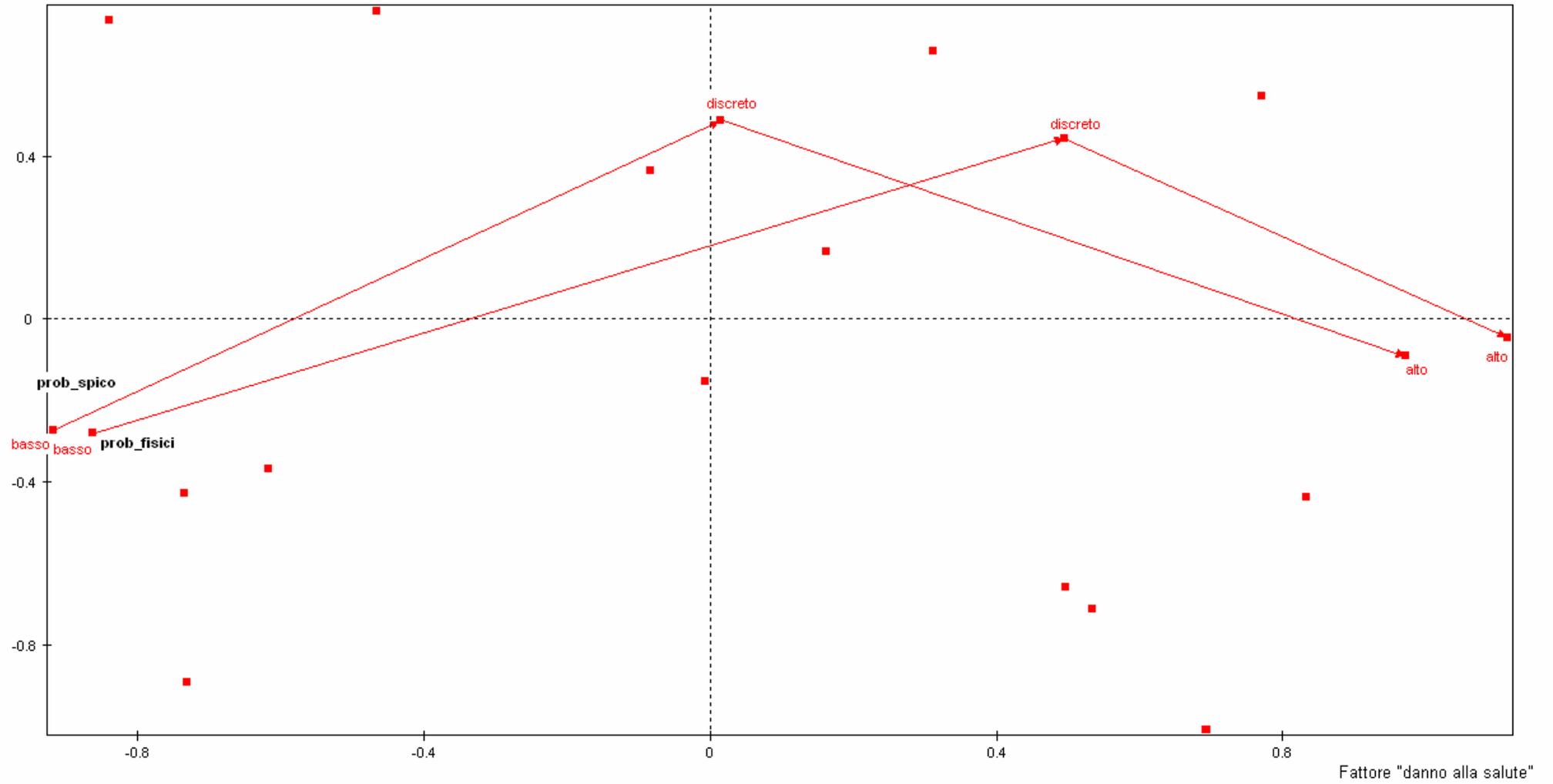
E' possibile esplorare la relazione tra le variabili modalità prese in esame rappresentando i due fattori come assi cartesiani: l'asse delle ascisse è rappresentato dalla dimensione "danno alla salute", l'asse delle ordinate "rischio chimico-biologico vs rischio fisico". Sullo spazio costruito dai due fattori, quindi, è possibile proiettare le variabili modalità usate per la costruzione degli stessi ed esplorarne le relazioni con strumenti grafici. Uno dei risultati più interessanti è la traiettoria assunta dalle modalità relative ai danni fisici e psichici dovuti al lavoro. Le due variabili hanno un simile andamento, in particolare sono associate<sup>42</sup> tra loro le modalità estreme: ad un alto livello di problemi fisici causati dal lavoro corrisponde un alto livello di problemi psicologici e viceversa. Si tratta di una associazione che trova fondamento nel legame profondo tra problemi psicologici e fisici. Molti studi<sup>43</sup> dimostrano come lo stress negativo richieda all'organismo un alto consumo energetico, innescando così un meccanismo che logora via via il fisico: visti in questa chiave quindi, sintomi come dolori muscolari, emicrania o ipertensione, infatti, potrebbero essere delle reazioni allo stress. Non si può dimenticare, altresì, che un livello di stress molto alto porta una disattenzione rispetto allo stato di salute fisica e magari delle procedure di sicurezza previste, generando così un circolo vizioso capace di intaccare sempre di più il benessere del lavoratore.

42 Nell'Acm la vicinanza tra due o più modalità di variabili diverse può essere interpretata come associazione tra le stesse (Di Franco, 2006).

43 A questo proposito sono interessanti i risultati di uno studio denominato "Ricerca sullo Stress correlato al Lavoro" realizzato dall'Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro nel 2000.

Fig . 44 - Traiettorie delle variabili del danno alla salute

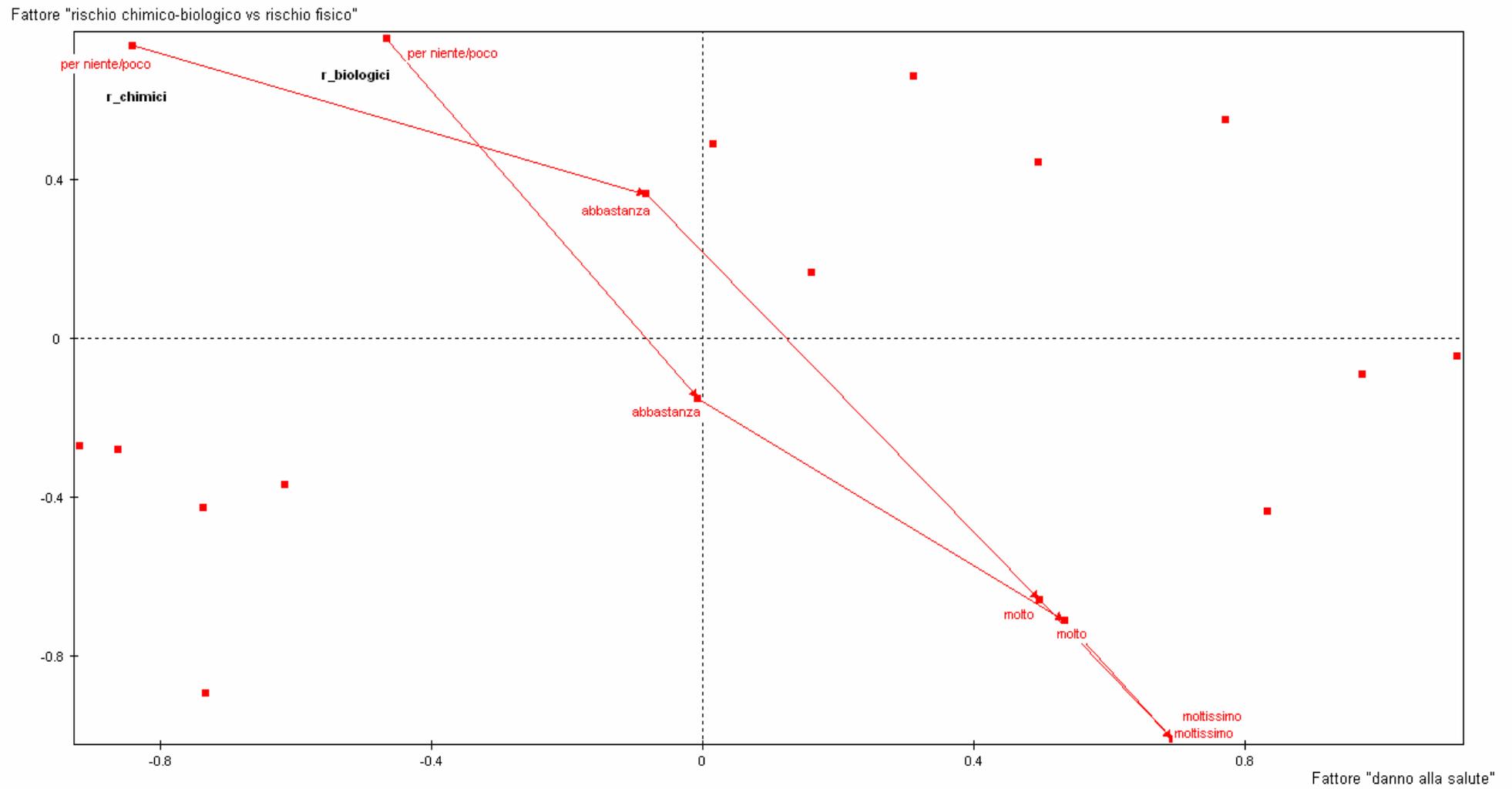
Fattore "rischio chimico-biologico vs rischio fisico"



Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Un'altra interessante rappresentazione grafica è quella delle traiettorie delle modalità che riguardano l'esposizione al rischio biologico e chimico. A differenza della relazione precedentemente esaminata, le modalità fortemente associate tra loro sono quelle che esprimono alti o altissimi livelli di esposizione, mentre quelle che di riferiscono ad una nulla o scarsa esposizione ricadono nello stesso quadrante, ma non così vicine nello spazio come le prime. Questo dato testimonia l'esistenza di una forte correlazione tra la percezione dei rischi chimici e quella dei rischi biologici.

Fig. 45 - Traiettorie delle variabili dell'esposizione al rischio biologico e chimico



Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

## 5.2 La classificazione dei lavoratori per la percezione dei rischi chimici e biologici

L'esplorazione delle dimensioni sottostanti la percezione del danno alla salute e dell'esposizione al rischio, oltre che ad arricchire e a rinforzare una serie di considerazioni emerse nei capitoli precedenti, ha rappresentato la base per un'ulteriore passo di analisi: l'operazione di classificazione dei lavoratori. Una volta individuati i due fattori portanti della percezione del rischio, infatti, l'analisi è stata mirata all'individuazione dei tipi attraverso cui descrivere i 200 intervistati rispetto al loro modo di relazionarsi ai rischi, con particolare riferimento al rischio chimico.

Una volta ridotto l'insieme delle variabili con l'Acm, che ha permesso di individuare le dimensioni latenti della percezione del rischio, è stata effettuata un'analisi dei gruppi<sup>44</sup>. La soluzione ottimale<sup>45</sup> è stata quella che ha suddiviso i 200 intervistati in 6 gruppi, presentati nella tabella 1.

Tav. 96 - Suddivisione dei 200 lavoratori dell'IFO per gruppi

Gruppo	v.a.	%
coscienti del rischio invisibile	25	12,50
sovra-esposti al rischio chimico	15	7,50
sovra-esposti al rischio biologico	25	12,50
Attenti	70	35,00
sotto- esposti al rischio	16	8,00
Tranquilli	49	24,50

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Il primo gruppo è caratterizzato dalle variabili modalità che si riferiscono un alto livello di esposizione al rischio biologico e chimico. I casi raggruppati in questa prima partizione rappresentano il 65% circa di coloro che sono esposti ad alti livelli di rischio biologico, contro il 18,5% dell'intero campione; i casi di alta esposizione al rischio

<sup>44</sup> Le tecniche di analisi dei gruppi si dividono in due famiglie: la famiglia delle tecniche gerarchiche e quella delle non gerarchiche. Le tecniche gerarchiche producono una sequenza di partizioni in tipi secondo un ordine gerarchico, procedendo per fusioni successive a partire da un numero di gruppi pari al numero di casi da aggregare fino ad arrivare ad un unico gruppo che aggrega tutti i casi; le tecniche non gerarchiche, invece, producono un'unica partizione con un numero di gruppi, fissato dal ricercatore, in grado di ottimizzare la soluzione.

Per effettuare l'analisi dei gruppi è stato deciso di adottare un procedimento misto, capace di integrare le tecniche gerarchiche e quelle non gerarchiche.

<sup>45</sup> L'obiettivo è quello di formare gruppi omogenei al loro interno ed eterogenei tra loro.

chimico, invece, che nell'intero campione corrispondono al 27%, sono il 41% circa. Si tratta di un gruppo molto omogeneo al suo interno, perchè le percentuali di alti livelli di rischio biologico e chimico è rispettivamente 96% e 88%. Dal momento che un'altra delle modalità caratteristiche, anche se con valor test minore<sup>46</sup>, è quella relativa al gruppo professionale dei medici e infermieri, è evidente che questo è il gruppo dei "coscienti del rischio invisibile": in altri termini, siamo di fronte ad un gruppo di individui che sono sicuramente consapevoli della propria esposizione a questi due tipi di rischi, perché facenti parte di gruppi professionali altamente specializzati e formati.

**Tav. 97 - Risultati della procedura Decla per la descrizione delle modalità caratteristiche del primo gruppo (25 casi, pari al 12,5% del campione)**

variabile	modalità caratteristica	mod/cla	mod/global	Cla/mod	v. test	prob.
esposizione ad agenti biologici	molto	96,00	18,50	64,86	9,24	0,000
esposizione ad agenti chimici	molto	88,00	27,00	40,74	6,72	0,000
categoria professionale per gruppi	gruppo A	80,00	48,00	20,83	3,27	0,001
esposizione ad agenti chimici	abbastanza	12,00	38,00	3,95	-2,79	0,003
esposizione ad agenti chimici	per niente-poco	0,00	22,50	0,00	-3,07	0,001
esposizione ad agenti biologici	abbastanza	0,00	27,00	0,00	-3,53	0,000
esposizione ad agenti biologici	per niente-poco	4,00	41,00	1,22	-4,20	0,000
probabilità di subire danni sul lavoro (indice)	alta	0,00	0,00	0,00	-99,99	0,000

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Il secondo gruppo è caratterizzato principalmente dalla modalità a più elevato livello di rischio chimico. Il 100% dei casi raggruppati in questa seconda partizione si sente esposta a questo tipo di rischio, contro il 12,5 dell'intero campione. Si tratta di individui in cui la percezione di esposizione al rischio chimico è altissima e al tempo stesso prevalente; questo gruppo, quindi, è stato etichettato come "sovraesposti al rischio chimico".

<sup>46</sup> I valor test controllano la significatività dell'associazione tra una modalità e un fattore; in altre parole misurano esprimono una valutazione sulla casualità o meno di una collocazione della modalità sul fattore.

Tav. 98- Risultati della procedura Decla per la descrizione delle modalità caratteristiche del secondo gruppo (15 casi, pari al 7,5% del campione)

variabile	modalità caratteristica	mod/cla	mod/global	cla/mod	v. test	prob.
esposizione ad agenti chimici	moltissimo	100,00	12,50	60,00	8,13	0,000
esposizione ad agenti biologici	abbastanza	60,00	27,00	16,67	2,55	0,005
esposizione ad agenti chimici	molto	0,00	27,00	0,00	-2,44	0,007
esposizione ad agenti biologici	per niente-poco	6,67	41,00	1,22	-2,73	0,003
esposizione ad agenti chimici	abbastanza	0,00	38,00	0,00	-3,27	0,001
probabilità di subire danni sul lavoro (indice)	alta	0,00	0,00	0,00	-99,99	0,000

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Il terzo gruppo, invece, è stato definito "sovra-esposti al rischio biologico". Il 100% degli individui del gruppo si sentono esposti al massimo livello di esposizione al rischio biologico; questo gruppo raccoglie il 92,59% dei casi che presentano questa modalità, contro il 13,5% del campione.

**Tav. 99 - Risultati della procedura Decla per la descrizione delle modalità caratteristiche del terzo gruppo (25 casi, pari al 12,5% del campione)**

<b>Variabile</b>	<b>modalità caratteristica</b>	<b>mod/cla</b>	<b>mod/global</b>	<b>cla/mod</b>	<b>v. test</b>	<b>prob.</b>
esposizione ad agenti biologici	moltissimo	100,00	13,50	92,59	11,29	0,000
categoria professionale per gruppi	gruppo A	84,00	48,00	21,88	3,74	0,000
accordo frasi sul rischio del suo reparto	il mio reparto è molto più rischioso di altri	48,00	20,00	30,00	3,21	0,001
esposizione ad agenti chimici	molto	56,00	27,00	25,93	3,09	0,001
esposizione ad agenti chimici	moltissimo	32,00	12,50	32,00	2,57	0,005
problemi psicologici (indice)	alto	60,00	35,00	21,43	2,52	0,006
accordo frasi sulle mansioni	le mie mansioni più rischiose di altre	44,00	21,50	25,58	2,52	0,006
accordo frasi sulle mansioni	ogni mansione ha i suoi rischi	40,00	64,50	7,75	-2,46	0,007
accordo frasi sul rischio del suo reparto	ogni reparto ha i suoi rischi	40,00	65,50	7,63	-2,58	0,005
esposizione ad agenti biologici	molto	0,00	18,50	0,00	-2,64	0,004
categoria professionale per gruppi	gruppo B	0,00	19,50	0,00	-2,75	0,003
esposizione ad agenti chimici	abbastanza	12,00	38,00	3,95	-2,79	0,003
esposizione ad agenti chimici	per niente-poco	0,00	22,50	0,00	-3,07	0,001
esposizione ad agenti biologici	abbastanza	0,00	27,00	0,00	-3,53	0,000
esposizione ad agenti biologici	per niente-poco	0,00	41,00	0,00	-4,86	0,000
probabilità di subire danni sul lavoro (indice)	alta	0,00	0,00	0,00	-99,99	0,000

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Il quarto è il gruppo più consistente e che si stente esposto ad un livello intermedio a tutti i tipi di rischio, tangibili e invisibili. E' il gruppo meno omogeneo e selettivo, probabilmente per il carattere poco netto delle modalità caratteristiche che lo definiscono. Per il fatto di sentirsi esposti ad una vasta gamma di rischi, questo gruppo è stato definito degli "attenti".

**Tav. 100 - Risultati della procedura Decla per la descrizione delle modalità caratteristiche del quarto gruppo (70 casi, apri al 35% del campione)**

<b>variabile</b>	<b>modalità caratteristica</b>	<b>mod/cla</b>	<b>mod/global</b>	<b>cla/mod</b>	<b>v. test</b>	<b>prob.</b>
esposizione ad agenti chimici	abbastanza	61,43	38,00	56,58	4,84	0,000
esposizione ai rischi ergonomici	discreta	61,43	39,50	54,43	4,49	0,000
problemi fisici (indice)	discreto	51,43	31,50	57,14	4,25	0,000
problemi psicologici (indice)	alto	51,43	35,00	51,43	3,39	0,000
problemi psicologici (indice)	discreto	41,43	27,50	52,73	3,03	0,001
esposizione ai rischi legati all'ambiente di lavoro (indice)	alta	42,86	29,00	51,72	2,97	0,001
problemi fisici (indice)	alto	34,29	22,00	54,55	2,85	0,002
esposizione ad agenti biologici	abbastanza	40,00	27,00	51,85	2,84	0,002
esposizione ai rischi legati all'ambiente di lavoro (indice)	discreta	41,43	29,00	50,00	2,65	0,004
in rapporto ai rischi della sua professione lei si sente	non sono tranquillo	20,00	11,50	60,87	2,48	0,007
esposizione ad agenti biologici	per niente-poco	52,86	41,00	45,12	2,34	0,010
esposizione ad agenti biologici	molto	7,14	18,50	13,51	-2,99	0,001
categoria professionale per gruppi	gruppo A	32,86	48,00	23,96	-3,02	0,001
esposizione ai rischi legati all'ambiente di lavoro (indice)	bassa	15,71	32,00	17,19	-3,57	0,000
esposizione ai rischi legati all'ambiente di lavoro (indice)	nulla	0,00	10,00	0,00	-3,71	0,000
esposizione ad agenti chimici	moltissimo	0,00	12,50	0,00	-4,30	0,000
esposizione ad agenti biologici	moltissimo	0,00	13,50	0,00	-4,52	0,000
esposizione ai rischi ergonomici	bassa	14,29	40,00	12,50	-5,51	0,000
problemi fisici (indice)	basso	14,29	46,50	10,75	-6,81	0,000
problemi psicologici (indice)	basso	7,14	37,50	6,67	-6,81	0,000
probabilità di subire danni sul lavoro (indice)	alta	0,00	0,00	0,00	-99,99	0,000

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Il quinto gruppo è caratterizzato principalmente da un nullo livello di esposizione ai rischi legati all'ambiente lavorativo. Si tratta di un gruppo perfettamente omogeneo al suo interno: il 100% degli individui del gruppo presenta questa variabile modalità. Raggruppa, inoltre, l'80% degli individui che non si sentono esposti ai rischi ambientali, contro il 10% dell'intero campione. L'87,5% dei casi raggruppati in questa partizione indica un basso livello di danni fisici alla salute e il 75% si sente esposto ad un basso livello di rischio ergonomico. Poiché nella descrizione di questo gruppo non intervengono altre modalità caratteristiche, è evidente che possa essere la partizione che raccoglie gli individui che non hanno alcuna percezione del rischio; questo gruppo è stato definito, quindi, "sotto-esposti al rischio".

**Tav. 101 - Risultati della procedura Decla per la descrizione delle modalità caratteristiche del quinto gruppo (16 casi, pari al 8% del campione)**

variabile	modalità caratteristica	mod/cla	mod/global	cla/mod	v. test	prob.
esposizione ai rischi legati all'ambiente di lavoro (indice)	nulla	100,00	10,00	80,00	9,15	0,000
problemi fisici (indice)	basso	87,50	46,50	15,05	3,26	0,001
esposizione ai rischi ergonomici	bassa	75,00	40,00	15,00	2,70	0,004
problemi psicologici (indice)	alto	6,25	35,00	1,43	-2,42	0,008
esposizione ai rischi legati all'ambiente di lavoro (indice)	alta	0,00	29,00	0,00	-2,73	0,003
esposizione ai rischi legati all'ambiente di lavoro (indice)	discreta	0,00	29,00	0,00	-2,73	0,003
esposizione ai rischi legati all'ambiente di lavoro (indice)	bassa	0,00	32,00	0,00	-2,96	0,002
probabilità di subire danni sul lavoro (indice)	alta	0,00	0,00	0,00	-99,99	0,000

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

A differenza del quinto, il sesto gruppo è caratterizzato da quasi tutte le variabili modalità che indicano un basso livello di danni alla salute e di un nullo o basso livello di esposizione ai rischi tangibili e invisibili. La caratterizzazione di questo sesto gruppo, quindi, è più articolata: si tratta di persone che si sentono tranquille rispetto ai rischi e che non soffrono di problemi di salute causati dal lavoro: più dell'80% degli individui di questo gruppo ha, infatti, un basso livello di problemi psicologici e quasi il 90% ha un basso livello di problemi fisici. Si tratta di persone che vivono l'attività lavorativa senza stress e affaticamento e che non percepiscono come minacce i fattori di rischio tangibili e invisibili: questo gruppo è stato definito dei "tranquilli".

**Tav. 102 - Risultati della procedura Decla per la descrizione delle modalità caratteristiche del sesto gruppo (49 casi, pari al 24,5% del campione)**

<b>Variabile</b>	<b>modalità caratteristica</b>	<b>mod/cla</b>	<b>mod/global</b>	<b>cla/mod</b>	<b>v. test</b>	<b>prob.</b>
problemi psicologici (indice)	basso	81,63	37,50	53,33	7,19	0,000
problemi fisici (indice)	basso	89,80	46,50	47,31	7,12	0,000
esposizione ad agenti chimici	per niente-poco	57,14	22,50	62,22	6,14	0,000
esposizione ai rischi legati all'ambiente di lavoro (indice)	bassa	67,35	32,00	51,56	5,79	0,000
esposizione ai rischi ergonomici	bassa	75,51	40,00	46,25	5,67	0,000
esposizione ad agenti biologici	per niente-poco	73,47	41,00	43,90	5,15	0,000
probabilità di subire danni sul lavoro (indice)	bassissima	34,69	14,50	58,62	4,10	0,000
in rapporto ai rischi chimici della sua professione lei si sente	molto tranquillo	34,69	16,00	53,13	3,66	0,000
esposizione ai rischi psico-sociali in rapporto ai rischi della sua professione lei si sente	per niente molto tranquillo	42,86	25,50	41,18	2,94	0,002
esposizione ai rischi psico-sociali categoria professionale per gruppi	molto gruppo A	10,20	24,50	10,20	-2,62	0,004
esposizione ai rischi legati all'ambiente di lavoro (indice)	nulla	30,61	48,00	15,63	-2,66	0,004
esposizione ai rischi legati all'ambiente di lavoro (indice)	alta	0,00	10,00	0,00	-2,80	0,003
esposizione ai rischi ergonomici	discreta	12,24	29,00	10,34	-2,93	0,002
esposizione ad agenti chimici	moltissimo	20,41	39,50	12,66	-3,06	0,001
in rapporto ai rischi della sua professione lei si sente	poco tranquillo	0,00	12,50	0,00	-3,28	0,001
probabilità di subire danni sul lavoro (indice)	alta	8,16	26,00	7,69	-3,31	0,000
esposizione ai rischi ergonomici	alta	4,08	20,50	4,88	-3,39	0,000
esposizione ad agenti biologici	moltissimo	4,08	20,50	4,88	-3,39	0,000
esposizione ad agenti biologici	molto	0,00	13,50	0,00	-3,46	0,000
problemi fisici (indice)	discreto	2,04	18,50	2,70	-3,62	0,000
esposizione ad agenti chimici	molto	10,20	31,50	7,94	-3,75	0,000
problemi fisici (indice)	alto	4,08	27,00	3,70	-4,42	0,000
problemi psicologici (indice)	alto	0,00	22,00	0,00	-4,83	0,000
probabilità di subire danni sul lavoro (indice)	alta	4,08	35,00	2,86	-5,61	0,000
probabilità di subire danni sul lavoro (indice)	alta	0,00	0,00	0,00	-99,99	0,000

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Questo risultato seppur con il limite di essere una delle classificazioni possibili, permette di fare alcune considerazioni. Il gruppo più consistente è quello degli "attenti", che raccogliendo il 35% dei casi, funge da spartiacque tra un 32% circa di lavoratori che ha chiara percezione dei rischi biologici e chimici e un altro 32% circa che non ne ha. E' evidente, quindi, quanto urgenti siano degli interventi in grado di rendere consapevoli sui rischi che incombono sull'attività lavorativa in ospedale, con particolare riferimento al rischio chimico. Nonostante molti lavoratori non siano direttamente interessati nelle attività che richiedono la manipolazione di farmaci o di altre sostanze chimiche, è possibile che essi possano esserne accidentalmente esposti; un coinvolgimento formativo capace di guidare realmente il lavoratore anche e soprattutto nelle situazioni di emergenza sembra essere necessario. Muoversi nell'ospedale senza sapere interpretare segnali di pericolo o senza avere una chiara idea delle conseguenze che determinate sostanze possano avere alla salute solo due esempi di un costume che deve essere arginato. E' questa zona buia che deve essere rischiarata da interventi efficaci, capaci di garantire la sicurezza e la salute di tutti i lavoratori.

Una volta individuati i gruppi si è proceduto con la loro caratterizzazione; in altri termini, è stata esplorata la composizione di ciascun gruppo rispetto alle variabili strutturali di più grande interesse.

La prima relazione riguarda i gruppi rispetto al genere. Dalla lettura della Tabella 12 si evince che la differenza di genere è caratterizza il gruppo degli "attenti": il 38,9% di loro è uomo, mentre il 31,8% è donna. Si tratta di una differenza piuttosto interessante, in quanto ha il potere di rovesciare il luogo comune che siano le donne ad avere il primato della prudenza e dell'attenzione nello svolgere le proprie attività lavorative. Sebbene questa sia la differenza più evidente tra tutte, è necessario avere cautela nel darle il giusto peso: il dato, infatti, è troppo poco robusto per permetterci di fare considerazioni più approfondite. E' con la stessa cautela che si può affermare che la maggioranza dei sotto-esposti al rischio sia rappresentata dalle donne (il 10,9% delle donne, contro il 4,4% degli uomini). La spiegazione di questa differenza di genere può dipendere dal fatto che tra i sotto-esposti al rischio, vale a dire i lavoratori che svolgono prevalentemente professioni non mediche e assistenziali, come ad esempio gli addetti alle pulizie, sono prevalentemente donne.

Tav. 103 - Distribuzione della classificazione dei lavoratori per genere

Gruppi	Genere		Totale
	maschio	femmina	
coscienti del rischio invisibile	14,4	10,9	12,5
sovra-esposti al rischio chimico	5,6	9,1	7,5
sovra-esposti al rischio biologico	12,2	12,7	12,5
attenti	38,9	31,8	35,0
sotto- esposti al rischio	4,4	10,9	8,0
tranquilli	24,4	24,5	24,5
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

Il fattore età gioca un peso più forte nella caratterizzazione di tutti i gruppi, tranne per quello dei "sotto- esposti al rischio". I lavoratori oltre i 50 anni sono quelli più "attenti" (43,3%) e "tranquilli" (30%): si tratta di persone consapevoli di essere esposte a vari tipi di rischio, ma che allo stesso tempo hanno maturato un grado di tranquillità elevato nell'esercizio delle proprie mansioni. E' indubbio che i lavoratori più anziani siano anche quelli con una maggiore esperienza lavorativa, ed è probabilmente quest'ultima la chiave che permette di interpretare questi due gruppi. E' proprio l'esperienza, però, a giocare un ruolo pericoloso per questi lavoratori: l'abitudine nello svolgimento di operazioni svolte quotidianamente porta spesso ad un pericoloso abbassamento della soglia di attenzione e, quindi, all'innalzamento dell'esposizione al rischio. Di contro, i lavoratori più giovani sono quelli che caratterizzano più fortemente i gruppi dei "coscienti del rischio invisibile" (15%), dei "sovra- esposti al rischio chimico" (11,9%) e "sovra- esposti al rischio biologici" (16,7%). Al contrario di quanto accade per i più anziani, i giovani sotto i 35 anni sono coloro che hanno concluso più di recente la propria esperienza formativa e hanno un grado di percezione dei fattori di rischio di sicuro più fortemente influenzato da conoscenze appena sedimentate.

Tav. 104 - Distribuzione della classificazione dei lavoratori per classi di età

Gruppi	classe di età			Totale
	fino a 35	36 - 50	oltre 50	
coscienti del rischio invisibile	15,5	10,8	10,0	12,7
sovra-esposti al rischio chimico	11,9	4,8	3,3	7,6
sovra-esposti al rischio biologico	16,7	8,4	6,7	11,7
attenti	32,1	36,1	43,3	35,5
sotto- esposti al rischio	9,5	7,2	6,7	8,1
tranquilli	14,3	32,5	30,0	24,4
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

La divisione dei reparti in base al livello di rischio chimico offre un quadro più complesso di quelli precedenti. Il fatto di lavorare in reparti a basso rischio chimico caratterizza in modo più forte gli “attenti”, i “sotto-esposti al rischio” e i “tranquilli”, vale a dire i gruppi meno forti rispetto alla dimensione della percezione del rischio: presentano, infatti, percentuali rispettivamente pari a 38,8%, 10% e 27,5%. I reparti ad alto rischio chimico, invece, caratterizzano prevalentemente il gruppo dei “coscienti dei rischi invisibili” con un 16,7% e quello dei “sovra- esposti al rischio biologico” con un 15%. Il dato che ci sia aspetterebbe, quello che fa coincidere il gruppo dei “sovra-esposti al rischio chimico” con i reparti a basso livello di rischio chimico, è quello meno robusto; non solo, ma presenta uno squilibrio di circa 2 punti percentuali a favore della relazione tra chi lavora in reparti a basso rischio chimico. Lungi dal poter trarre conclusioni definitive su questo dato, è interessante ricordare che il rischio chimico, forse più di tutti, richiama alla mente l’idea della morte, in quanto legato a effetti cancerogeni o “a lungo termine”. E’ possibile, quindi, che ci siano molti lavoratori che seppur lavorando in reparti in cui il rischio da agenti chimici non è molto elevato, si sentano comunque sovra- esposti a questi fattori.

**Tav. 105 - Distribuzione della classificazione dei lavoratori per reparti (per livello di rischio chimico)**

Gruppi	Reparti		Totale
	alto rischio chimico	basso rischio chimico	
coscienti del rischio invisibile	16,7	6,3	12,5
sovra-esposti al rischio chimico	6,7	8,8	7,5
sovra-esposti al rischio biologico	15,0	8,8	12,5
attenti	32,5	38,8	35,0
sotto- esposti al rischio	6,7	10,0	8,0
tranquilli	22,5	27,5	24,5
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: nostre elaborazioni su dati d’indagine

L’ultimo passaggio è quello che mette in relazione i sei gruppi con la tipologia professionale. I lavoratori del gruppo A, medici e infermieri, sono quelli che caratterizzano prevalentemente i “coscienti del rischio invisibile” (20,8%) e i “ sovra-esposti al rischio biologico” (2,9%). Il gruppo degli “attenti”, che come si ricorderà è quello dei lavoratori che avvertono una esposizione a molti tipi di rischi, seppur non molto marcata, sono prevalentemente i lavoratori del gruppo B, ausiliari e O.T.A. (43,6%) e del gruppo C, dei lavoratori che non sono coinvolti in mansioni di assenza sanitaria (46,2%). I “tranquilli” rispetto ai rischi biologici e chimici sono prevalentemente i lavoratori che non si occupano prevalentemente delle mansioni di cura e assistenza al malato: il 38,5% di loro, infatti, appartiene al gruppo degli ausiliari/ota il 29,2% al gruppo C. Il gruppo dei “sovra- esposti al rischio biologico” è quello dei medici e infermieri (21,9%), così come appartengono al gruppo A i “coscienti

del rischio invisibile” (20,8%). L’unico gruppo che non pare caratterizzarsi rispetto alla professione è quello dei “sovra- esposti al rischio chimico”, probabilmente per i motivi accennati poco sopra.

**Tav. 106 - Distribuzione della classificazione dei lavoratori per tipologia professionale**

<b>Gruppi</b>	<b>Tipologia professionale (gruppi)</b>			<b>Totale</b>
	<b>gruppo A</b>	<b>gruppo B</b>	<b>gruppo C</b>	
coscienti del rischio invisibile	20,8	2,6	6,2	<b>12,5</b>
sovra-esposti al rischio chimico	7,3	5,1	9,2	<b>7,5</b>
sovra-esposti al rischio biologico	21,9		6,2	<b>12,5</b>
attenti	24,0	43,6	46,2	<b>35,0</b>
sotto- esposti al rischio	10,4	10,3	3,1	<b>8,0</b>
tranquilli	15,6	38,5	29,2	<b>24,5</b>
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: nostre elaborazioni su dati d’indagine

## 6. Analisi del focus-group

L'analisi dei risultati delle interviste ai lavoratori ha permesso di esplorare i legami tra le loro condizioni di salute e i loro livelli di conoscenza e di attenzione ai fattori di rischio, ed ha anche consentito di correlare questi aspetti alla sfera più generale della condizione occupazionale e del contesto lavorativo. La mole di informazioni raccolte con l'indagine campionaria, quindi, ha permesso di scoprire relazioni interessanti, che nella fase finale di ricerca sono diventate a loro volta oggetto di approfondimento e confronto attraverso la realizzazione di un *focus group*<sup>47</sup> rivolto a testimoni privilegiati<sup>48</sup> che operano a vario titolo nel campo della salute e della sicurezza sul lavoro: mettere a confronto le posizioni di differenti attori sociali è stato fondamentale per individuare le zone d'ombra in tema di salute e sicurezza dei lavoratori in ambito sanitario, e per approfondire alcuni dei risultati emersi. Il risultato della discussione è stato l'individuazione di nuovi spazi interpretativi su cui proiettare i risultati della ricerca, fornendo così un valido supporto per l'individuazione di nuovi orientamenti di *policy*.

Gli attori coinvolti nel focus-group sono: un esperto di salute e sicurezza dell'Inail, due psicologi del lavoro dell'Ispesl, un medico del lavoro presso una Asl di Roma, un medico del lavoro esperto di salute e sicurezza che collabora con il Patronato Inca-Cgil, un responsabile del servizio di salute e prevenzione di un altro ospedale di Roma non legato al contesto d'indagine.

È importante precisare che le riflessioni degli attori non sono riferite al contesto specifico d'indagine, ma sono essenzialmente generalizzazioni e approfondimenti il cui punto di partenza sono le correlazioni evidenziate dalla nostra ricerca.

---

<sup>47</sup> Il focus group è una tecnica di rilevazione delle informazioni che afferisce al campo della ricerca qualitativa; si tratta un colloquio che coinvolge in genere un massimo di dodici partecipanti, inseriti in una situazione di dibattito, in cui si cerca di far emergere i pareri e i punti di vista spontanei dei soggetti presi in esame. La discussione viene condotta da un moderatore (che fa parte del gruppo di ricerca), attento e sensibile alle dinamiche di gruppo, capace di bilanciare il dibattito incoraggiando chi interviene meno e limitando chi interviene di più. Questi è affiancato da un uno o più osservatori, che registrano su un supporto elettronico e cartaceo la discussione e che intervengono o riportando la discussione sul tema da esplorare nel caso in cui al moderatore sia sfuggita la situazione di mano. Il vantaggio di utilizzare questa tecnica risiede nel fatto che l'interazione tra i diversi componenti del gruppo può facilitare il riemergere di ricordi e di esperienze dimenticate, oppure l'ammissione di determinati atteggiamenti, in quanto condivisi con altri partecipanti; la differenza tra un focus group e un'intervista in profondità, infatti, sta proprio nel fatto l'attenzione non viene riposta sulle risposte dei singoli partecipanti, ma sull'interazione di gruppo.

I temi che hanno orientato la discussione sono di seguito riportati in maniera sintetica:

- 1) La gerarchia delle paure.
- 2) Il legame esistente tra la conoscenza dei fattori di rischio, l'attenzione verso questi fattori e le condizioni effettive di salute dei lavoratori.
- 3) La conoscenza, la percezione dei rischi e le condizioni di salute in relazione a:
  - L'organizzazione del lavoro
  - La tipologia professionale
  - La tipologia contrattuale
  - L'esperienza lavorativa
- 4) Il ruolo della formazione sulla salute e sicurezza.
- 5) I ruoli degli attori coinvolti nella tutela dei lavoratori, con particolare riferimento al rapporto tra: direzione dell'ospedale, responsabile del servizio di prevenzione e protezione (Rspp), rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (Rls).

La riflessione sul legame tra la conoscenza dei rischi, l'attenzione ai fattori di rischio, e le condizioni di salute, che in fase di analisi dei dati è emerso come uno dei punti salienti della ricerca, ha fatto affiorare alcune considerazioni interessanti, prima fra tutte il ruolo della socializzazione "secondaria" del rischio nell'ambiente di lavoro<sup>49</sup>: la percezione del rischio, dunque, andrebbe vista non solo come un'esperienza individuale, ma come il risultato di un processo di diffusione delle informazioni operata dal gruppo in cui si lavora. In altri termini, sarebbe il gruppo a stabilire quali fattori o operazioni esponano al rischio oppure no, creando una sorta di cultura condivisa che orienta l'attività lavorativa quotidiana.

Abbiamo visto come il livello d'integrazione nell'azienda, dal punto di vista contrattuale, influenzi la percezione dei rischi e le condizioni di lavoro. Dunque uno dei fattori intervenienti in questo processo può essere riferibile all'elemento della socializzazione, poiché lavoratori che non hanno un gruppo di lavoro stabile, quali gli atipici, i lavoratori di aziende esterne, i lavoratori che operano tra più reparti, hanno meno possibilità di avere una formazione veicolata dalle relazioni quotidianamente intessute con i colleghi e i superiori. Dunque la socializzazione secondaria contribuisce a condizionare la gerarchia dei rischi tra i lavoratori, nonché a modificare il livello di conoscenza ed attenzione.

---

<sup>49</sup> Si intende per socializzazione l'insieme dei processi attraverso cui gli individui sono indotti ad adottare i modelli di comportamento, le norme, le regole e i valori della società cui appartengono. Si distingue tra socializzazione primaria e secondaria: la prima si pone l'obiettivo di formare l'individuo rispetto alle competenze di base (linguaggio, capacità relazionali, etc.) ed avviene durante l'infanzia prevalentemente all'interno della famiglia; la socializzazione secondaria, invece, ha lo scopo di formare l'individuo rispetto competenze sociali specifiche (ruoli familiari, professionali, etc.). e avviene attraverso attori come la scuola, il gruppo dei pari, i *mass media* e organizzazione del lavoro (Gallino, *Dizionario di Sociologia, Roma, Utet* ).

Esistono, inoltre, altri fattori che si distribuiscono in maniera differente in relazione al grado di integrazione nell'azienda, quali: a) la formazione conseguita, sia all'interno dell'azienda che nel proprio percorso professionale; b) i controlli sanitari; c) le mansioni e i compiti svolti; d) le condizioni di lavoro; e) la coerenza della biografia individuale, per cui una biografia intermittente e frammentata rispetto alla professione, tipica dei lavoratori atipici, ostacola l'acquisizione di competenze e l'introduzione di una cultura del lavoro; f) la familiarità con l'organizzazione del lavoro e con il contesto di lavoro.

Però la socializzazione delle conoscenze sui rischi non segue necessariamente un criterio di valutazione oggettivo, in quanto può capitare che un gruppo ne determini una sorta di distorsione sulla percezione.

Molti studi di settore hanno dimostrato che la percezione dei rischi è tanto più alta quanto maggiore è l'immediatezza dell'effetto del danno del fattore di rischio.

Poiché è nel lungo raggio che emergono gli effetti dei rischi psicologici ed ergonomici, sarebbero questi a risultare i meno percepiti; il contrario avviene per quelli biologici e chimici, sui quali agisce la paura della morte.

Questa considerazione si arricchisce di nuove sfumature se si pensa al gruppo e alla socializzazione del rischio come elementi di un processo in cui sono coinvolti nuovi individui; basti pensare ai giovani che, finito il loro percorso di formazione, si inseriscono in un ambiente lavorativo strutturato sul gruppo come quello ospedaliero. Se le modalità lavorative degli anziani che andranno ad affiancare, che probabilmente hanno un grado di conoscenza dei rischi e delle procedure di sicurezza più basso di quello dei giovani che l'esperienza sul campo avrà affievolito, è facile che nei nuovi arrivati scatti un meccanismo che spinge al conformarsi al sistema di regole condiviso. Da ciò emerge la necessità che le due facce della formazione debbano necessariamente uniformarsi: non solo ci si deve accertare che la formazione d'aula venga realizzata in termini di legge, ma è necessario studiare un modo per contrastare le dinamiche distorte della formazione su campo, quelle operate nel gruppo dei pari troppo spesso determinanti nel mettere a rischio il lavoratore.

Quest'ultimo punto permette di allacciarsi a un'altra questione cui si è chiesto ai partecipanti di discutere: la riflessione sulla formazione. A tal proposito il punto più interessante tra quelli emersi è lo spostamento dell'attenzione dai contenuti della formazione alla trasmissione del messaggio ai lavoratori; in altre parole, ammesso che i contenuti della formazione siano ottimali e conformi alle normative su salute e sicurezza, ciò che deve diventare priorità è l'uniformità nella trasmissione del messaggio sul rischio. Nelle dinamiche operative capita spesso di lasciare troppa autonomia al formatore, ma non si può dimenticare che questo attore ha la capacità di influenzare nel bene o nel male la percezione del rischio al lavoratore, trasmettendo messaggi di sotto o sovra-stima del rischio.

Dalla discussione è emerso che sono anche gli obiettivi della formazione a influenzare la percezione del rischio dei lavoratori. Una formazione che non accentra tutto sull'operatore e sui dispositivi di sicurezza individuali, ma che coinvolge l'organizzazione del lavoro, l'ambiente o il malato, ad esempio, dà al lavoratore una percezione più sostenibile del rischio, perché meno schiacciato dalla responsabilità della gestione del rischio.

Questo complesso quadro si arricchisce se si tiene presente che la percezione del rischio sia influenzata da altri due elementi di tipo sistemico: i dati storici sugli infortuni avvenuti nel ambiente lavorativo e la gestione del protocollo sanitario. Il primo elemento dovrebbe funzionare come meccanismo di rinforzo della percezione: in un ambiente di lavoro in cui la frequenza di determinati infortuni è molto alta, ci si aspetta una percezione tendenzialmente alta dei rischi correlati a quegli eventi infortunistici. Il secondo elemento accennato è l'input legato al protocollo sanitario: gli esami clinici e la periodicità con la quale essi vengono sottoposti al lavoratore, infatti, possono incidere sulla loro percezione del rischio. In altre parole, se un lavoratore è avviato a ripetere con più frequenza un certo esame per la prevenzione di un determinato rischio, può accadere che questi sia portato a sottovalutare il danno alla salute che altri fattori potrebbero arrecargli perché non oggetto di sistematici controlli.

La riflessione sulla estrema regolamentazione del processo lavorativo in ambito ospedaliero, in quanto garanzia per la tutela della salute e della sicurezza del lavoratore, ha stimolato il dibattito sulla violazione delle procedure di sicurezza e sulle motivazioni che inducono i lavoratori a commetterne.

Dal dibattito emerge che il motivo che spinge alla violazione delle norme antinfortunistiche anche quando ci sono tutti i requisiti per poterle seguire, può essere grossolanamente spiegato attraverso due polarità, che disegnano uno spazio conteso fra non conoscenza del rischio e intenzionalità nell'infrangere il codice comportamentale. Il primo polo è saturato dal problema della formazione, sugli imperativi di completezza ed efficacia che essa implica e di cui si è già detto; il secondo, invece, si poggia sul paludoso terreno della mancanza di una cultura della sicurezza. La volontarietà della violazione della norma va considerata come mancanza di volontà del prendersi carico delle proprie responsabilità. Nonostante l'attuale normativa rivesta il lavoratore di un ruolo attivo nella protezione della propria salute e sicurezza, infatti, si assiste ad una scarsa traduzione delle norme antinfortunistiche nelle quotidiane manovre lavorative. Ci si è chiesti il perché di una mancata adesione al progetto di protezione individuale e collettivo e, a questo proposito, una delle risposte più interessanti riguarda la mancanza di integrazione e collegialità tra gli attori coinvolti al fine di tutelare la salute e la sicurezza sul lavoratore; in altri termini, la frantumazione cui i lavoratori sarebbero testimoni giocherebbe a favore del cristallizzarsi di una visione parziale e distorta della sicurezza, che fa sì che quest'ultima venga considerata una chimera estranea all'esperienza lavorativa.

Queste considerazioni si legano al terzo punto cui si è chiesto ai partecipanti al *focus group* di discutere: la riflessione sul ruolo del Responsabile del Servizio di Salute e Sicurezza (Rsp) e del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLs). Dalla discussione è emerso che i due principali attori del processo centrato sulla sicurezza non abbiano la possibilità di poter comunicare, confrontarsi e condividere i principi che determinano la sicurezza. Si tratta di un problema importante, che purtroppo pone le sue fondamenta su uno scenario ancora più preoccupante: l'interscambio tra queste due figure non avverrebbe per mancanza di consapevolezza del proprio ruolo. In particolare è la figura del rappresentante dei lavoratori a subire la peggiora nel confronto; a tal proposito la voce degli esperti coinvolti nella discussione è assolutamente unanime nel dipingere questa figura sconosciuta ai lavoratori, che non conosce il proprio ruolo, che per questo non rivendica visibilità e che è spesso non riesce a collaborare con il delegato sindacale. Da quanto è emerso, i motivi indicati come possibili cause di questo problema sono legati principalmente a due direttrici: la prima è la mancanza di una formazione di ruolo adeguata, la seconda è legata a una coscienza del proprio ruolo che nei casi più frequenti manca assolutamente. Per questo sembra in difficoltà il principio della Dlgs 626/96 di favorire la partecipazione attiva dei lavoratori nella gestione della salute e sicurezza. Inoltre altre critiche sono mosse alla maniera di operare propria di alcuni RLs, che non mancano tanto di conoscenza delle proprie potenzialità operative, ma di passione per il ruolo che ricopre. E' questa la differenza che lo distingue dal delegato sindacale, che spesso è chiamato in causa dal lavoratore al posto dell'attore preposto alla salvaguardia della sua salute e sicurezza, ma che a differenza dell'RLS ha meno agibilità a riguardo.

Così come il comportamento di alcuni Rsp è accusato di essere di parte, e di fare prevalere gli interessi aziendali a quelli della tutela della salute dei lavoratori.

Per questo il documento di valutazione dei rischi, che dovrebbe essere il più completo possibile, risente della difficoltà di proporre una lettura approfondita delle condizioni di rischio presenti nel luogo di lavoro.

Per quanto riguarda la formazione prevista dalla legge i pareri sono orientati a dichiararla insufficiente e poco calibrata rispetto allo scenario specifico di rischio in cui il lavoratore opera.

## 7. Una sintesi dei risultati più rilevanti della ricerca

L'indagine tramite intervista face-to-face ha permesso di individuare alcune rilevanti **evidenze empiriche**, utili a comprendere meglio le condizioni di salute e sicurezza dei lavoratori in ambito ospedaliero, e ad analizzare i processi che le determinano. Di seguito riportiamo i risultati principali dell'indagine tramite questionario.

### 7.1. La percezione dei rischi e le condizioni di salute

– La *gerarchia delle paure* dei lavoratori, ovvero i rischi verso i quali gli intervistati percepiscono una maggiore-minore probabilità di subire un infortunio, mostra la presenza di una maggiore paura nei confronti di quei rischi che sono meno visibili e dunque ritenuti meno controllabili - come quelli biologici, chimici e psicologici - e una minore ansia verso quei fattori la cui presenza fisica è più evidente, come quelli legati all'ambiente fisico di lavoro e quelli meccanici.

– Tra i lavoratori si evidenzia, in particolare, una forte correlazione tra la percezione della propria esposizione a fattori di **rischio chimico** e quella a fattori di **rischio biologico**, che seguono un andamento simile, come testimonia l'analisi multivariata dei dati.

– La **consapevolezza del rischio chimico** aumenta quando gli intervistati sono chiamati a riflettere sulle conseguenze piuttosto che sulle cause dei danni dovuti a sostanze chimiche. Ovvero l'immaginare il danno subito, più che immaginare l'incidente in sé, contribuisce ad aumentare il livello di allarme rispetto al rischio chimico.

– **La condizione di salute fisica si correla alle condizioni di salute psicologica:** una cattiva condizione fisica si accompagna a una cattiva salute psicologica e viceversa.

Tale correlazione emerge con chiarezza anche dall'analisi multivariata dei dati, nella quale le due variabili hanno un andamento simile, più accentuato quando i valori sono estremi, ovvero quando numerosi rischi fisici si associano a molti problemi psicologici, e viceversa.

Questo dato testimonia l'esistenza di una correlazione tra queste due sfere dell'incolumità personale che si definiscono sempre più chiaramente come due facce della stessa medaglia: quella dell'integrità, appunto, psico-fisica degli individui.

– Si evidenzia un percorso virtuoso tra: a) **conoscenza dei rischi** (riconoscere i fattori di rischio ai quali si è esposti); b) **percezione dei pericoli riferiti all'ambiente e al processo di lavoro** (probabilità percepita di subire un danno); c) **tutela e attenzione per la propria salute** (riconoscimento delle malattie di origine lavorativa). Ovvero i lavoratori che hanno una maggiore capacità di riconoscere le situazioni di rischio presenti nello svolgimento del lavoro sono anche i più preoccupati riguardo all'eventualità che il rischio si manifesti, e hanno una maggiore consapevolezza dei problemi per la propria salute finora contratti.

La correlazione tra l'esposizione ai fattori di rischio, la percezione dell'eventuale possibilità di subire un danno e la percezione della propria condizione di salute psico-fisica è confermata anche dall'analisi multivariata.

- Nel complesso la paura di subire un infortunio è alta o abbastanza alta.

## **7.2 La salute e sicurezza dei lavoratori in relazione al reparto e alle figure professionali**

– Il **reparto** non sembra essere un fattore determinante nel definire la percezione dei rischi dei lavoratori, se non, in alcuni casi, per il rischio chimico, che è congruente più avvertito nei reparti ad alto rischio chimico.

– La percezione del livello di esposizione a fattori di rischio sul lavoro è differente a seconda che si tratti di personale che deve garantire assistenza e attività diagnostica e terapeutica o di lavoratori appartenenti alle altre variegate **figure professionali** che operano nell'ambiente sanitario.

In particolare, come testimoniato anche dall'analisi multivariata dei dati, la percezione dell'esposizione a rischi chimici e biologici è forte tra i medici e gli infermieri, allievi compresi, mentre i fattori di rischio fisico sono più avvertiti dalle professioni che svolgono mansioni non sanitarie.

Tav. 107 - Esposizione a fattori di rischio sul lavoro in funzione della tipologia professionale (secondo la modalità che raccoglie il maggior numero di risposte)

	Medico	Infermiere professionale	Ausiliare/Ota	Allievo infermiere	Manutentore	Addetto alle pulizie	Tecnico	Altro
<b>Fattori di rischio dell'ambiente di lavoro</b>	bassa	bassa	bassa	Bassa/discreta	discreta/alta	bassa	alta	discreta
<b>Fattori di rischio ergonomico</b>	bassa	bassa	bassa	Bassa/discreta	discreta	discreta	discreta	bassa
<b>Fattori di rischio psico-sociale</b>	molto	poco	poco	molto	per niente	per niente	poco/abbastanza/molto	per niente
<b>Presenza di <i>mobbing</i></b>	per niente	per niente	per niente	per niente/poco/abbastanza	poco	abbastanza	per niente/abbastanza	per niente
<b>Fattori di rischio biologico</b>	abbastanza	molto	per niente-poco	molto	per niente-poco	per niente-poco	per niente-poco	per niente-poco
<b>Fattori di rischio chimico</b>	abbastanza	molto	abbastanza	molto	per niente-poco	abbastanza	abbastanza	per niente-poco

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

### 7.3 Il bisogno formativo sui temi della salute e sicurezza

– Il **bisogno formativo** in merito ai temi della salute e sicurezza è molto elevato, anche per i lavoratori che hanno già seguito dei corsi. In particolare i lavoratori atipici sono quelli che meno hanno beneficiato della formazione.

### 7.4. L'influenza della tipologia contrattuale sulle condizioni di salute e sicurezza

– Emerge una forte correlazione tra la **tipologia contrattuale** e l'esposizione ai rischi. Più un lavoratore è integrato all'interno della struttura di lavoro, perché ha un contratto standard o è assunto dall'azienda e non in appalto, più riesce a individuare i fattori di rischio presenti, e di conseguenza manifesta livelli di attenzione più elevati rispetto alla probabilità di subire un infortunio o di contrarre una malattia<sup>50</sup>.

*I lavoratori a tempo indeterminato interni* sono quelli che in assoluto dichiarano livelli più elevati di esposizione, per tutte le tipologie di rischi, eccezion fatta per il mobbing per il quale registrano valori nella media. In particolare dichiarano una forte esposizione a fattori di rischio biologico.

*I lavoratori a tempo indeterminato esterni* dichiarano una forte esposizione ai rischi tangibili (connessi all'ambiente di lavoro e all'ergonomia) mentre una minore presenza delle altre tipologie.

*I lavoratori a tempo determinato* sono quelli che meno si sentono esposti a fattori di rischio, in particolare quelli esterni che dichiarano i livelli più bassi di esposizione.

---

<sup>50</sup> Per comprendere meglio la gravità delle condizioni di tutela e sicurezza dei lavoratori meno integrati nella struttura ospedaliera, bisogna considerare che il contesto d'indagine si caratterizza per la presenza di un coordinamento per la sicurezza impegnato nell'estensione dei diritti e delle tutele a tutti i lavoratori, attraverso la messa in atto di strategie di prevenzione e controllo; anche se, tale coordinamento spesso risente della differenza dei punti di vista dei soggetti coinvolti, fattore che ostacola la creazione di una sinergia tra gli attori sociali e la costruzione di una cultura della sicurezza condivisa. L'Rspp del contesto d'indagine sottolinea con forza la necessità di lavorare per rafforzare una cultura della sicurezza tra tutti i soggetti coinvolti.

*I lavoratori atipici, non strutturati*, dichiarano bassi livelli di esposizione per i rischi tangibili, ma livelli elevati per i rischi intangibili, quali quelli psico-sociali e biologici, e molto elevati per quelli chimici.

- Focalizzando l'attenzione sulla **tipologia di rischio** emergono le seguenti correlazioni con la tipologia contrattuale.

*I rischi "fisici e tangibili", legati all'ambiente di lavoro e all'ergonomia*, registrano livelli elevati tra i lavoratori a tempo indeterminato, sia interni che esterni.

*I rischi psico-sociali*, sono presenti tra i lavoratori a tempo indeterminato interni e dai lavoratori atipici.

*Il mobbing*, registra valori nella media per i lavoratori a tempo indeterminato, sia interni che esterni, e per i non strutturati, mentre i lavoratori a tempo determinato hanno valori inferiori alla media. Questa tipologia di rischio è però stata percepita come poco rilevante nel presente contesto d'indagine.

*I rischi "intangibili", come quelli biologici e chimici*, registrano valori elevati tra gli indeterminati interni e i non strutturati, e valori nella media per i determinati interni. Nello specifico tra i lavoratori non strutturati il rischio chimico ha valori anche più elevati di quello biologico, mentre avviene il contrario tra i lavoratori a tempo indeterminato interni.

## **7.5 La salute e sicurezza dei lavoratori in relazione all'organizzazione del lavoro**

- **L'orario di lavoro** si correla alle condizioni di salute. Il maggiore numero di ore lavorate si traduce in una peggiore condizione di salute, sia fisica che psicologica, con dei divari notevoli che segnalano livelli preoccupanti di rischio per i lavoratori che per più di cinque volte al mese effettuano turni che superano le dieci ore di lavoro (più della metà di questi soggetti ha seri problemi di stress e fatica psicologica, e più di uno su tre ha una notevole presenza di problemi fisici).

– Secondo la nostra indagine il grado di autonomia del lavoratore si correla sia con l'insorgenza di problemi fisici e psicologici, sia con la probabilità percepita di subire un danno sul lavoro<sup>51</sup>.

I lavoratori con un minore grado di autonomia sono quelli che più dichiarano di avere contratto dei disturbi psicologici, come ad esempio lo stress.

Dunque una maggiore autonomia sul lavoro garantisce una maggiore tutela della salute dal punto di vista psicologico. Ma è interessante osservare come anche la salute fisica sia una variabile strettamente collegata al grado di autonomia: una maggiore autonomia si accompagna a una migliore condizione fisica, a testimonianza che la tutela fisica e quella psicologica sono tra loro correlate.

Inoltre i lavoratori con scarsa autonomia sono anche quelli che meno associano il fattore di rischio alla probabilità di subire un danno.

– I lavoratori con maggiore autonomia sono quelli che più si sentono tranquilli nello svolgimento delle proprie mansioni.

– Il **livello di autonomia**, seppure leggermente più basso per i lavoratori esterni e non strutturati, dipende soprattutto dalla **tipologia professionale** e non dalla condizione contrattuale. Sono gli addetti alle pulizie, i medici e gli ausiliari quelli con una minore autonomia, mentre sono più garantite da questo punto di vista le professionalità tecniche.

---

<sup>51</sup> L'autonomia di cui gode il lavoratore nello svolgimento del proprio lavoro e nella programmazione dei suoi tempi lavorativi è stata indagata attraverso l'osservazione di molteplici aspetti, per valutare il grado di libera scelta del lavoratore in merito a: a) prendere una pausa quando ritiene di averne bisogno; b) gestire con un buon margine di libertà i turni di lavoro; c) decidere quando prendere i giorni di ferie; d) modificare la velocità con cui svolge il lavoro; e) modificare i tempi di consegna del lavoro; f) scegliere le modalità per eseguire il lavoro assegnato; g) modificare l'ordine dei compiti assegnati.

## 7.6 La salute e sicurezza dei lavoratori in relazione alla biografia individuale

– Il **genere** dell'intervistato risulta una variabile influente nel determinare le condizioni di sicurezza: le differenze tra i sessi sono notevoli per quanto riguarda l'insorgenza di problemi fisici e psicologici: per le lavoratrici si registra una maggiore presenza di malattie di origine lavorativa. Ma è lo scarto tra la qualifica ottenuta e il lavoro svolto che emerge con forte evidenza, con un dato svantaggioso per l'universo femminile, rispetto quello maschile.

Questo perché il problema di una minore tutela delle donne nasce da una disuguaglianza nel sistema sociale e in particolare nel mercato del lavoro, dove le donne hanno generalmente maggiori difficoltà degli uomini nel perseguire percorsi formativi e nel raggiungimento di posizioni qualificate.

– La *gerarchia delle paure* si differenzia secondo **l'esperienza lavorativa**

I **rischi biologici** sono generalmente quelli che destano maggiore preoccupazione, e questo rimane un elemento stabile anche con l'accumulo di esperienza lavorativa, così com'è stabile il fatto che i **rischi meccanici** sono quelli che destano minore preoccupazione.

I **rischi psico-sociali**, dapprima tenuti in scarsa considerazione, aumentano con l'esperienza, così come quelli connessi con i locali di lavoro, seppure seguono una dinamica differente. I rischi psico-sociali sono scarsamente considerati all'inizio, ma repentinamente, dopo i primissimi anni di lavoro, diventano molto percepiti, mentre i rischi connessi ai locali di lavoro hanno un tempo maggiore di assimilazione.

I **rischi chimici**, al contrario, sono più avvertiti nei primi anni di lavoro, piuttosto che negli ultimi, anche se bisogna segnalare che hanno un grado di variazione minore rispetto ad altri, e si mantengono su livelli di attenzione elevati.

I **rischi di natura ergonomica** sono messi in secondo piano in una fase di avanzata anzianità lavorativa, forse perché i dolori muscolo scheletrici entrano a fare parte della quotidianità esistenziale, come un fattore negativo ma quasi inevitabile.

In generale i **rischi meccanici** (quali ad esempio tagli o lesioni da strumenti) sono generalmente sottovalutati, anche se è probabile che questa sottovalutazione sia apparente, e che i lavoratori siano portati a identificare questi pericoli con le conseguenze dovute all'utilizzo di strumenti di lavoro, come ad esempio i danni biologici, che di fatto sono quelli considerati più probabili.

– Tra i **sei e i dieci anni** di esperienza si registra una forte consapevolezza rispetto l'eventualità di subire un danno per la salute, e la percezione dei rischi è molto elevata sia in relazione a tutte le fonti di pericolo.

– L'identificazione della gerarchia delle paure è un utile strumento per comporre percorsi informativi e formativi mirati in relazione alla biografia individuale. **Un piano formativo efficace deve essere in grado di fornire strumenti conoscitivi che si integrino con il momento di vita lavorativa dell'individuo.**

a) **Nella prima fase dell'esperienza lavorativa** non bisogna sottovalutare l'importanza di una formazione sui rischi psico-sociali, in maniera che lo stress e il burn-out siano oggetto di prevenzione, così come è necessaria una formazione sui pericoli connessi ai locali di lavoro, che sono per lo più sconosciuti e che vengono acquisiti "naturalmente" con la presenza presso il luogo di lavoro.

b) **Nella fase immediatamente successiva (tra i 3 e i 5 anni)**, il confronto con le dinamiche relazionali, con i colleghi e i pazienti, porta un aumento della percezione dei rischi psico-sociali, ma questo va a discapito dei rischi ergonomici, poiché la fatica fisica e le posizioni scomode tendono ad essere visti come elementi secondari e comunque inevitabili nella propria attività lavorativa. In questa fase è necessario porre attenzione alla possibile insorgenza di problemi fisici dovuti a fattori ergonomici, in maniera da prevenire i disturbi che possono caratterizzare in futuro la salute dell'individuo, come testimoniato dalla forte attenzione a questo problema da parte di chi ha tra i sei e dieci anni di esperienza.

c) **La fase centrale della biografia lavorativa (tra i sei e i dieci anni di lavoro)**, è un momento nel quale le conoscenze acquisite sono abbastanza integrate tra loro, e dunque il principale obiettivo formativo è quello di fortificare l'insieme delle conoscenze, in maniera che non si abbia un calo di attenzione negli anni successivi. I problemi ergonomici sono molto sentiti in questa fase, poiché le conseguenze fisiche del proprio lavoro iniziano a manifestarsi in maniera evidente.

d) **Per chi ha oltre i dieci anni di esperienza** è necessario una formazione continua, perché il livello di attenzione raggiunto negli anni precedenti non si perda. In particolare bisogna alimentare le conoscenze in merito ai rischi da fattori chimici e ergonomici.

## 7.7 Informazioni su diritti e tutele

– I **sogetti ritenuti più idonei a tutelare i diritti di un lavoratore in seguito a un infortunio o a una malattia professionale** sono l’Inail e l’avvocato, verso i quali ha riposto un’alta fiducia rispettivamente il 41% e il 37% del campione, seguiti dal medico competente, mentre l’ultimo posto è occupato dal patronato sindacale.

– Per quanto riguarda i **compiti di vigilanza** rispetto ai temi della tutela della salute e della sicurezza i soggetti ritenuti più idonei sono il medico del lavoro e il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (RLS), verso i quali ripone fiducia circa un lavoratore su tre, seguiti dalla direzione dell’ospedale (che gode della fiducia di un lavoratore su cinque). Il medico di famiglia e le Asl sono, al contrario, dei soggetti considerati poco efficaci nella prevenzione della salute dei lavoratori.

– **Si riscontra una conoscenza insufficiente** della più elementare disciplina giuridica in materia di tutela della salute, quale quella che regola l’iscrizione all’Inail e l’indennità in caso di infortunio.

– **La conoscenza dell’Inail** è, tendenzialmente, parte integrante di un insieme di conoscenze in materia di salute e sicurezza. Esiste un **percorso conoscitivo** nel quale si correlano tra di loro: a) la capacità d’individuare un rischio lavorativo, b) l’attenzione ai fattori di rischio sul luogo di lavoro, c) la consapevolezza degli strumenti di tutela, anche istituzionali.

## 7.8 La rappresentanza

– Ha eletto il proprio **rappresentante per la salute e la sicurezza** solamente il 27,0% degli intervistati, e tra questi ultimi ha partecipato alla votazione il 41,7% degli iscritti al sindacato e il 19,4% dei non iscritti.

Lo scarto tra gli iscritti al sindacato e gli elettori dell’Rls (per cui i primi sono molto di più dei secondi), testimonia di un rapporto ancora non pienamente efficace tra la rappresentanza sindacale e quella che invece si occupa specificatamente della tutela della salute. Sarebbe dunque opportuno intensificare la collaborazione tra queste due figure.

– I lavoratori che più reputano probabile il verificarsi di un incidente sono quelli iscritti al **sindacato**, così come sono quelli che più hanno partecipato alla **elezione del rappresentante per la sicurezza**. Questo perché una maggiore attenzione e preoccupazione verso i fattori di rischio presenti sul lavoro porta a ricercare una maggiore tutela e a mobilitarsi attraverso la rappresentanza collettiva per cercare di migliorare le proprie condizioni di lavoro. Così com'è plausibile, anche, che attraverso la partecipazione al sindacato si trasmetta un insieme d'informazioni che contribuisce a rafforzare "una cultura del lavoro", nella quale la sicurezza e la tutela della salute sono valori fondanti.

## 7.9 La tipologia culturale

– Il campione si distribuisce secondo la **tipologia dell'antropologa Mary Douglas** seguendo una peculiare distribuzione: la percentuale di lavoratori gerarchici o individualisti è uguale ed elevata (32,2% i primi e 31,2% i secondi); i fatalisti sono il 9,5%; gli individualisti solamente il 3,0%; gli ibridi sono il 24,1%. È la dimensione del gruppo, più che quella della griglia, quella che più determina gli atteggiamenti rispetto al tema della sicurezza che hanno i lavoratori in ambito ospedaliero. Dunque la specificità dell'organizzazione del lavoro in ospedale (nel quale è determinante il fattore relazionale), condiziona gli atteggiamenti degli individui, esaltando il senso di appartenenza al gruppo e rivalutando l'importanza della coesione che esso deve avere per operare efficientemente.

– I rischi per la maggior parte dei lavoratori in ambito ospedaliero sono considerati controllabili ed evitabili attraverso **una efficace organizzazione**, più gerarchica e controllata per alcuni, più partecipativa ed egualitaria per altri, una via di mezzo per altri ancora.

– Il modello **organizzativo** nel quale i lavoratori sono coinvolti condiziona gli atteggiamenti individuali verso i temi della salute e sicurezza.

## 7.10 L'analisi multivariata: la percezione dei rischi chimici e biologici

– L'analisi multivariata, oltre a confermare alcune delle correlazioni precedentemente descritte, ha consentito di classificare i lavoratori dell'ospedale rispetto alle differenti **percezioni dei rischi chimici e biologici**, individuando la seguente tipologia.

Tav. 107

	%
Coscienti del rischio invisibile	12,5
Sovra-esposti al rischio chimico	7,5
Sovra-esposti al rischio biologico	12,5
Attenti	35,0
Sotto-esposti al rischio	8,0
Tranquilli	24,5
Totale	100,0

Fonte: nostre elaborazioni su dati d'indagine

## 8. Raccomandazioni di policy

Alla luce delle risultanze empiriche, si desumono le seguenti indicazioni per la prevenzione e la gestione dei rischi in ambiente sanitario:

### **Percezione dei rischi e condizione occupazionale**

La minore tangibilità dei rischi di tipo biologico e chimico genera tra gli intervistati un andamento diverso: può spingere il lavoratore a una maggiore ansia o a una loro sottovalutazione o rimozione. In questo senso la survey individua nella condizione occupazionale, a cui è correlata la condizione di *in o out-groupness*, il fattore determinante nell'orientare in un senso o nell'altro la percezione. Percepire questa tipologia di rischi equivale a conoscerli ed è quindi essenziale affidare a interventi di policy **l'informazione sui rischi** che comporti una loro valutazione realistica senza, cioè, allarmismo eccessivo né sottovalutazione.

E' necessario anche un deciso intervento – anche legislativo – in relazione alla **formazione dei lavoratori atipici** che costituiscono il gruppo degli addetti più esposti proprio in riferimento alle carenze formative e alle modalità di percezione e gestione del rischio.

### **Percezione dei rischi, condizioni di benessere lavorativo e organizzazione del lavoro**

L'organizzazione del lavoro e le variabili implicite al sistema adottato come l'orario, l'autonomia e il controllo - nell'accezione argomentata in sede di analisi dei dati – così come la segmentazione delle mansioni e delle responsabilità, influenzano la percezione dei rischi, la loro gestione e le stesse condizioni di salute degli addetti. Al fine della prevenzione, **interventi specifici nell'organizzazione del lavoro** da parte della Direzione Sanitaria sono essenziali quanto l'adozione di misure di sicurezza appropriate. In questo senso, è utile affidare al **dialogo tra le parti sociali**, improntato all'insegna della **partecipazione**, l'individuazione del modello organizzativo più idoneo per favorire il 'benessere lavorativo' degli addetti – nel senso argomentato in sede teorica - che garantisca anche ai pazienti e agli utenti della struttura sanitaria qualità nei servizi, nelle prestazioni e nelle condizioni generali dei reparti.

## Salute e sicurezza e biografia individuale dei lavoratori

Il **genere** è una variabile fortemente discriminante per le condizioni di salute degli addetti: sono le donne quelle che registrano una più alta incidenza di disagio psico-sociale e più precarie condizioni di salute che ipotizziamo siano connesse alle maggiori difficoltà nell'accedere a percorsi formativi e a ruoli corrispondenti alla qualità delle prestazioni. Così come l'**età** - e quindi la condizione occupazionale e l'esperienza lavorativa - risulta fattore essenziale per le modalità con cui si percepiscono e gestiscono i rischi. E' quindi necessaria la **progettazione di interventi informativi e formativi tarati sulla biografia individuale** o quanto meno sulle variabili di genere e d'età, così come argomentato in sede di commento dei dati<sup>52</sup>.

### Rischi, tutele e Welfare State

Stiamo progressivamente assistendo al fenomeno per cui la responsabilità della protezione dai rischi si sta trasferendo dalle agenzie pubbliche agli individui o alle comunità di base.

In questo modo, il concetto di rischio ha finito con l'indicare un'esperienza sempre più privata e connessa in modo via via più stretto all'idea di un soggetto imprenditore di sé stesso, mettendo così in questione l'idea stessa di diritti sociali.

A conferma di questo orientamento della società verso l'individualizzazione dei rischi e la percezione che sia l'individuo stesso il responsabile nella gestione del rischio e nella scelta delle forme di tutela più appropriata, è interessante osservare come anche gli addetti intervistati considerino l'Istituto Assicuratore o un proprio avvocato il soggetto più idoneo a tutelare i propri diritti.

Si tratta di promuovere **campagne di informazione** promosse da organi istituzionali in cui il problema della **sicurezza sul lavoro** venga presentato **come problema collettivo**: il rischio di un lavoratore mette infatti a repentaglio la sicurezza di tutti in quanto è un rischio connesso al contesto organizzativo e istituzionale, prima ancora che a misure individuali.

Specularmente, solo una **cultura della sicurezza** che abbia a monte il concetto di **condivisione** può favorire la sinergia tra gli attori deputati alla tutela e far accrescere nella collettività la fiducia nelle istituzioni e nella regolazione di base.

---

<sup>52</sup> Cfr. supra Cap. 7

Come i nostri dati indicano, il processo di individualizzazione dei rischi non si accompagna con un'informazione consapevole di diritti e tutele, neanche in riferimento a conoscenze di base come l'iscrizione all'INAIL e il sistema d'indennità in caso d'infortunio. E' necessario altresì **promuovere la conoscenza dei diritti sociali** connesso al ruolo e alle funzioni istituzionali degli organismi di tutela.

### **Sicurezza del lavoro e relazioni industriali**

L'appartenenza di gruppo in genere, e al sindacato in particolare, gioca un ruolo significativo nella formazione degli individui alla sicurezza, grazie al processo di socializzazione secondaria che orienta valori, norme e informazione condivise. **L'integrazione dell'individuo in un gruppo** diventa quindi il **veicolo per la diffusione di informazioni su rischi e tutele** a vantaggio di tutti. E la stessa **progettazione formativa deve far leva sul gruppo**, anche per correggere eventuali distorsioni nelle conoscenze.

L'iscrizione al sindacato, dai nostri studi<sup>53</sup>, risulta essere una variabile decisiva per la percezione e, quindi, la valutazione dei rischi connessi con lo svolgimento del proprio lavoro. La cultura sindacale contribuisce, infatti, a veicolare il valore del lavoro e della sicurezza e aiuta a costruire una cultura condivisa della prevenzione dei rischi. L'incisività del sindacato in materia di prevenzione sconta però **l'inadeguata divisione dei ruoli tra RSU e RLS**, a svantaggio soprattutto di quest'ultima figura e della sua leadership tra i lavoratori. Materie come tempi e orari di lavoro, così strettamente connesse con la prevenzione dei rischi, sono di esclusiva competenza dell'attività dell'RSU. Sarebbe necessario disporre la necessità di una **maggiore collaborazione tra queste figure** nella fase negoziale.

Un **sindacato attivo e credibile** su questi temi può **rafforzare le politiche promosse dalla Direzione Sanitaria** soprattutto laddove esista un **dialogo efficace e partecipativo** fondato su concetti e principi condivisi sulla sicurezza. Questa materia, infatti, implica profonde divergenze sia valoriali che d'interpretazione tra gli attori sociali, senza consentire l'appello a 'fatti' e a quadri di riferimento 'oggettivi'. E', pertanto, impossibile gestire tali questioni in sistemi chiusi, attraverso criteri universali e approcci unitari. Le **strade nuove spesso assumono i tratti della partecipazione e della dialogicità**: tra principi, saperi, obiettivi, ragioni e prospettive differenti.

---

<sup>53</sup> Cfr. anche E. Battaglini (a cura di), 2006, *Percezione dei rischi sociali e di lavoro nell'impresa post-fordista*, Rapporto di Ricerca IRES.