



Università degli Studi di Milano-Bicocca

Facoltà di Psicologia

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia dei Processi Sociali,
Decisionali e dei Comportamenti Economici

**LA PERFORMANCE DI SICUREZZA NELLE
ORGANIZZAZIONI SANITARIE: IL CASO DI UNA RSA DEL
NORD ITALIA**

RELATORE: Chiar.mo prof. Francesco Paolo Colucci

LAUREANDA: Alice Bislenghi

Matricola 770723

ANNO ACCADEMICO 2013/2014

*Questo lavoro è nato dalla preziosa collaborazione con il professor Colucci ed il
dott. Carlo Bisio.*

*Un ringraziamento particolare va ad Enrico ed alla Fondazione che ha ospitato e
partecipato alla ricerca.*

Grazie a mamma e papà per la cura, la pazienza ed il sostegno.

Sommario

RIASSUNTO	7
INTRODUZIONE.....	9
CAPITOLO 1: LA SICUREZZA SUL LAVORO. UNO SGUARDO MULTIDISCIPLINARE	11
1.1 LA PSICOLOGIA PER LA SICUREZZA SUL LAVORO	11
1.1.1 Un excursus storico sullo studio degli incidenti sul lavoro.....	11
1.1.2 La Cultura ed il Clima di sicurezza.....	13
1.1.3 La Performance di sicurezza	16
1.2 INTERVENTI PER LA PROMOZIONE DELLA SICUREZZA SUL LAVORO	17
1.3 I DISTURBI MUSCOLO-SCHELETRICI NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE: QUALI PROBLEMI E QUALI SOLUZIONI?	21
1.3.1 Le Malattie Professionali	22
1.3.2 I DMS nel settore sanitario.....	25
1.3.3 Metodo MAPO per la rilevazione del rischio da sovraccarico biomeccanico	27
1.3.4 La sorveglianza sanitaria per gli operatori sanitari	30
CAPITOLO 2: IL CASO DELLA FONDAZIONE “D.F.”	33
2.1 LA FONDAZIONE “D.F.”	34
2.1.1 I servizi offerti agli utenti.....	35
2.1.2 Organigramma e figure professionali.....	39
2.1.3 Organizzazione del personale.....	42
2.1.4 Struttura fisica della Fondazione.....	44
2.2 LA SICUREZZA SUL LAVORO NELLA FONDAZIONE.....	47
2.2.1 Il rischio da sovraccarico biomeccanico	50
2.2.2 Calcolo dell’indice MAPO.....	52

2.2.3 Ausili per la mobilitazione ed il trasferimento dei pazienti	52
2.2.4 La Formazione sulle corrette procedure di utilizzo degli ausili	54
2.2.5 Il caso dei lavoratori colpiti da DMS	56
2.3 I REPARTI COINVOLTI NELLO STUDIO	58
2.3.1 Il Reparto SO (1° piano).....	59
2.3.2 Il Reparto SC.....	60
CAPITOLO 3: LO STUDIO	65
3.1 IL DISEGNO DI RICERCA	65
3.1.1 Epistemologia e strategia d'indagine	66
3.1.2 Problema di ricerca, domande e propositi dello studio	67
3.1.3 Contesto, partecipanti e metodologia	68
3.1.4 Affidabilità dei risultati e limiti della ricerca	69
3.2 IL PERCORSO DI RICERCA: DIARIO DI VIAGGIO.....	70
3.3 RISULTATI	74
3.3.1 La procedura di mobilitazione dei pazienti.....	75
3.3.2 Osservazioni quantitative	78
3.3.3 Dati qualitativi.....	86
3.4 DISCUSSIONE DEI RISULTATI, INTERPRETAZIONI E PROPOSTE DI INTERVENTO.....	98
3.4.1 Analisi dinamica del campo	98
3.4.2 Discussione dei risultati e proposte di intervento.....	101
CONCLUSIONI.....	107
BIBLIOGRAFIA.....	111
SITOGRAFIA	119
APPENDICE.....	121

RIASSUNTO

La sicurezza sul lavoro rappresenta un costrutto multidisciplinare che riguarda professionisti e saperi diversi (medico, ingegneristico, giuridico, economico, psicosociale). Questo studio analizza il tema della sicurezza all'interno delle organizzazioni sanitarie, ponendo un'attenzione particolare alle pratiche di mobilizzazione dei pazienti effettuate da operatori ASA ed al rischio di sovraccarico biomeccanico connesso alla movimentazione manuale dei carichi. La presenza di attrezzature ausiliarie per la movimentazione dei pazienti e la formazione sul corretto utilizzo degli stessi non sempre danno luogo a performance sicure.

L'avvio di una ricerca-azione sul fenomeno della scarsa ottemperanza all'utilizzo degli ausili per la mobilizzazione dei pazienti all'interno di una RSA del Nord Italia ha portato a riflettere sulle implicazioni psicosociali della sicurezza sul lavoro. L'adozione dell'approccio culturale ha fatto concentrare l'attenzione sui costrutti di cultura e clima di sicurezza e sul rapporto tra questi e la performance. Il contesto è stato letto alla luce della teoria del campo lewiniano, effettuando un'analisi delle forze su cui è possibile fare leva per aumentare la compliance dei lavoratori.

ABSTRACT: Workplace safety represents a multidisciplinary construct that involves several experts and knowledges (such as the medical, engineering, juridical, economic and psychosocial ones). This study analyzes the theme of workplace safety within health organizations, stressing both the patient handling practices carried out by nurses and the biomechanical overload risk. The presence of auxiliary equipment for patient handling and the training concerning its correct use, sometimes give rise to unsafe performances.

The start of an action-research about the lack of compliance with the use of auxiliary equipment for patient handling in a nursing home in northern Italy, leads the researcher to think about the psychosocial implications of workplace safety. The adoption of the cultural approach points out the constructs of safety culture and safety climate and the relationship between them and performance. The context is read through the Lewin's Field Theory, carrying out an analysis of those essential forces enhancing safety outcomes.

PAROLE CHIAVE: Sicurezza sul lavoro (*workplace safety*), ricerca-azione (*action-research*), organizzazioni sanitarie (*health organizations*).

INTRODUZIONE

La sicurezza sul lavoro è un oggetto estremamente complesso e multidisciplinare. È possibile studiarla secondo diverse prospettive: giuridica, tecnica e tecnologica, medico-sanitaria, economica, sociale e psicologica.

Quando si pensa alla sicurezza sul lavoro si affacciano alla mente principalmente immagini di pericoli legati all'uso di ponteggi e di carrelli elevatori all'interno di cantieri e fabbriche. Insieme alle immagini del pericolo è possibile evocare immagini di protezione: la fondazione Pubblicità Progresso, nel corso della campagna del 2008 "Io lavoro sicuro", ha proposto manifesti che raffigurano caschi e guanti con lo scopo di sensibilizzare i lavoratori al corretto utilizzo dei dispositivi di protezione individuale (DPI). I visitatori del Museo Permanente della Sicurezza allestito presso l'Istituto Tecnico Industriale "Carlo Bazzi" di Milano possono visitare una sala che espone una vera e propria collezione di DPI.

Gli incidenti mortali e gli infortuni non sono gli unici pericoli che minacciano la salute dei lavoratori. Nella Relazione Annuale 2013 dell'INAIL, discussa a Montecitorio nel mese di Luglio 2014, il presidente Massimo De Felice ha illustrato l'andamento decrescente della serie storica degli infortuni sul lavoro (in riduzione percentuale del 7% circa rispetto al 2012 e del 21% rispetto al 2009). Ad accompagnare questo dato positivo troviamo la registrazione di un aumento delle denunce di malattie professionali del 47% rispetto all'anno 2009. Questo dato ci invita a prestare attenzione ad un fenomeno che rischia di passare in secondo piano, ma che incide profondamente sulla qualità della vita (non solo lavorativa) e sull'economia.

Ho scelto di affrontare il tema della sicurezza sul lavoro perché, come sottolinea Cavadi (2007), ritengo che la psicologia possa portare un contributo importante alla ricerca ed all'azione su questo argomento: contributo che, sostiene Cavadi, nel contesto italiano è stato spesso trascurato ed oscurato da studi e professionalità mediche e tecniche. Un'attenzione particolare è stata rivolta alla formazione sulla sicurezza. Ho scelto il metodo della ricerca-azione perché, grazie alla sua apertura e flessibilità, è particolarmente adatto per affrontare problemi complessi come quelli posti dalla sicurezza sul lavoro. La teoria del campo di Lewin ha guidato la lettura del contesto organizzativo ed ha contribuito alla formulazione di ipotesi interpretative e di intervento.

La ricerca è stata svolta in un'organizzazione sanitaria, un ambiente in cui i rischi per la sicurezza non riguardano solo i lavoratori, ma anche l'utenza. La maggior parte delle ricerche sulla sicurezza sul lavoro sono ambientate in contesti industriali o nell'edilizia: questo studio mette in evidenza i rischi che possono riguardare i lavoratori che operano nel campo dell'assistenza alla persona. Sono state osservate le procedure adottate dagli operatori per la mobilitazione di pazienti allettati e, sulla base delle ricerche di Kaneklin e Scaratti (2005), sono state formulate riflessioni sull'efficacia della formazione per la sicurezza sul lavoro. Verranno illustrate alcune proposte di intervento finalizzate ad una riorganizzazione della formazione in un'ottica più partecipativa e responsabilizzante.

Lo studio è articolato in tre capitoli: nel primo verranno illustrati i contributi teorici sul tema della sicurezza sul lavoro presenti nella letteratura psicologica. Saranno approfonditi i costrutti di cultura, clima e performance di sicurezza e verranno presentate alcune metodologie di intervento per la promozione della sicurezza sul lavoro presenti in letteratura. Una panoramica sui disturbi muscolo-scheletrici (DMS) e la valutazione del rischio da sovraccarico biomeccanico nel settore sanitario chiuderà il capitolo, riportando dati ricavati dalla consultazione di fonti italiane ed europee.

Il secondo capitolo presenterà la Fondazione "D.F.", il Centro Sanitario Assistenziale che ha partecipato allo studio. Verranno descritti la sua storia, i valori fondanti, i servizi offerti e l'organizzazione del personale. Sarà illustrata la metodologia adottata dalle figure responsabili (RSPP, coordinatori e fisioterapisti) per la rilevazione dell'indice di sovraccarico biomeccanico, gli ausili e la formazione forniti al personale ausiliario: verranno anche illustrate le strategie adottate in passato per fronteggiare il problema dei DMS. In conclusione si procederà alla descrizione dei due reparti oggetto di osservazione.

Il capitolo conclusivo presenterà lo studio, descrivendo il disegno di ricerca e riportando il percorso seguito. Verranno illustrati i dati quantitativi e qualitativi ottenuti grazie ad osservazioni e interviste con il personale: la teoria del campo di Lewin guiderà la lettura del fenomeno (la resistenza all'uso degli ausili per la mobilitazione dei pazienti) e la discussione dei risultati. Saranno infine presentate le proposte di intervento avanzate sulla base dei dati raccolti e dei contributi presenti in letteratura.

CAPITOLO 1: LA SICUREZZA SUL LAVORO. UNO SGUARDO MULTIDISCIPLINARE

1.1 LA PSICOLOGIA PER LA SICUREZZA SUL LAVORO

La psicologia, nel corso del Novecento, ha concettualizzato la sicurezza in diversi modi, rispecchiando sempre il contesto economico, tecnologico e sociale in cui si è sviluppata. Nel prossimo paragrafo verrà brevemente illustrato il percorso seguito dalla disciplina fino allo sviluppo dell'approccio culturale alla sicurezza sul lavoro (adottato per lo studio realizzato presso la Fondazione D.F.).

1.1.1 Un excursus storico sullo studio degli incidenti sul lavoro

I primi studi sulla sicurezza sul lavoro si sono concentrati sul costrutto di “incidente”, considerato come un fenomeno semplice e spiegato secondo una prospettiva unicausale tecnica (Bisio, 2009). Le prime forme di prevenzione, quindi, consistevano in interventi ingegneristici quali l'installazione di dispositivi di protezione sulle macchine (Monteau e Pham, 1993). Con il tempo si è affermata la consapevolezza che gli interventi tecnici, da soli, non erano sufficienti per prevenire gli incidenti: questi, infatti, erano spesso riconducibili a cause connesse con fattori umani. Le scienze umane hanno trovato così legittimazione allo studio della sicurezza sul lavoro: Greenwood e Woods, nel 1919, hanno proposto una teoria relativa alla predisposizione dei singoli individui agli incidenti. La predisposizione, considerata inizialmente alla stregua di un tratto di personalità, è stata poi concettualizzata come un fattore psicosociale che si manifesta solo in particolari circostanze. Il principio di causalità unica descritto da Monteau e Pham, però, ha dimostrato presto la sua inadeguatezza per lo studio di un campo così complesso. È avvenuto, quindi, un passaggio graduale ad una concezione multicausale, la quale considera l'interazione tra più fattori (legati sia all'individuo che al contesto fisico e sociale) che, talvolta, provocano incidenti. Come spiega Bisio (2009), con l'avvento della teoria dei sistemi l'incidente è stato concettualizzato come espressione di una modalità di funzionamento del sistema socio-tecnico rappresentato dall'organizzazione (Leplat, in Monteau e Pham, 1993). Un sistema affidabile,

secondo Faverge (1970), è caratterizzato da una buona probabilità che i vari componenti non si guastino nel corso di un certo intervallo di tempo e da un buon grado di interazione tra questi. Parallelamente, all'interno della Scuola di Lovanio, vengono formulati modelli che, traendo ispirazione dall'analisi transazionale, si concentrano sul rapporto tra sicurezza e variabili psicosociologiche (Berra e Prestipino, 1996). Viene affermato da questi Autori il ruolo centrale svolto dai processi comunicativi, dal grado di coesione dei gruppi e di pressione sociale generata all'interno di questi.

Come spiega Bisio (2009), oggi in letteratura troviamo due chiavi di lettura degli incidenti: la prima li concettualizza come un elemento del sistema uomo-macchina-ambiente, mentre la seconda li considera alla stregua di altri esiti non desiderati del sistema. Questa seconda prospettiva (definita anche come "sicurezza integrata") si ricollega all'affermazione di Bisio secondo cui non è possibile generare sicurezza occupandosi solo di sicurezza, ma è necessario considerare una prospettiva più ampia. Per interfacciarsi efficacemente al fattore umano, l'organizzazione può intervenire sui piani della selezione del personale, della progettazione ergonomica del lavoro e della formazione (Muchinsky, 2000).

Un ruolo chiave nella progettazione di interventi per la sicurezza sul lavoro è stato giocato dall'approccio comportamentista della Behavior Based Safety (BBS). Gli psicologi afferenti a questo approccio hanno applicato i principi chiave del condizionamento operante al rinforzo dei comportamenti sicuri agiti dai lavoratori, i quali diventano al contempo soggetti da rinforzare, osservatori ed erogatori di rinforzi per i colleghi (Bisio, 2009). Ad un impianto metodologico rigoroso e consolidato, tuttavia, si affiancano i principali limiti connessi all'approccio comportamentista: nel contesto organizzativo, infatti, è necessario considerare anche dinamiche di gruppo ed aspetti non propriamente comportamentali, quali le culture organizzative e le attribuzioni di significato. Sono molti e complessi i fattori che interagiscono per la genesi di un particolare comportamento: i progetti di BBS hanno avuto, comunque, il merito di agire indirettamente sul clima organizzativo, sull'autostima dei lavoratori, sul senso di appartenenza e su altri fattori chiave per la promozione della sicurezza (De Pasquale e Geller, 1999).

Nella letteratura più recente ha preso forma un approccio nuovo: in particolare dopo il disastro di Chernobyl nel 1986, la sicurezza e gli incidenti vengono visti come fenomeni complessi, legati alla cultura organizzativa (IAEA, 1991). Nel prossimo paragrafo verranno presentati i concetti fondamentali dell'approccio culturale alla sicurezza sul lavoro.

1.1.2 La Cultura ed il Clima di sicurezza

Quasi in risposta al riduzionismo comportamentista, alcuni studiosi si sono dedicati all'analisi di costrutti complessi e astratti quali il clima e la cultura di sicurezza. Si tratta di componenti di costrutti più ampi: il clima e la cultura organizzativa.

Schein (1985) ha definito la cultura organizzativa come l'insieme degli assunti fondamentali creati e sviluppati da un gruppo sociale nel corso di un processo di adattamento all'ambiente esterno o di integrazione interna. I nuovi membri verranno socializzati agli assunti considerati validi dai membri del gruppo: questi assunti verranno proposti come il modo corretto di percepire, sentire e pensare i problemi. La cultura di sicurezza, secondo Richter e Koch (2004), è un aspetto particolare della cultura organizzativa. Si compone di significati, esperienze, interpretazioni del lavoro e della sicurezza condivisi ed appresi, espressi in modo parzialmente simbolico, che guidano le azioni dei lavoratori rispetto ai rischi, gli incidenti e la prevenzione. La cultura di sicurezza, secondo i due Autori, viene modellata dalle persone attraverso le relazioni che intrattengono dentro e fuori le organizzazioni. A differenza di Schein, considerato dagli autori un integrazionista, Richter e Koch hanno accolto la proposta avanzata da Meyerson e Martin (1987) di analizzare la cultura organizzativa secondo tre prospettive: non considerano solo l'integrazione, ma anche differenziazione ed ambiguità. In questo modo si ammette che più culture sono in gioco in ogni realtà organizzativa e sociale: queste non devono essere considerate necessariamente come sub-culture o culture di status inferiore, poiché tutte rappresentano versioni locali di manifestazioni culturali più ampie. Si parla allora di configurazioni culturali multiple (Alvesson, 1993).

I costrutti di clima e cultura sono stati spesso usati indistintamente (Zohar, 2010) ma, se la cultura di sicurezza si concentra sui valori cardine più profondi e meno accessibili condivisi da un gruppo di lavoro, il clima di sicurezza riguarda le percezioni dei lavoratori relative all'importanza della sicurezza nelle loro organizzazioni, risultando quindi più facilmente misurabile (Schneider, 1975; Zohar, 1980).

In letteratura si possono trovare diverse definizioni del clima di sicurezza: tutte concordano nell'affermare che questo è uno dei diversi tipi di clima organizzativo (Zohar, 1980; Griffin e Neal, 2000). Il clima organizzativo è stato definito da Schneider nel 1975 come un insieme di percezioni globali che i lavoratori condividono e che riguardano i loro ambienti di lavoro. Queste

percezioni, secondo l'Autore, hanno la funzione di costituire una cornice di riferimento per la produzione di comportamenti appropriati ed adattivi. Il sotto-insieme di percezioni collegate all'aspetto della sicurezza, secondo Zohar (1980), costituisce il clima di sicurezza: questo costruito, secondo l'Autore, si compone di otto dimensioni:

- Percezione degli atteggiamenti del management rispetto alla sicurezza
- Percezione dell'importanza della formazione sulla sicurezza
- Percezione degli effetti del comportamento sicuro sulla costruzione di sicurezza
- Percezione degli effetti del comportamento sicuro sullo status sociale
- Percezione dello status del comitato di sicurezza
- Percezione dello status dei responsabili della sicurezza
- Percezione del livello di rischio presente nell'ambiente di lavoro
- Percezione degli effetti del ritmo di lavoro sulla sicurezza

Manca, tuttavia, un accordo sui fattori di prim'ordine che compongono il clima di sicurezza (Brown e Holmes, 1886; DeDobbeleer e Beland, 1991): Griffin e Neal (2000) ritengono che sia più utile parlare di un fattore generale che chiamano "safety climate general". Questi studiosi sottolineano, inoltre, che la percezione del clima di sicurezza è qualcosa di diverso dalle altre percezioni correlate alla sicurezza, quali la valutazione del rischio presente nell'ambiente o le reazioni emotive ai temi di sicurezza. Le percezioni devono costituire solamente una valutazione da parte degli individui degli attributi del posto di lavoro correlati alla sicurezza.

Il clima di sicurezza è un costruito multi-livello: si parla di clima individuale (o psicologico), di gruppo ed organizzativo (Zohar e Luria, 2005). Melià e colleghi (2008) fanno notare che ci sono più agenti del clima: propongono di utilizzare un approccio multilivello basato sull'identificazione dell'agente responsabile delle varie attività connesse al clima di sicurezza. I principali agenti, secondo gli Autori, sono la direzione aziendale, i preposti, i colleghi ed il singolo lavoratore. Il clima di sicurezza costruito dai colleghi di lavoro media il rapporto tra clima di sicurezza a livello organizzativo e performance di sicurezza; lo stesso ruolo di mediazione viene svolto nel rapporto tra clima generato dai preposti e performance di sicurezza. Per intervenire sulla sicurezza lavorativa, quindi, è importante agire sul gruppo e non solo sui singoli (DeJoy, 1996). Il lavoratore, infatti, secondo Tesluck e Quigley (2003) sente di appartenere più al gruppo che all'organizzazione in generale: il gruppo dei colleghi è l'unità

organizzativa che gode del maggior grado di influenza sugli atteggiamenti ed i comportamenti dei singoli lavoratori. Quando le percezioni interne a un gruppo di lavoro sono omogenee il clima sarà forte: quando invece c'è eterogeneità il clima sarà debole. La condivisione delle percezioni è connessa al processo di sense-making collettivo: i lavoratori nel corso delle interazioni con i colleghi costruiscono rappresentazioni e comprensioni condivise degli eventi (Weick, 1995). La relazione tra clima e performance, inoltre, è moderata dalla forza del clima stesso e dal grado di routinizzazione e formalizzazione delle procedure (Zohar, 2010).

È possibile distinguere il clima di sicurezza da altri costrutti basati sulle percezioni dei lavoratori utilizzando tre elementi (Zohar e Luria, 2005; Zohar, 2010):

- La priorità attribuita ad obiettivi strategici (quale, appunto, la sicurezza) rispetto alle necessità gestionali (per esempio la produzione);
- La coerenza percepita tra le dichiarazioni del management ed il comportamento effettivo;
- La distanza percepita tra politiche, procedure e pratiche organizzative.

DeJoy e colleghi (2004) definiscono il clima di sicurezza come le percezioni condivise dei lavoratori sul valore e l'importanza della sicurezza per le organizzazioni. Il clima di sicurezza può essere considerato come una variabile di rinforzo che potenzia gli effetti positivi generati dal contesto rispetto alla sicurezza. Questo costrutto, infatti, rinforza l'aderenza alle pratiche di lavoro sicuro aumentando l'effetto positivo di fattori legati al contesto di lavoro oppure mitigando l'effetto negativo di altri fattori ambientali che ostacolano l'aderenza alle pratiche sicure (DeJoy, 1996). Questa concettualizzazione può essere letta alla luce del costrutto di equilibrio quasi stazionario proposto da Lewin (2005). L'adozione di comportamenti sicuri o insicuri in un'organizzazione può essere considerata come avente un andamento quasi-stazionario: il clima di sicurezza agisce potenziando le forze che spingono nella direzione desiderata (cioè verso l'adozione di comportamenti sicuri) e/o ostacolando le forze dirette verso la direzione opposta.

Mark e colleghi (2007) in uno studio svolto all'interno di organizzazioni sanitarie americane, analizzano gli effetti prodotti dal contesto organizzativo (costituito da ambiente esterno, ospedaliero e dell'unità di cura) e dalla struttura organizzativa (coinvolgimento nel lavoro, condizioni di autonomia e partecipazione alle prese di decisione) sulla sicurezza del personale infermieristico (misurata attraverso casi di punture di aghi e DMS a carico della schiena). Questi

studiosi, in accordo con DeJoy (1996), dimostrano che il clima di sicurezza modera l'impatto degli attributi strutturali sui risultati di sicurezza dei lavoratori: quando il clima di sicurezza è buono, condizioni di lavoro migliori sono legate a meno infortuni alla schiena. Quando invece il clima di sicurezza è negativo, condizioni di lavoro migliori generano più infortuni. Mark e colleghi riconoscono il ruolo chiave svolto dagli atteggiamenti del management, ma affermano che altrettanta attenzione andrebbe posta sugli attributi del gruppo che possono favorire un buon clima di sicurezza e, di conseguenza, una riduzione degli infortuni. Fanno notare, inoltre, che pochi studi hanno esaminato il ruolo di questi fattori nella genesi di tipi diversi di infortunio professionale.

Il clima si è rivelato un buon predittore della performance di sicurezza (Zohar, 2000; Zohar e Luria, 2005; Christian et al., 2009; Melià et al., 2008). Nel prossimo paragrafo verranno illustrate le principali concettualizzazioni presenti in letteratura su questo aspetto.

1.1.3 La Performance di sicurezza

La performance è data dai comportamenti che i lavoratori mettono in atto per raggiungere gli obiettivi posti dal management (Campbell et al., 1993). Griffin e Neal (2000) hanno rielaborato la concettualizzazione della performance di Campbell e colleghi adattandola alla performance di sicurezza: hanno elaborato così la distinzione tra componenti, determinanti ed antecedenti della performance di sicurezza.

Le **componenti della performance** rappresentano il comportamento reale agito dalle persone al lavoro. La performance è stata scomposta da Borman e Motowidlo (1993) in due componenti chiamate task performance e contextual performance. Riprendendo questa distinzione, Griffin e Neal distinguono due componenti della performance di sicurezza:

- La **safety compliance**, che è data dalle attività prescritte dal ruolo e direttamente collegate con il mantenimento della sicurezza sul lavoro, quali la conformità alle procedure e l'utilizzo dei dispositivi di protezione;
- La **safety participation**, cioè tutte le attività non direttamente collegate alla sicurezza sul lavoro che, però, incidono sullo sviluppo di un ambiente sicuro (per esempio la partecipazione a riunioni su temi legati alla sicurezza, oppure altre attività volontarie).

Gli studi condotti dai due autori hanno evidenziato la presenza di una correlazione negativa tra motivazione alla compliance e partecipazione: la spinta verso l'ottemperanza alle norme, quindi, può ridurre la motivazione a partecipare ad attività opzionali. Questo aspetto, come verrà illustrato nel paragrafo 1.2, si ricollega all'inefficacia delle tradizionali modalità formative rilevata da Kaneklin e Scaratti (2005).

Le **determinanti della performance** sono le cause prossimali della variabilità individuale della performance. Campbell e colleghi (1993) hanno indicato la conoscenza, l'abilità e la motivazione come le principali determinanti della performance individuale. Gli **antecedenti**, infine, sono le cause distali della variabilità della performance. A livello individuale, secondo Griffin e Neal, l'abilità e l'esperienza agiscono sulla task performance, mentre i tratti di personalità influenzano la contextual performance. A livello organizzativo, invece il principale antecedente della performance è il clima di sicurezza: l'influenza del clima sulla performance, tuttavia, è parzialmente mediata dalle conoscenze e dalla motivazione. La motivazione, a sua volta, subisce l'influenza del significato attribuito dalle persone al loro ambiente di lavoro (James e James, 1989).

Christian e collaboratori (2009) hanno dimostrato l'esistenza di una correlazione negativa tra performance di sicurezza ed il numero di incidenti e infortuni. È possibile affermare, quindi, che un buon clima di sicurezza incide positivamente sulla salute dei lavoratori riducendo indirettamente il numero di eventi pericolosi.

1.2 INTERVENTI PER LA PROMOZIONE DELLA SICUREZZA SUL LAVORO

La letteratura psicologica presenta diversi metodi finalizzati ad accrescere la consapevolezza dei lavoratori su rischi e prevenzione e a ridurre gravità ed incidenza degli infortuni sul lavoro. Cavadi (2007) ne presenta quattro:

- **Informazione:** si traduce in comunicazioni ai lavoratori sui rischi e sulle misure di prevenzione. Agisce principalmente sulla sfera cognitiva.
- **Istruzione:** consiste nella trasmissione di nozioni con intento educativo, andando oltre la semplice sollecitazione cognitiva. Citando Bruner (1967), Cavadi spiega che l'istruzione

si svolge in una situazione provvisoria con l'obiettivo di portare il discente ed il docente all'autosufficienza.

- **Addestramento:** è un'azione sistematica che agisce sulla sfera comportamentale e che, a differenza degli interventi precedenti, deve avere luogo in contesti affini a quello lavorativo. Mira alla trasmissione di abilità legate al "saper fare": Cavadi ne sottolinea l'utilità per l'apprendimento di procedure e del corretto uso di apparecchiature e dispositivi di protezione; è necessaria una verifica finale dell'apprendimento.
- **Formazione:** si tratta di un'attività educativa rivolta ad adulti e finalizzata all'acquisizione di abilità di base e conoscenze generali. Può essere considerata come un intervento psicosociale che agisce sulla sfera cognitiva, emotiva e comportamentale.

Bisio (2009) considera la **formazione** come un intervento che pone al centro del campo il lavoratore e la sua capacità di generare sicurezza. La descrive come un processo a quattro fasi che prevedono la partecipazione congiunta di un sistema gestore ed un sistema cliente:

- **Analisi dei bisogni di formazione:** questa fase consiste, secondo Bisio, in una riflessione sullo stato presente e sullo stato desiderato. La progettazione può essere centrata su una particolare figura professionale, su un'unità di produzione o su un'azienda specifica.
- **Progettazione:** in questo momento del processo i due sistemi coinvolti si concentrano sulla definizione degli obiettivi dell'azione formativa a più livelli (personale, organizzativo, territoriale) e degli obiettivi didattici (che Bisio definisce anche come "guadagni formativi" dei partecipanti). Sulla base di questi due aspetti e dei vincoli presenti verranno effettuate scelte progettuali relative alla durata, ai metodi e supporti didattici, alle modalità di valutazione.
- **Realizzazione:** viene descritta come il momento della partecipazione alle attività pianificate e di cambiamento.
- **Valutazione:** questa fase chiude il ciclo del processo formativo. Riguarda vari aspetti, quali le reazioni dei partecipanti, l'apprendimento, il trasferimento degli apprendimenti in situazioni operative, la ricaduta complessiva del processo formativo sull'organizzazione ed anche gli esiti non attesi. Sulla base dei risultati ottenuti vengono prese decisioni per il futuro. È importante fornire un feedback ai partecipanti.

L'Autore, citando Colligan e Cohen (2004), stila un elenco dei fattori più importanti per la buona riuscita del processo formativo: è consigliabile creare gruppi piccoli composti da lavoratori simili che parteciperanno a brevi e frequenti sessioni di corsi ad inizio turno. È opportuno privilegiare tecniche interattive e partecipative che favoriscano apprendimenti trasferibili nel luogo di lavoro. I lavoratori che ricevono feedback sono più motivati all'apprendimento: è importante che percepiscano il supporto e l'attenzione del management verso il tema della sicurezza. Anche i formatori per la sicurezza dovranno essere formati al riconoscimento di rischi ed al loro controllo: è opportuno, tuttavia, che la sicurezza non sia un aspetto delegato a figure periferiche rispetto al management (Bisio, 2009).

Tra gli interventi illustrati da Bisio si trovano anche azioni ad ampio raggio che non incidono solo sulla performance di sicurezza. Secondo l'Autore, infatti, gli interventi direttamente ed esplicitamente collegati alla prevenzione di infortuni ed incidenti non sono sufficienti per costruire sicurezza. Acquista importanza la **progettazione ergonomica del lavoro e dei ruoli**; il lavoro, inoltre, può prevedere diversi gradi di autonomia e di domande da bilanciare per migliorare l'esperienza lavorativa (Turner, Barling, Zacharatos, 2002, Karasek, 1979). Allo stesso tempo è necessario progettare ruoli chiari, che prevedano un grado di pressione gestibile e che favoriscano l'adesione dei lavoratori (Turner et al., 2002). Bisio sottolinea l'importanza di una progettazione del lavoro che generi significato e che favorisca un'interpretazione personale del ruolo assegnato al lavoratore: citando Clot (2006), l'Autore afferma che il senso dell'azione nasce dall'interazione tra attività, ruoli sociali e personali. L'**organizzazione del gruppo**, il grado di autonomia, di coesione ed il tipo di comunicazione che si viene ad instaurare sono fattori che, secondo Bisio, ricoprono un ruolo chiave per la costruzione di sicurezza, ma che spesso non vengono presi in considerazione dalle organizzazioni. L'Autore, infine, suggerisce la possibilità di progettare interventi di **valutazione delle prestazioni** finalizzati non solo all'aumento della motivazione, ma anche all'implementazione ed al consolidamento di cambiamenti culturali ed al miglioramento della comunicazione interna.

Kaneklin e Scaratti (2005), presentando un lavoro di ricerca-formazione svolto in collaborazione con l'ISPESL all'interno di due organizzazioni sanitarie, si sono interrogati sull'efficacia dell'azione formativa sulla sicurezza. Si tratta di un dibattito avvertito in maniera forte nel contesto italiano: i due Autori, analizzando dati ISPESL, rilevano la presenza di uno scarto considerevole tra le risorse investite per la formazione alla sicurezza ed i risultati ottenuti. Due

indagini svolte nel 1997 e nel 2000 dalle Commissioni congiunte sulla sicurezza e l'igiene del lavoro di Camera e Senato hanno riportato esiti insoddisfacenti dovuti, come si legge nei documenti depositati, alla permanenza del fenomeno degli infortuni e delle malattie professionali nonostante le numerose iniziative realizzate. Queste iniziative, tuttavia, appaiono spesso scollegate tra loro ed insufficienti.

Kaneklin e Scaratti rilevano la presenza di uno scollamento tra gli obiettivi della formazione ed i bisogni dei lavoratori, o, utilizzando la terminologia proposta da Bisio (2009), tra obiettivi dell'azione formativa ed obiettivi didattici. Questo rimanda, secondo gli Autori, all'inefficacia delle modalità di formazione tradizionalmente adottate e ad una rappresentazione distorta della questione "sicurezza" da parte dei diversi attori del sistema (in questo studio il riferimento è al sistema sanitario): a fronte dell'insorgenza di nuovi rischi (in particolare di natura psicosociale), la formazione ricalca ancora un modello tradizionale che ha già mostrato la sua inadeguatezza. Grazie ad un lavoro di ricognizione sulle modalità formative già sperimentate, Kaneklin e Scaratti hanno notato la presenza di difficoltà ad abbandonare la visione tecnico-normativa tradizionalmente adottata: la sicurezza, infatti, viene vista come un fatto individuale, che riguarda l'adesione di singoli lavoratori a procedure e standard imposti. L'attenzione rivolta ai contenuti tecnici non è accompagnata da un percorso di negoziazione e scambio sociale. Sulla base di due focus group svolti con i partecipanti di alcuni interventi formativi, gli Autori hanno avanzato alcune indicazioni da cui partire per ricostruire i percorsi di formazione per la sicurezza: gli interventi formativi, per risultare incisivi, devono innanzitutto mantenere un collegamento stretto con i contesti di lavoro e con le loro criticità. È importante agire sui modelli interni, sulle abitudini e gli schemi interiorizzati dal singolo lavoratore e dal gruppo, i quali sono portatori di saperi pratici che possono essere esplicitati e discussi. È necessario, quindi, abbandonare la logica trasmissiva e privilegiare strumenti nuovi e più partecipativi, che permettano di toccare anche la cultura organizzativa, le routines, i significati ed i valori condivisi. Solo in questo modo, secondo gli Autori, la formazione potrà risultare efficace ed incisiva. L'approccio metodologico indicato dagli autori per la sperimentazione di nuove logiche di formazione è la ricerca-azione, grazie alla sua capacità di avvicinarsi alla cultura dei gruppi, alle pratiche e, non ultimo, alla soggettività. Gli autori suggeriscono inoltre la possibilità di implementare comunità di pratiche professionali, dispositivi riflessivi che permettono l'apertura di spazi di pensiero sulle routines interiorizzate (Wenger, 2005). Come affermano Kaneklin e Scaratti (2005) occorre avvicinarsi alle attività

concretamente svolte dai lavoratori per cogliere la portata dei modelli interiorizzati e della cultura organizzativa: questi aspetti, infatti, con il tempo diventano impliciti ed inerziali, e possono essere toccati solo seguendo percorsi indiretti e tangenziali.

Alastra (2009), presentando due esperienze di formazione-intervento e ricerca-intervento svolte all'interno dell'Azienda Sanitaria di Biella, illustra le potenzialità insite nell'utilizzo di comunità di pratica in contesti complessi e multi-professionali quali sono le organizzazioni sanitarie. Riprendendo Lave e Wenger (2006), definisce le comunità di pratica come comunità di apprendimento autogestite in cui diversi professionisti condividono saperi, pratiche, storie, valori, routines d'azione e linguaggi costruendo interpretazioni e visioni comuni. La condivisione di pratiche permette una negoziazione sociale del significato (che, come illustrato nel paragrafo 1.1, incide sulla motivazione ad adottare comportamenti sicuri) grazie alla partecipazione attiva dei diversi attori e ad un processo di reificazione, cioè di oggettivazione del significato in artefatti (Wenger, 2006). Benner (2003), tuttavia, fa notare che la costruzione di artefatti (piuttosto frequente nella pratica medica) è poco frequente tra gli infermieri e gli operatori sanitari, per i quali la condivisione di conoscenze e significati avviene principalmente grazie al dialogo durante il lavoro con i colleghi. Le comunità di pratica, dunque, grazie ad un ampio raggio di azione, si configurano come uno strumento prezioso per intervenire sulla sicurezza senza occuparsi esclusivamente di sicurezza (Bisio, 2009) e valorizzando la partecipazione di tutti gli attori.

1.3 I DISTURBI MUSCOLO-SCHELETRICI NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE: QUALI PROBLEMI E QUALI SOLUZIONI?

La ricerca svolta presso la Fondazione "D.F." si inserisce nel filone di studi sulla psicologia della sicurezza sul lavoro. Alla luce delle problematiche presenti nell'organizzazione, la scelta del focus è caduta sul fenomeno delle malattie professionali: in particolare sono stati studiati i disturbi muscolo-scheletrici che possono colpire i lavoratori addetti alla movimentazione manuale dei carichi (MMC), che, nel settore sanitario, si traduce in attività di movimentazione dei pazienti.

I paragrafi seguenti forniranno quadro generale del fenomeno: verranno presentati alcuni dati emersi dalla consultazione di fonti europee e nazionali e verranno illustrate le loro implicazioni sotto diversi punti di vista (in particolare medico-sanitario, economico e giuridico).

1.3.1 Le Malattie Professionali

Con l'espressione "malattia professionale" (o tecnopatia) l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito un quadro patologico risultante da diversi fattori: l'ambiente di lavoro e la performance richiesta incidono in modo significativo, anche se in misura diversa, sulla genesi della malattia. A differenza dell'infortunio, definito dall'INAIL come "l'evento lesivo che produce danno al lavoratore la cui causa, sia violenta (cioè acuta), di forza efficiente e di intensità concentrata, è riconducibile a motivi derivanti dallo svolgimento del lavoro" (2012), l'evento scatenante non è improvviso e violento, ma i fattori eziologici agiscono in modo progressivo e diluito nel tempo. Nel sistema italiano sono ammesse alla tutela assicurativa sia le malattie professionali tabellate (raggruppate in tabelle allegate a particolari provvedimenti legislativi) che quelle non tabellate, per le quali l'onere della prova dell'origine professionale è a carico del lavoratore. In base alla probabilità dell'origine lavorativa, le tecnopatie tabellate sono suddivise in tre liste (probabilità elevata, limitata e possibile).

L'European Occupational Disease Statistics (EODS) in riferimento all'anno 2005 mostra che il 38,1% delle malattie professionali in Europa si compone di disturbi muscolo-scheletrici. Il 25% dei lavoratori europei soffre di mal di schiena, mentre il 23% lamenta dolori muscolari. Alla luce di questi dati è possibile concludere che i disturbi muscolo-scheletrici sono la malattia professionale più frequentemente registrata nei paesi dell'Unione Europea. In Italia, nel 2009, l'INAIL ha ricevuto 16.593 denunce di casi di disturbi muscolo-scheletrici (8.667 casi in più rispetto al 2005): l'INAIL fa notare che l'emersione del fenomeno è stata favorita dall'inserimento della maggior parte dei disturbi muscolo-scheletrici nella categoria delle patologie tabellate con l'entrata in vigore del D.M. 9 aprile 2008. Anche in Italia, dunque, queste sono le patologie più frequentemente denunciate agli enti competenti.

I disturbi muscolo-scheletrici (DMS), secondo la definizione proposta dall'OMS, sono patologie dell'apparato locomotore e riguardano muscoli, tendini, lo scheletro, la cartilagine, il sistema vascolare, i legamenti ed i nervi. I pazienti colpiti lamentano senso di pesantezza, fastidio,

intorpidimento, formicolio, rigidità e dolore a rachide (collo e schiena), arti superiori ed inferiori. I DMS lavoro-correlati (o “DMS da sovraccarico biomeccanico” secondo la definizione riportata dall’INAIL nel 2012) comprendono tutti i disturbi muscolo-scheletrici causati o aggravati dal lavoro e dalle circostanze ambientali in cui viene svolto. L’eziologia di questi disturbi è multifattoriale: contribuiscono alla comparsa dei DMS lavoro-correlati fattori di natura fisica, organizzativa, psicosociale e soggettiva. Si tratta di malattie croniche che, sebbene non fatali, possono portare ad una riduzione consistente della capacità lavorativa. I sintomi, infatti, possono andare da dolori e malesseri di entità limitata fino a problematiche più serie che possono costringere il lavoratore ad assentarsi dal lavoro e a far ricorso a cure mediche. Nei casi più gravi, come fa notare l’European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA), la guarigione non risulta completa e soddisfacente: il disturbo acuto può trasformarsi in una disabilità permanente che, talvolta, porta alla perdita del posto di lavoro o alla necessità di ricollocare il lavoratore colpito.

Fonti europee e nazionali concordano nel considerare queste tecnopatie come una delle principali cause di assenza in molte attività lavorative. Entrambe guardano ad esse con preoccupazione, non solo per gli effetti sulla salute dei singoli lavoratori, ma anche per l’impatto economico sul mercato e per i costi sociali che incidono sul bilancio dei Paesi Europei. Nonostante ci siano difficoltà a quantificare in modo preciso e standardizzato i costi del fenomeno nei diversi Stati dell’Unione, l’EU-OSHA nel 2010 ha stimato che il costo dei DMS lavoro-correlati dei soli arti superiori si aggiri tra lo 0,5% ed il 2% del PIL dei singoli Paesi. L’INAIL (2012) fa notare che questi disturbi incidono su più attori: in primo luogo sul lavoratore, al quale provocano malessere fisico e, talvolta, una riduzione del reddito; sul datore di lavoro, generando un calo della produttività aziendale; sul Paese intero, aumentando la spesa sanitaria e previdenziale.

A causa dei costi diretti (spese per assicurazioni e risarcimenti, spese amministrative e mediche) ed indiretti (riduzione della produttività) dei DMS, questo tema è divenuto prioritario per l’Unione Europea e le parti sociali. Nel 2000, nel corso della Settimana europea sui DMS, tutti gli Stati membri sono stati coinvolti in azioni di sensibilizzazione e prevenzione. La campagna europea “Alleggerisci il carico” nel 2007 e la ricerca “Fit for work?” (“Idoneo al lavoro?”) nel 2009 hanno dimostrato che l’attenzione dell’UE su queste tecnopatie rimane viva e centrale. La Relazione Annuale INAIL del 2013, mostrando un aumento delle denunce di malattie professionali, rappresenta un valido invito a proseguire su questa strada.

L'attenzione verso i DMS si è già tradotta in obblighi di legge: a livello internazionale si trovano diverse convenzioni dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro (OIL) relative ai DMS (in particolare C127, C148, C155, C167, C184). Sono state pubblicate direttive europee (integrate da norme europee che ne favoriscono l'applicazione), linee guida sulle buone prassi e regolamenti adottati dai Paesi membri. Sono da considerare, in particolare: la direttiva 89/391/CEE (Identificazione e prevenzione dei rischi), la direttiva 89/654/CEE (Prescrizioni minime in materia di salute e sicurezza per i luoghi di lavoro), la direttiva 89/655/CEE (Adeguatezza delle attrezzature di lavoro), la direttiva 89/656/CEE (Adeguatezza delle attrezzature di protezione individuale durante il lavoro), la direttiva 90/269/CEE (Identificazione e prevenzione dei rischi legati alla movimentazione manuale dei carichi), la direttiva 90/270/CEE (Prescrizioni minime in materia di sicurezza e di salute per le attività lavorative svolte su attrezzature munite di videoterminali), la direttiva 93/104/CE (Organizzazione dell'orario di lavoro), la direttiva 98/37/CE (Macchine), la direttiva 2002/44/CE (Prescrizioni minime di sicurezza e salute relative all'esposizione dei lavoratori ai rischi derivanti da agenti fisici) ed infine la direttiva 2006/42/CE (Nuova direttiva macchine).

Le direttive europee sono state recepite dall'ordinamento italiano con il Decreto Legislativo 626/94, poi abrogato e sostituito dal Decreto Legislativo 81/08 e successive modifiche ed integrazioni. In questo decreto si trovano numerose disposizioni in materia di sicurezza: vengono istituite figure ed enti preposti alla prevenzione e promozione della sicurezza e vengono fissati alcuni obblighi. In particolare, il datore di lavoro ha l'obbligo di effettuare la valutazione di tutti i rischi presenti per la sicurezza e la salute dei lavoratori al fine di eliminarli o ridurli, di coinvolgere i lavoratori (anche attraverso il Rappresentante per la Sicurezza sul Lavoro) fornendo loro informazioni sul sistema di sicurezza ed una formazione specifica sui rischi legati alla mansione svolta, e di sottoporre a sorveglianza sanitaria i lavoratori addetti a mansioni rischiose. La movimentazione dei carichi, in particolare, è disciplinata dal Titolo VI e dall'Allegato XXXIII del D. Lgs. 81/08.

L'EU-OSHA, nel Rapporto sulla prevenzione pubblicato nel 2008, insiste sulla necessità di affrontare il problema dei DMS adottando un approccio multidisciplinare: gli interventi basati su un solo tipo di misura, infatti, non sono efficaci per la prevenzione di questi disturbi. Nel rapporto vengono presentati 15 casi che offrono esempi di interventi tecnici, organizzativo-amministrativi e di modifica dei comportamenti finalizzati alla prevenzione di queste patologie: i

requisiti più importanti per l'efficacia degli interventi sono il coinvolgimento dei lavoratori, l'approccio multidisciplinare, la sponsorizzazione da parte dei dirigenti e l'adattamento delle buone prassi alle condizioni specifiche dell'ambiente di lavoro. È possibile affermare che la ricerca-azione, grazie all'integrazione tra scienze diverse auspicata da Lewin (Colucci 2008), alla sua natura pratica e attenta ai problemi della comunità (Grundy 1982; Rapoport 1970), al suo carattere contestuale (Susmand e Evered 1978), all'attenzione alla partecipazione (Bargal, Gold e Lewin 1992) ed alla finalizzazione al cambiamento (Roberts e Dick 2003), rappresenta uno strumento molto prezioso per affrontare i problemi della sicurezza sul lavoro.

1.3.2 I DMS nel settore sanitario

Secondo i dati dell'EU-OSHA il 10% dei lavoratori europei è impiegato nel settore sanitario: le stime, tuttavia, prevedono una diminuzione di questa percentuale anche a causa di condizioni di lavoro sfavorevoli (Fochsen et al., 2006). Tra i principali pericoli che questi lavoratori devono affrontare, la letteratura individua rischi biologici, chimici, ergonomici, organizzativi e psicosociali (Froneberg, 2006). Quando si parla di fattori di rischio ergonomici, un'attenzione particolare va rivolta alla movimentazione manuale dei carichi (MMC) che consiste nelle “operazioni di trasporto o di sostegno di un carico ad opera di uno o più lavoratori, comprese le azioni del sollevare, deporre, spingere, tirare, portare o spostare un carico, che, per le loro caratteristiche o in conseguenza delle condizioni ergonomiche sfavorevoli, comportano rischi di patologie da sovraccarico biomeccanico, in particolare dorso-lombari” (art. 167, D. Lgs. 81/08). Nel settore sanitario quest'attività consiste in operazioni di movimentazione dei pazienti, cioè “il sollevamento, l'abbassamento, il mantenimento, la spinta o il trascinamento dei pazienti” (EU-OSHA 2007). Quest'attività viene considerata dall'EU-OSHA come una delle possibili cause di DMS per il personale sanitario: presenta, infatti, rischi associati alla mansione (forza, ripetizione, posizioni scomode), all'ambiente ed ai pazienti (che non possono essere mobilizzati secondo le più comuni regole per il sollevamento sicuro, in quanto presentano caratteristiche diverse dai carichi inanimati). Uno studio svedese ha dimostrato l'esistenza di una correlazione tra la regolare mobilizzazione di pazienti senza l'aiuto di dispositivi ausiliari e la presenza di lesioni alla schiena degli operatori sanitari (Engkvist et al., 2001).

Come afferma De Castro (2004), i DMS sono le malattie professionali più frequentemente riscontrate tra i lavoratori del settore sanitario. In particolare si registrano traumi dorsali, strappi alle spalle e lombalgia (EU-OSHA 2007). L'INAIL afferma che è possibile prevenire l'insorgenza di questi disturbi attraverso l'organizzazione ergonomica di procedure e postazioni, l'organizzazione del lavoro e con l'introduzione di dispositivi ausiliari (come previsto dalle norme tecniche della serie ISO 11228 parti 1-2-3). Sarebbe possibile ridurre la prevalenza dei DMS per gli operatori sanitari ed i costi dovuti ad indennità, riassetto del personale ed assenteismo grazie all'utilizzo di particolari metodi di sollevamento e riposizionamento dei pazienti (EU-OSHA 2003).

L'EU-OSHA illustra tre metodi di movimentazione dei pazienti:

- Metodi di trasferimento **manuale**: sono eseguiti da uno o più operatori sanitari sfruttando la propria forza muscolare e la capacità di movimento residua dei pazienti (se presente).
- Metodi di trasferimento usando **piccoli ausili** di movimentazione dei pazienti (teli ad alto scorrimento, cinture ergonomiche, pedane rotanti, barra trapezio fissata sopra il letto)
- Metodi di trasferimento usando **grandi ausili** di movimentazione dei pazienti (apparecchi sollevatori elettromeccanici)

La scelta del metodo di mobilizzazione è l'esito di un processo di valutazione che considera il livello di assistenza richiesto dal paziente, la sua mole, il suo peso, la sua capacità e disponibilità a collaborare e le sue condizioni mediche. Poiché i metodi manuali fanno aumentare il rischio di DMS, la direttiva europea per la mobilizzazione manuale 90/269/ECC impone di ridurre il loro utilizzo al minimo o, addirittura, di eliminarli. Gli operatori, in coppia, devono utilizzare piccoli e grandi ausili, riducendo il più possibile i trasferimenti manuali. Questa prescrizione impone una certa sincronizzazione ed una comunicazione efficace tra i due lavoratori.

Negli ultimi anni in Europa sono stati implementati programmi di movimentazione sicura dei pazienti basati su una politica "no lift" e sull'uso di apparecchiature di movimentazione e dispositivi ausiliari: vengono previste procedure di valutazione dei rischi e di addestramento del personale ad un corretto utilizzo degli strumenti messi a disposizione. Questi programmi si concentrano sulla prevenzione più che sul trattamento e consigliano di adottare un approccio partecipativo per la valutazione dei rischi e l'adozione di misure protettive. L'EU-OSHA,

tuttavia, fa notare che le tecniche tradizionali (manuali) di sollevamento dei pazienti vengono ancora regolarmente insegnate al personale in formazione.

L'INAIL (2012) distingue due tipi di ausili:

- **Ausili per pazienti totalmente non collaboranti:** dispositivi elettromeccanici ad imbragatura per sollevamento e trasporto, telini di scorrimento, tavole e fasce ergonomiche per trasferimenti orizzontali con due operatori, barelle e letti con ruote, barelle-doccia.
- **Ausili per pazienti parzialmente collaboranti:** cinture ergonomiche con maniglie, piattaforme girevoli, triangoli, deambulatori, maniglioni, carrozzine.

Con questi strumenti gli operatori possono effettuare spostamenti sul letto, sollevamenti e trasferimenti letto/carrozzina.

Sono stati sviluppati diversi metodi di valutazione del rischio da sovraccarico biomeccanico. Nel documento redatto dal Centro Operativo Regionale di Riferimento per l'Ergonomia occupazionale (CRREO), prodotto dalla Regione Veneto con il coordinamento dell'Azienda ULSS 17 nel 2009, vengono illustrati i metodi NIOSH, Snook e Ciriello, OWAS, TLV ACGIH, Metodo Criteri Guida del SUVA, MAPO ed il metodo di valutazione integrato MAPO-MCG del SUVA. Poiché nella Fondazione oggetto di studio viene utilizzato il metodo MAPO, si procederà ad una sua breve descrizione.

1.3.3 Metodo MAPO per la rilevazione del rischio da sovraccarico biomeccanico

Il metodo MAPO, acronimo di Movimentazione e Assistenza Pazienti Ospedalizzati (Menoni et al., 1999), è uno dei metodi di valutazione del rischio da sovraccarico biomeccanico del rachide più frequentemente utilizzati nelle strutture sanitarie italiane. Questo metodo (costruito tra il 1994 ed il 1997) permette di valutare gli aspetti organizzativi e strutturali che possono far aumentare o diminuire il rischio di sovraccarico biomeccanico in ogni reparto ospedaliero, ma, come fa notare il CRREO della Regione Veneto (2009), non permette di calcolare un indice di rischio per i singoli lavoratori né per le singole operazioni svolte.

Vengono individuati alcuni fattori che possono incidere sul carico di lavoro: carico assistenziale dovuto alla presenza di pazienti non autosufficienti, tipo/grado di disabilità motoria dei pazienti, aspetti strutturali degli ambienti di lavoro e degenza, attrezzature disponibili, formazione degli

operatori. L'Unità operativa ospedaliera di Medicina del Lavoro della Clinica del lavoro di Milano ha creato una procedura che prevede la compilazione di una scheda di rilevazione dei fattori che fanno aumentare o diminuire il livello di esposizione al rischio. Tale scheda si compone di una sezione relativa ad aspetti organizzativi e formativi e di una sezione focalizzata su ambienti ed attrezzature.

Nella prima sezione vengono valutati due aspetti:

- **Carico assistenziale**, calcolato in base al numero di letti, numero e tipo di operatori, numero di addetti alla movimentazione dei pazienti, tipo di pazienti e manovre effettuate. Viene indicato il numero medio di pazienti non autosufficienti e la durata media della loro degenza: questi vengono ulteriormente suddivisi in “non collaboranti” o NC (pazienti incapaci di utilizzare gli arti superiori ed inferiori) e “parzialmente collaboranti” o PC (pazienti che presentano capacità motorie residue). Nel corso delle operazioni di trasferimento, il paziente NC va completamente sollevato dagli operatori, mentre il paziente PC viene aiutato solo in parte. Nella Fondazione D.F., in particolare, il grado di autonomia/dipendenza dei pazienti viene valutato attraverso l'indice di Barthel.
- **Formazione** del personale in materia di MMC e movimentazione dei pazienti.

Nella seconda sezione, invece, vengono considerati i seguenti aspetti:

- **Attrezzature ausiliarie** per la movimentazione dei pazienti (in particolare carrozzine, sollevatori, ausili minori ed ausili per le operazioni di igiene del paziente). Non viene valutata solo la presenza/assenza di questi strumenti, ma anche la quantità e lo stato di manutenzione.
- **Caratteristiche degli ambienti di lavoro** in funzione delle operazioni di movimentazione effettuate. Vengono osservate le caratteristiche strutturali di bagni e camere di degenza, facendo attenzione in particolare ai requisiti necessari per l'utilizzo degli ausili.
- **Operazioni sussidiarie di movimentazione** quali traino e spinta.

Sono stati proposti alcuni criteri per la misurazione delle variabili usate per il calcolo dell'indice sintetico di esposizione MAPO (Menoni, 2011):

- **Rapporto tra pazienti non autosufficienti ed operatori (NC/Op e PC/Op)**. NC/Op rappresenta il rapporto tra pazienti non collaboranti ed operatori adibiti alla loro

movimentazione; PC/Op rappresenta lo stesso rapporto rispetto, però, ai pazienti parzialmente collaboranti. Questi dati forniscono una stima della frequenza degli spostamenti e dei sollevamenti richiesti ai lavoratori nel reparto.

- **Fattore sollevatore (FS).** Viene valutato il numero di sollevatori (considerato sufficiente quando è presente almeno 1 sollevatore ogni 8 pazienti non autosufficienti) e la rispondenza alle specifiche esigenze del reparto. Questo fattore viene utilizzato per ponderare il rapporto NC/Op.
- **Fattore ausili minori (FA).** Viene valutato il numero di ausili minori presenti in reparto (considerato sufficiente quando sono presenti un telo ad alto scorrimento ed almeno due attrezzature tra rullo, materassino ad alto scorrimento, transfer disc, cintura ergonomica). Questo fattore viene utilizzato per ponderare il rapporto PC/Op.
- **Fattore carrozzine (FC).** Vengono considerati sia il numero di carrozzine e/o comode (considerato sufficiente quando nel reparto è presente un numero di carrozzine pari almeno alla metà dei pazienti non autosufficienti) sia la presenza di particolari requisiti ergonomici (braccioli, schienale, frenabilità, larghezza).
- **Fattore ambiente (Famb).** Vengono valutati solo gli aspetti strutturali dei bagni per l'igiene, bagni per WC e camere di degenza che incidono sulla frequenza delle operazioni di movimentazione.
- **Fattore formazione (FF).** Vengono stabiliti dei requisiti minimi di adeguatezza della formazione degli operatori sul tema della mobilitazione dei pazienti: è adeguata la formazione che ha previsto un corso articolato in spiegazioni teoriche ed esercitazioni pratiche sulle modalità di movimentazione meno sovraccaricanti per un totale di 6 ore ed un'esercitazione pratica sul corretto utilizzo delle attrezzature in dotazione.

Tutte queste variabili vengono inserite in un'espressione per il calcolo dell'indice sintetico di esposizione MAPO:

$$\text{MAPO} = (\text{NC/Op} \times \text{FS} + \text{PC/Op} \times \text{FA}) \times \text{FC} \times \text{Famb} \times \text{FF}$$

Il fattore sollevatore (FS) in questa espressione pondera solo il rapporto relativo ai pazienti NC, mentre il fattore ausili minori (FA) pondera solo il rapporto relativo ai pazienti PC: nella realtà

entrambi gli strumenti vengono utilizzati con tutti i pazienti non autosufficienti, si tratta semplicemente di una convenzione finalizzata a razionalizzare il modello. Gli altri fattori (FC, Famb, FF) vengono utilizzati come moltiplicatori o de-moltiplicatori per la totalità dei pazienti non autosufficienti: se inadeguati, infatti, questi provocano un aumento sia della frequenza che della gravità delle operazioni di movimentazione dei pazienti.

Più l'indice MAPO è elevato, più è alto il rischio da sovraccarico biomeccanico per gli operatori. Vengono identificate 3 fasce di rischio:

- Quando l'indice MAPO è compreso tra 0 e 1,5 il rischio è trascurabile. Non vengono consigliate azioni correttive
- Quando l'indice MAPO è compreso tra 1,51 e 5, il rischio è medio e l'esposizione ad esso può portare ad un aumento dei DMS (soprattutto a livello lombo-sacrale). Vengono suggerite alcune azioni da intraprendere nel medio-lungo periodo, quali la formazione, la sorveglianza sanitaria e l'acquisto o manutenzione delle attrezzature.
- Quando l'indice MAPO è superiore a 5, il rischio è serio ed aumenta la sua significatività parallelamente alla crescita dell'indice. Vengono suggerite alcune azioni da attuare nel breve periodo, quali l'acquisto e la manutenzione delle attrezzature, la sorveglianza sanitaria e la formazione.

MAPO ha il vantaggio di essere un metodo osservazionale analitico che permette di individuare le carenze connesse a strutture, attrezzature, personale e formazione. Tuttavia questo indice non tiene conto delle variabili connesse al singolo operatore (genere, età, condizioni di salute) o alle operazioni di movimentazione (sollevamento, modalità di presa, posture, sforzo impiegato, carico sulla colonna lombare, frequenza delle operazioni). Non viene rilevato, infatti, un indice di rischio per il singolo operatore, e il dato ricavato risulta difficilmente confrontabile con i risultati della sorveglianza sanitaria.

1.3.4 La sorveglianza sanitaria per gli operatori sanitari

L'art. 41 del D. Lgs 81/08 dice che la sorveglianza sanitaria dev'essere effettuata dal medico competente nei casi previsti dalla legge e qualora il lavoratore ne faccia richiesta. Al comma 2 viene specificato che la sorveglianza sanitaria comprende:

- Una visita medica periodica (solitamente a cadenza annuale) per il controllo dello stato di salute dei lavoratori ed il giudizio di idoneità alla mansione specifica;
- Eventuali visite mediche richieste dal lavoratore, nel caso in cui il medico competente le consideri correlate ai rischi professionali o ad una condizione di salute suscettibile di peggioramento a causa dell'attività lavorativa svolta, con lo scopo di valutare l'idoneità alla mansione specifica;
- Visite mediche in occasione dei cambiamenti di mansioni per valutare l'idoneità alla mansione specifica
- Visita medica in occasione della cessazione del rapporto di lavoro (quando previsto dalla legge).

In base all'esito della visita, il medico competente esprime un giudizio relativo alla mansione specifica:

- Idoneità
- Idoneità parziale (temporanea o permanente) con prescrizioni o limitazioni¹
- Inidoneità temporanea
- Inidoneità permanente

Il datore di lavoro ha l'obbligo di attuare le misure indicate dal medico competente e, nel caso in cui il medico giudichi il lavoratore inidoneo alla mansione specifica, di adibire il lavoratore a mansioni equivalenti (ove possibile) oppure inferiori, garantendo però il trattamento corrispondente alle mansioni di provenienza.

La presenza di DMS incide senza dubbio sul giudizio di idoneità alla movimentazione dei pazienti: il medico competente potrà, quindi, esprimere per il lavoratore diversi gradi di idoneità rispetto alle diverse fasce di rischio individuate dall'indice MAPO (per esempio "Inidoneo con la seguente prescrizione: esclusione dai reparti con indice MAPO ≥ 5 ").

A questo punto dovrebbero risultare più chiari i problemi che deve affrontare un'organizzazione sanitaria in cui si svolgono operazioni di MMC o in cui sono presenti lavoratori affetti da DMS. Come illustrato all'inizio del paragrafo, i DMS comportano costi elevati non solo per il lavoratore, ma anche per il datore. Quest'ultimo ha l'obbligo di valutare i rischi presenti e di

¹ "Prescrizione" e "limitazione" non sono sinonimi: il primo termine si riferisce ad imposizioni del tipo "Il lavoratore *deve*..." (per esempio: *deve* indossare i guanti di nitrile anziché quelli di vinile per un'allergia). Le limitazioni, invece, sono imposizioni del tipo "Il lavoratore *non deve*..." (per esempio: *non deve* sollevare pesi superiori a 5 kg).

fornire ai suoi dipendenti sia l'attrezzatura necessaria per lavorare in sicurezza che un'adeguata formazione per l'utilizzo di questi strumenti (art. 71 D. Lgs 81/08). La semplice presenza di questi ausili nelle organizzazioni non è sinonimo di sicurezza: come spiega Rocco Vitale, presidente dell'Associazione Italiana Formatori della Sicurezza (AIFOS), il 10-15% degli infortuni avviene per cause strutturali, mentre l'85-90% degli incidenti è causato da comportamenti a rischio dei lavoratori quali, ad esempio, il mancato utilizzo di dispositivi di protezione (2007). Non è sufficiente, quindi, parlare di prevenzione oggettiva adottando una visione ingegneristica o giuridica: è necessario che i lavoratori, considerati come soggetti attivi, prendano coscienza del proprio ruolo e della propria capacità di generare sicurezza. Se la legge, la medicina del lavoro e l'ingegneria hanno prodotto strumenti molto avanzati per la prevenzione degli infortuni, per un'efficace introduzione degli stessi nelle organizzazioni è importante usare anche conoscenze psicologiche ed interventi formativi.

CAPITOLO 2: IL CASO DELLA FONDAZIONE “D.F.”

Lo studio presentato è stato svolto presso un Centro Sanitario Assistenziale collocato in Lombardia. La conoscenza personale del ricercatore con il Coordinatore dell'Area Assistenziale ha permesso di scoprire la presenza nella struttura di problematiche connesse ai DMS: sono state oggetto di attenzione, in particolare, le resistenze degli operatori sanitari ad utilizzare ausili per la movimentazione dei pazienti non autosufficienti. Dopo la presentazione di un progetto di studio al Direttore Generale ed al Presidente, è cominciata una frequentazione dei reparti della Fondazione per approfondirne la conoscenza e per osservare le attività di movimentazione svolte dagli operatori (in particolare ausiliari socio-assistenziali o ASA). Già nel corso delle prime osservazioni è capitato di assistere a mobilitazioni effettuate secondo procedure anomale: i pazienti, in questi casi, venivano mobilizzati o sollevati senza gli ausili a disposizione e, quando questi venivano utilizzati, le modalità adottate non rispecchiavano la formazione ricevuta.

Questo capitolo ha lo scopo di illustrare il contesto della Fondazione ed approfondire la problematica riscontrata: verranno descritti i servizi offerti, l'organigramma e le job description delle principali figure professionali presenti, l'organizzazione del personale e le caratteristiche strutturali dell'organizzazione. Verrà poi presentato il tema dei DMS: verranno descritte le problematiche che la Fondazione ha affrontato in passato, le soluzioni e le metodologie di valutazione e prevenzione del rischio adottate.

Le informazioni riportate hanno avuto origine da colloqui con il Coordinatore dell'area assistenziale, i coordinatori dei singoli nuclei, l'economista, il medico competente, la responsabile del personale, i fisioterapisti ed il personale ASA. Altre preziose fonti sono state il sito dell'Ente ed alcuni documenti interni forniti dal management a seguito della firma di una liberatoria.

Verranno presentate numerose informazioni di pertinenza non prettamente psicologica che, però, risultano fondamentali per la comprensione del quadro organizzativo. In accordo con il concetto di ecologia psicologica proposto da Lewin (1944; trad. it. In Lewin 2005,71), l'interazione tra fattori psicologici e non psicologici ricopre un ruolo chiave nella lettura del contesto e dei problemi delle organizzazioni: si procederà, dunque, ad una descrizione più esauriente possibile del campo.

2.1 LA FONDAZIONE “D.F.”

La Fondazione “D.F.” è una struttura sanitario-assistenziale situata in un’area di periferia. Le sue origini risalgono al 1898 quando, per volontà della commerciante da cui la struttura ha preso nome, è stato costruito un Ospedale per la cura di malati, di persone in condizioni di svantaggio sociale e dei dipendenti delle cascine della fondatrice.

Sul sito dell’Ente viene riportata la sua storia e le trasformazioni affrontate nel corso del tempo per rispondere ai bisogni del territorio (e non solo): dopo il riconoscimento come Ente morale nel 1901, questa struttura ha ospitato malati acuti e cronici, tubercolotici, persone provenienti da manicomi, profughi e, addirittura, alcuni sfollati a seguito del terremoto di Messina nel 1908. L’accoglienza e l’attenzione a bisogni così diversi ha richiesto una progressiva crescita dell’Ente, nuove strutture e professionalità. Le sue funzioni sono cambiate nel corso degli anni: dal 2003 l’Ente è diventato una struttura di diritto privato ed ha mutato il suo nome in “Fondazione D.F. – Centro Sanitario Assistenziale”. Ad oggi la struttura si compone di un’area geriatrica, un’area riabilitativa ed un’area dedicata alla disabilità.

La natura dinamica di quest’organizzazione ed i numerosi cambiamenti affrontati nel corso della sua storia sono espressione di un’autentica vocazione al territorio: il fine ultimo espresso nei documenti ufficiali è sempre stato il miglioramento della qualità di vita degli utenti e la tutela di adulti svantaggiati grazie ad interventi sanitari ed assistenziali di tipo globale. La mission dichiarata della Fondazione (illustrata in un’apposita sezione del sito internet) è “lo svolgimento di attività sanitaria ed assistenziale, la promozione della salute, il recupero o il mantenimento delle capacità psico-fisiche, nel rispetto della dignità della persona”.

La connotazione cristiano-cattolica dell’Ente è chiara fin dalle sue origini: D., infatti, nelle sue indicazioni testamentarie, stabilì che il presidente del Consiglio d’Amministrazione dell’Ospedale fosse S.E. Mons. Vescovo della diocesi attraverso una persona da lui delegata. Visitando la struttura è possibile notare come ogni reparto sia intitolato ad un santo o ad altre figure religiose. Agli ospiti viene offerto un servizio religioso che prevede la celebrazione quotidiana della Santa Messa e l’assistenza spirituale curata dal Cappellano e da una suora. In un ambiente di questo tipo assumono una rilevanza particolare le delicate questioni del fine vita e della dignità della persona umana: i valori che ispirano l’azione dell’Ente sono profondamente

influenzati dai principi della religione cattolica. La Fondazione, insieme ad altre quattro strutture affini dislocate nella provincia, fa parte di un Comitato Etico istituito da S. E. Mons. Vescovo, un organismo con funzioni consultive e di sostegno alle attività di formazione su temi etici e deontologici. Sul sito e sulla Carta dei Servizi della Fondazione è pubblicata una Carta dei diritti della persona anziana: in questo documento viene spiegato che l'anziano è una risorsa per la società e la sua eventuale fragilità richiede un'attenzione particolare al fine di non calpestarne la dignità di essere umano (sono presenti riferimenti agli articoli 2, 3 e 32 della Costituzione Italiana).

Tra i valori dichiarati si trova il riconoscimento della centralità della persona umana e la tutela della sua dignità, del suo ruolo attivo nella comunità, l'integrazione con i servizi esterni che operano nel territorio a favore di soggetti in condizioni di debolezza, l'affermazione della struttura come centro socio sanitario qualificato per la comunità e come luogo di formazione e diffusione della cultura geriatrica. Da notare la specificazione, come ultimo punto, dell'importanza e del valore attribuiti al personale, considerato una risorsa fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi della Fondazione e per il mantenimento degli standard di qualità.

Sul sito dell'Ente vengono illustrati alcuni principi fondamentali: l'uguaglianza ed imparzialità verso gli ospiti, la continuità delle prestazioni sanitarie e assistenziali (garantita grazie all'instaurazione di turni di servizio), il diritto di scelta dell'utente, efficienza ed efficacia, la partecipazione finalizzata al miglioramento del servizio tramite reclami o proposte e la personalizzazione del servizio (con la stesura di un piano di assistenza individuale) e dell'ambiente (soprattutto la stanza dell'ospite).

2.1.1 I servizi offerti agli utenti

Nel 2013 la Fondazione era accreditata per 316 posti letto (256 per l'area geriatrica, 20 per l'area riabilitativa, 37 per l'area della disabilità). Erano presenti anche alcuni posti letto in regime di solvenza completamente a carico dell'ospite (come verrà spiegato nei paragrafi seguenti, nel 2014 questi numeri sono cambiati).

Vengono offerti servizi territoriali nel rispetto delle regole stabilite dalla Regione in merito ad accreditamento e autorizzazione al funzionamento: vengono erogate, per esempio, sedute di fisioterapia accreditate con il SSR e prestazioni di assistenza domiciliare.

I principali nuclei della Fondazione sono i seguenti:

RSA (Residenza Sanitario Assistenziale): questa struttura ospita persone anziane non autosufficienti ed offre loro assistenza sanitaria (medica ed infermieristica), riabilitativa ed attività di animazione. È presente anche un nucleo di 32 posti letto dedicato alla cura di persone colpite da Morbo di Alzheimer. Gli utenti possono accedere a questo servizio rivolgendosi all'assistente sociale del Comune di residenza oppure all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) della Fondazione. Questi sono i nuclei in cui è divisa l'RSA:

- Nuclei 1 e 2 reparto MF piano terra (34 posti letto)
- Nuclei 1 e 2 reparto MF primo piano (34 posti letto)
- Nuclei 1 e 2 reparto MC (34 posti letto)
- Nuclei 1 e 2 reparto SO piano terra (39 posti letto)
- Nuclei 1 e 2 reparto SO primo piano (39 posti letto)
- Nuclei 1 e 2 reparto SO secondo piano (39 posti letto)
- Nucleo 1 reparto SC primo piano (20 posti letto)
- Nucleo 1 reparto SC secondo piano (20 posti letto)

Il reparto SC nella primavera del 2014 ha subito un ridimensionamento con lo spostamento di alcuni posti letto accreditati dalla Regione presso una nuova RSA di recente apertura nel territorio. Sono stati conservati tutti i posti letto situati al primo piano, mentre il secondo piano è stato smantellato (operazione che ha richiesto anche una redistribuzione del personale del piano nei reparti delle due strutture). L'edificazione di questa nuova struttura privata ha determinato una crescita del numero dei posti letto in RSA a cui, però, non può corrispondere un aumento dei fondi regionali per la copertura delle spese di degenza: gli stanziamenti del Budget Pubblico per la non autosufficienza predisposti dalla Regione per l'anno 2014, infatti, non possono essere modificati, ed il processo di accreditamento di nuovi posti letto richiederà tempo. Il personale per il nuovo ente, quindi, è stato recuperato da questa e da altre tre RSA di origine religiosa presenti nella provincia. Nei mesi estivi la Fondazione ha provveduto ad un aumento dei posti in solvenza (da 3 a 15), ha affrontato una riorganizzazione del personale ed una concentrazione dei pazienti più problematici in una sola area, al fine di distribuire al meglio le risorse restanti. Questo cambiamento ha provocato un'ingente perdita economica per l'organizzazione, la quale vi ha fatto fronte con tagli del personale (non confermando i contratti a termine in scadenza).

La degenza nei reparti di RSA è finanziata in parte tramite un contributo diretto della famiglia dell'ospite, in parte dagli Enti territoriali (la Regione copre le spese sanitarie, i Comuni le spese socio-assistenziali).

RSD (Residenza Sanitario Assistenziale per Disabili): questa struttura ospita persone con disabilità grave, offrendo prestazioni terapeutiche, riabilitative ed educative agli utenti stessi e, talvolta, alle loro famiglie. Vengono stesi programmi individualizzati in vista di un possibile reinserimento degli utenti nella comunità di appartenenza. L'accesso al servizio è solitamente richiesto dai Servizi Sociali competenti. Si tratta di una acquisizione recente per la Fondazione: questa RSD, infatti, è accreditata dalla fine dell'anno 2007 e comprende due nuclei:

- Nucleo 1 reparto MB piano terra (19 posti letto)
- Nucleo 1 reparto MB primo piano (18 posti letto)

Riabilitazione Generale Geriatrica e di Mantenimento: questo servizio è destinato a soggetti che necessitano di terapie riabilitative o abilitative in regime di ricovero (il ricovero è completamente a carico del SSR). L'accesso al ricovero può essere richiesto dalla struttura ospedaliera che ospita l'utente, può essere prescritto dal medico di medicina generale o dallo specialista della struttura di cura.

- Reparto MB secondo piano (20 posti letto)

Centro Diurno Integrato (CDI): questo centro fornisce un supporto alle famiglie ed ai servizi territoriali per le situazioni che richiedono assistenza continua e specializzata, ritardando il più possibile il ricovero all'interno di strutture residenziali. Il CDI è aperto dalle ore 8 alle 18 dal lunedì alla domenica: gli utenti e le famiglie possono optare per diverse modalità di frequenza in base ai propri bisogni. L'accesso al servizio viene solitamente richiesto dalle famiglie su consiglio del Medico di Medicina Generale.

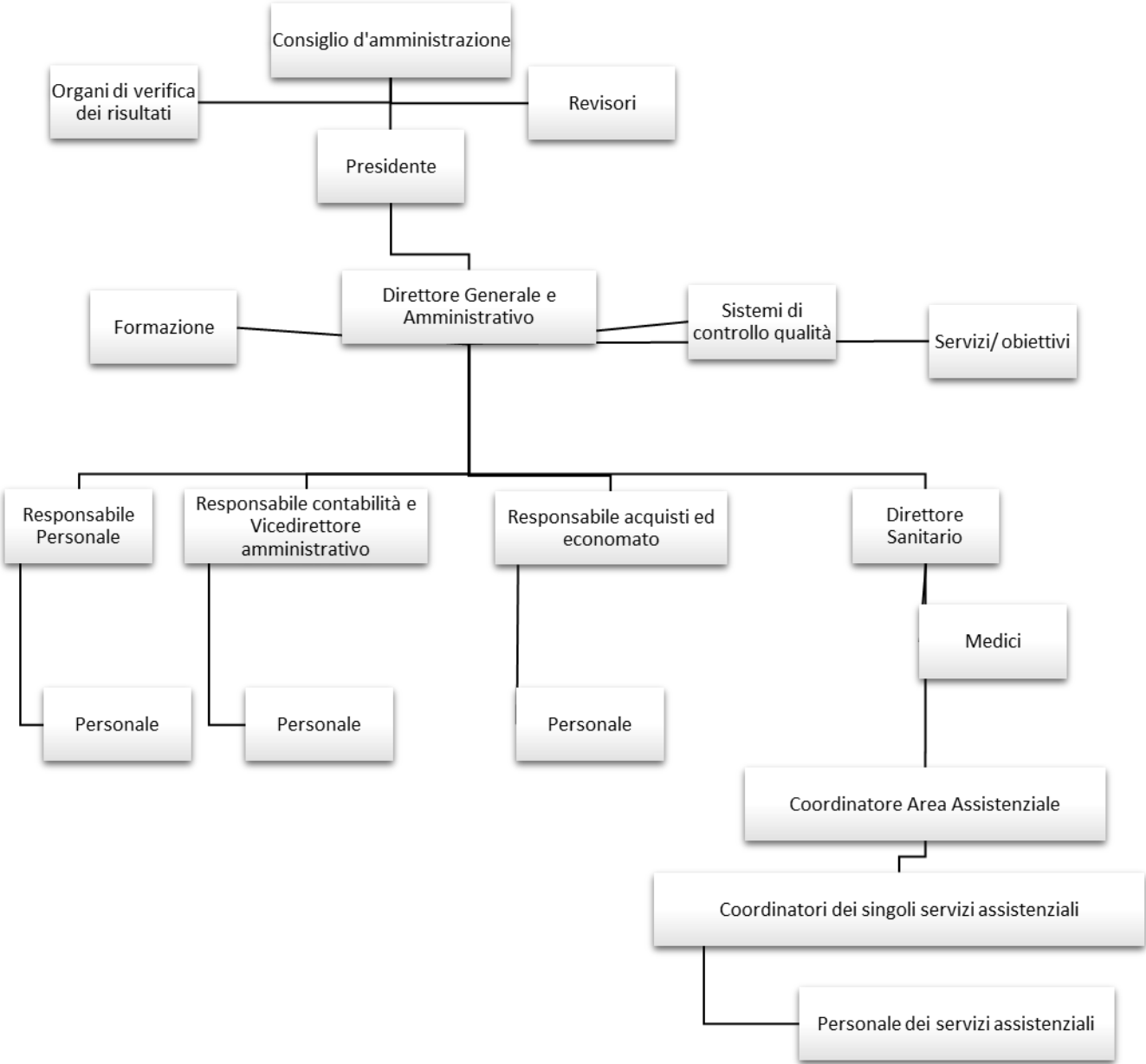
- 40 posti in semi-residenzialità

Agli ospiti della Fondazione vengono offerti ausili per la deambulazione e carrozzine, animazione, servizi di lavanderia, guardaroba e parrucchiera. Nella struttura gli ospiti possono usufruire del servizio di Radiologia ed Ecografia diagnostica, di consulenze psichiatriche,

fisiatriche e odontoiatriche e di un servizio prelievi: questo permette di ridurre gli spostamenti dei pazienti anche in caso di episodi clinici acuti.

Tra i servizi non residenziali descritti sul sito troviamo anche il ciclo diurno continuo, la riabilitazione ambulatoriale, il servizio di assistenza domiciliare (SAD) e l'assistenza domiciliare integrata (ADI).

2.1.2 Organigramma e figure professionali



Come prescritto nel testamento di D.F., il Consiglio d'Amministrazione della Fondazione è formato da cinque membri sotto la supervisione di S. E. Mons. Vescovo della Diocesi. Per ogni reparto/servizio è stato predisposto uno schema matriciale: il coordinatore del reparto o servizio deve impiegare al meglio le risorse a sua disposizione per raggiungere gli obiettivi assegnati. I coordinatori amministrativi e sanitari sono responsabili di un'efficiente gestione di personale e strumenti, mentre i coordinatori dei reparti sono i principali responsabili della qualità del servizio erogato e predispongono interventi sul personale e sull'ospite.

Entrando nella Fondazione è difficile non notare la netta prevalenza di figure femminili, non solo per quanto riguarda ruoli operativi (infermiere, operatori socio-sanitari e ausiliari socio-assistenziali) ma anche nei ruoli apicali: il Direttore Generale, il responsabile del personale, l'economista e 3 coordinatori di nucleo sono donne.

Il **Direttore Generale** si occupa dell'amministrazione finanziaria e tecnica, della programmazione tecnica e del coordinamento dell'attività dei vari uffici e servizi (Ufficio Relazioni con il Pubblico, Ufficio Personale, Ufficio Contabilità ed Ufficio Economato) e dell'attività del Direttore Sanitario.

Le diverse figure che operano all'interno dei servizi socio-sanitari e assistenziali offerti agli utenti residenti presso la Fondazione vengono coordinate dal **Direttore Sanitario**. Questi è responsabile di tutti gli aspetti igienico-sanitari della struttura ed ha mansioni di natura gestionale, organizzativa, burocratica e di vigilanza. Insieme al Coordinatore dell'area assistenziale e della Responsabile del Personale si occupa dell'organizzazione della formazione.

All'interno dei reparti si trovano equipe multidisciplinari presiedute da un **medico**, la cui specializzazione varia tra i campi della Medicina Generale e della Geriatria: a questi gruppi spetta la stesura dei Piani Assistenziali Individuali e la realizzazione dei processi di cura.

I **coordinatori di nucleo** guidano le figure infermieristiche ed assistenziali assicurando l'igiene ed il comfort degli utenti. Solitamente sono infermieri o fisioterapisti che hanno conseguito un Master in Coordinamento. Sono le figure di riferimento per i familiari e vengono a loro volta guidati dal **coordinatore dell'area assistenziale**.

Camminando tra i reparti della Fondazione è possibile incontrare infermieri, ASA, OSS, terapisti della riabilitazione, animatori, educatori e musicoterapisti. Queste figure compongono le equipe multidisciplinari insieme al medico. La job description della posizione di "**infermiere**" prevede la somministrazione della terapia, le medicazioni, l'esecuzione di esami strumentali e la

rilevazione dei parametri vitali dei pazienti. Il **fisioterapista** si occupa della rieducazione motoria e funzionale degli ospiti: svolge la sua attività in palestra, in ambulatorio e nei reparti, utilizzando anche apparecchiature elettromedicali. Gli **animatori** realizzano (sulla base di progetti educativi personalizzati) attività ricreative con gli ospiti anziani per prevenirne il decadimento psico-fisico. Gli **educatori** si occupano della riabilitazione di ospiti con problemi psichiatrici (soprattutto per gli ospiti della RSD) per favorirne l’inserimento o re-inserimento psico-sociale nel reparto e nella comunità. **ASA** e **OSS**, infine, si occupano dell’assistenza di base dei pazienti (in particolare alimentazione, vigilanza, igiene e movimentazione) e, in parte, della pulizia degli ambienti. Alcuni di questi svolgono ulteriori mansioni presso l’ambulatorio radiologico ed il deposito farmaceutico, altri affiancano l’autista nell’accompagnamento dei pazienti del CDI. In alcuni periodi dell’anno sono presenti anche tirocinanti ASA e OSS (1-2 massimo per ogni reparto).

Tabella 1: dipendenti della Fondazione al 1/9/13

MANSIONI	M	F	TOT
Personale medico	4	0	4
Personale sanitario	7	24	31
Operatori sociosanitari	2	11	13
Operatori socioassistenziali	20	114	134
Tecnici di laboratorio	0	1	1
Fisioterapisti	4	5	9
Educatori	0	2	2
Parrucchiera	0	1	1
Impiegati	1	12	13
Centralinisti	2	1	3
Addetti alla cucina	5	6	11
Addetti alla lavanderia/guardaroba	1	6	7
Addetti alla manutenzione	2	0	2
Addetti alle pulizie	1	5	6
Elettricisti (assente in aspettativa sindacale)	1	0	1
Giardinieri	1	0	1
Autisti	1	0	1
Psicologo	1	0	1
Accompagnatore sul pulmino	1	0	1
Animatori (cooperativa)	0	5	5
Cappellano (collab.)	1	0	0
Farmacista (collab.)	0	1	1
Direttore Sanitario (collab.)	1	0	1
Assistenti religiose e volontarie (collab.)	0	2	2
Suora (volontaria)	0	1	1
TOTALE	56	197	253

2.1.3 Organizzazione del personale

La distribuzione del personale infermieristico ed ausiliario è stata riorganizzata a seguito di un'**analisi del carico assistenziale** effettuata tra il 2005 ed il 2006. Questo percorso ha permesso di quantificare, per ogni tipologia di paziente presente nel nucleo di riferimento, il tempo necessario al personale infermieristico ed assistenziale per lo svolgimento delle diverse attività.

I profili predittivi del carico di lavoro sono stati individuati combinando i punteggi ottenuti dagli ospiti in due scale: per calcolare il carico di lavoro dell'infermiere sono stati incrociati l'indice di comorbilità (misurato attraverso il test CIRS) e l'indice di instabilità clinica, mentre per l'ASA sono stati combinati i risultati del test CIRS con una scala di disabilità comunicativa. Sono state utilizzate scale differenti per le due figure perché le attività richieste per ogni tipo di paziente sono diverse: un paziente "impegnativo" per l'infermiere potrebbe non esserlo per l'ASA (e vice versa).

Il peso assistenziale viene espresso in **minuti**: per la figura infermieristica, a parità di punteggio al test CIRS, risulta più impegnativo un paziente che presenta punteggi elevati sulla scala di instabilità clinica. Per l'ASA, invece, acquista un ruolo centrale il grado di disabilità comunicativa del paziente: l'operatore, infatti, deve porsi in modo sostitutivo con i pazienti che presentano gravi difficoltà comunicative. L'adozione di un approccio sostitutivo viene considerata più dispendiosa da un punto di vista temporale: è possibile quindi semplificare dicendo che un paziente che comunica meno o peggio "pesa" di più per l'ASA.

Una raccolta dati ha permesso di calcolare il tempo medio dedicato alle attività di assistenza per ciascun profilo di ospite (medicazioni, alimentazione ecc..) ed alle attività a beneficio di più ospiti (inventario dei medicinali, ecc..). Sulla base di questi calcoli si è scelto di privilegiare **l'omogeneità assistenziale** all'interno dei singoli reparti, concentrando i pazienti che presentano profili simili nello stesso nucleo. Tramite il monitoraggio e l'aggiornamento dei punteggi dell'utenza sulle scale considerate, la Fondazione riesce a valutare l'impatto degli spostamenti e degli inserimenti di nuovi ospiti sul carico assistenziale in ciascun reparto. Questo processo ha richiesto anche la stesura di procedure e protocolli al fine di **uniformare l'approccio assistenziale** verso profili simili: non era ammissibile, infatti, che un ospite appartenente al profilo 7 ricevesse 5 minuti di assistenza infermieristica in un nucleo e 25 in un altro. Per questo

motivo, in ciascun reparto si è proceduto ad una catalogazione delle attività svolte, ad una misurazione della loro durata ed alla valutazione della loro assegnazione agli infermieri o ad altri operatori.

Sulla base dei dati relativi al carico assistenziale richiesto dai diversi profili ed alla distribuzione degli stessi nei reparti della Fondazione, è stata avviata una valutazione dell'adeguatezza della distribuzione di personale nei diversi nuclei e rispetto ai turni di lavoro. Il monte ore effettivamente disponibile, infatti, dovrebbe coprire la somma dei tempi richiesti agli infermieri e agli ASA per tutti gli ospiti. Al momento della prima analisi, nel 2005, si è notato che tra le attività svolte dall'infermiere, in alcuni casi, vi erano anche compiti non prettamente infermieristici, solitamente eseguiti da altri operatori. Anche il ruolo dell'OSS variava in modo importante nei diversi reparti: mancavano, insomma, procedure comuni che consentissero un'ottimizzazione delle risorse e l'interscambio tra reparti in caso di necessità. Il calcolo del monte ore è stato ponderato anche dalla valutazione di altri elementi distintivi dei reparti (per esempio le attrezzature disponibili, la distribuzione su più piani e la dislocazione degli spazi) che incidono sul tempo richiesto per lo svolgimento delle attività previste.

Il fabbisogno dei diversi nuclei, sulla base delle tipologie di pazienti ospitati, era diverso ed ha richiesto un riaggiustamento della distribuzione del personale. Parallelamente a questa riorganizzazione ed all'individuazione di metodologie di lavoro comuni, dal 2005 è stato avviato un monitoraggio costante della qualità dei servizi offerti all'utenza, al fine di garantire anche da questo punto di vista un quadro omogeneo nei diversi nuclei. Con il tempo si è avviata la tendenza ad uniformare il più possibile il profilo degli ospiti nei singoli reparti, operando spostamenti tra diversi piani ed anche all'interno dello stesso reparto sulla base del loro quadro clinico. Questo ha consentito un risparmio in termini di tempo e risorse: per esempio i pazienti che presentano gravi difficoltà motorie sono stati posizionati in stanze adiacenti per ridurre i tempi di percorrenza degli operatori al momento delle mobilizzazioni. In questo modo tutti (o quasi) i pazienti che richiedono l'uso del sollevatore per i trasferimenti letto-carrozzina si trovano nella medesima area, così come tutti i pazienti allettati (che devono essere mobilizzati a letto ogni due ore per evitare la comparsa di piaghe da decubito) sono posizionati nella stessa zona.

2.1.4 Struttura fisica della Fondazione

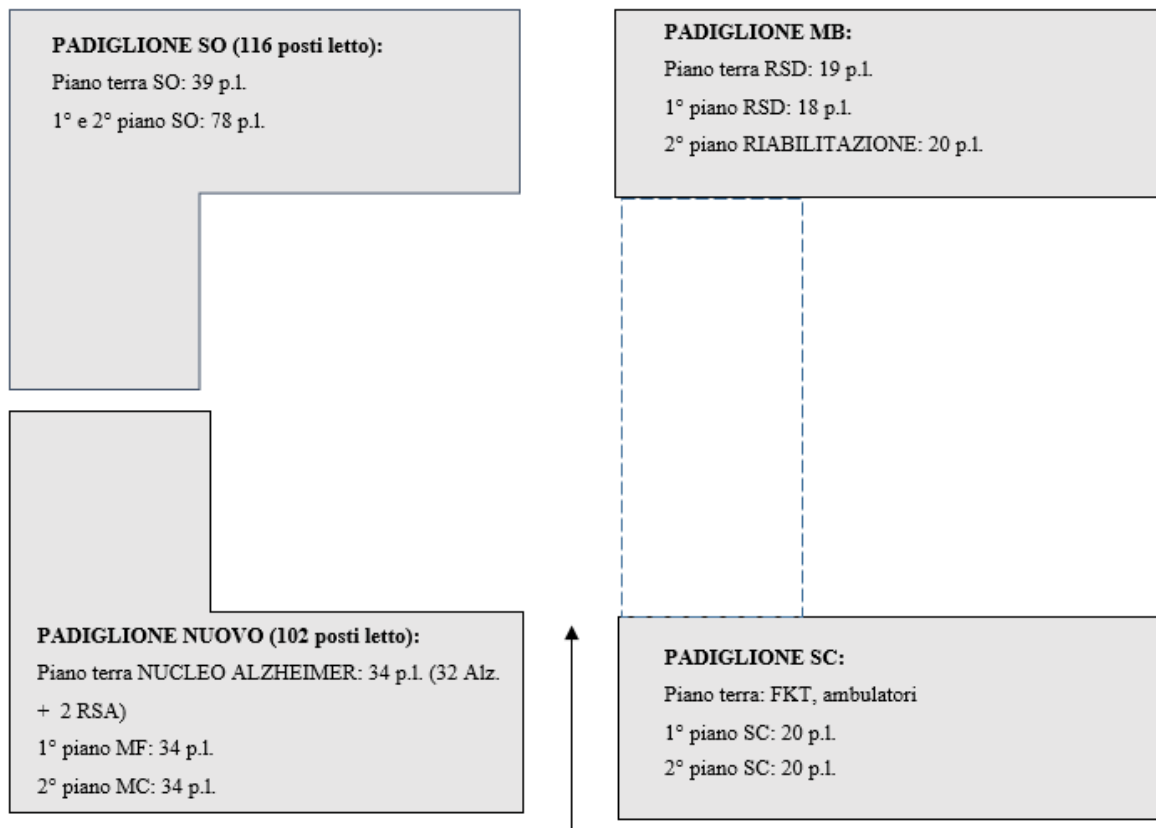
La Fondazione è composta da padiglioni in parte comunicanti ed organizzati su più piani. Alcuni piani costituiscono reparti di per sé, altri ospitano servizi.

Tra i reparti di degenza e sanitari (elencati sul Documento di Valutazione dei Rischi) si trovano il nucleo SC, MF, MC, MB (riabilitazione + RSD), SO, il CDI, gli ambulatori medici, l'ambulatorio radiologico, l'ambulatorio fisioterapico, la palestra di fisioterapia, il deposito farmaceutico; i reparti di servizio sono: il laboratorio degli educatori, il laboratorio degli animatori, il locale parrucchiera, la sala riunioni, la biblioteca, la chiesa, gli uffici, la cucina, la mensa, la lavanderia-guardaroba, l'officina-magazzino, la centrale termica, i magazzini e gli spogliatoi.

Nel corso del 2013 sono stati effettuati lavori di ampliamento e ristrutturazione. Nel Gennaio 2014 la Fondazione presentava una capacità complessiva di 319 posti letto: 316 accreditati dall'ASL (che contribuisce alle spese di degenza dell'ospite) e 3 posti in regime di solvenza, cioè autorizzati dall'ASL ma non accreditati (le spese di degenza sono totalmente a carico dell'ospite e dei famigliari). Come spiegato, nel corso della primavera i posti in regime di solvenza sono stati portati da 3 a 15, riducendo al contempo il numero dei posti accreditati dall'ASL.

Osservando la piantina della Fondazione (Figura 1) è possibile notare una peculiarità strutturale: mentre i due padiglioni che ospitano l'RSD, la riabilitazione, gli ambulatori ed i due reparti SC si sviluppano su una pianta rettangolare, il padiglione nuovo ed il nucleo SO presentano una forma a L: questa struttura fornisce uno spazio extra (ogni piano ospita infatti un numero doppio di letti) ma, allo stesso tempo, incide sul lavoro degli operatori, i quali si trovano a dover percorrere distanze maggiori dei colleghi impiegati negli altri padiglioni. Le due ali a L sono costruite ed organizzate in modo speculare inverso: il secondo piano del padiglione nuovo corrisponde al piano terra dell'SO. Entrambe le ali a L sono gestite da due squadre di operatori: una squadra di occupa dei pazienti residenti ai piani terra e 1 del padiglione nuovo (Nucleo Alzheimer e Reparto MF), una del piano 2 (Reparto MC), una del piano terra dell'SO ed una dei piani 1 e 2. Nelle prossime righe verrà fornita una breve descrizione funzionale dei quattro padiglioni che ospitano i reparti di degenza.

Figura 1: piantina della Fondazione



PADIGLIONE NUOVO

- NUCLEO ALZHEIMER (PIANO TERRA, 34 posti letto): in questo reparto sono ospitati pazienti affetti da morbo di Alzheimer che si trovano nelle prime fasi della malattia. Non sono presenti pazienti allettati. Su questo piano si trovano anche due posti di RSA.
- REPARTO MF (PIANO 1, 34 posti letto): su questo piano si trovano solo pazienti geriatrici, è un reparto di RSA.
- REPARTO MC (PIANO 2, 34 posti letto): questo reparto di RSA è gestito da una squadra indipendente di operatori (diversamente dai primi due). Anche qui risiedono solo pazienti geriatrici.

PADIGLIONE SO

- PIANO TERRA (39 posti letto): è un reparto di RSA gestito da una squadra indipendente di operatori.
- PIANO 1 e 2 (78 posti letto): reparti di RSA che ospitano pazienti geriatrici. I pazienti più gravi vengono spostati al primo piano.

PADIGLIONE MB

- RSD (PIANO TERRA, 19 posti letto): su questo piano si trovano pazienti psichiatrici (soprattutto schizofrenici) e con disabilità che, però, non presentano problematiche motorie.
- RSD (PIANO 1, 18 posti letto): in questo reparto sono ospitati pazienti psichiatrici che presentano anche difficoltà motorie.
- ISTITUTO DI RIABILITAZIONE (PIANO 2, 20 posti letto): questo reparto è molto diverso dagli altri. È una struttura di tipo ospedaliero in cui i pazienti, dopo aver subito un intervento chirurgico in ospedale, vengono ospitati fino ad un massimo di 90 giorni. Questo tipo di struttura consente una razionalizzazione dei costi di degenza ospedaliera per la Regione.

PADIGLIONE SC

- PIANO TERRA: qui si trovano gli ambulatori medici e fisioterapici e la palestra per gli interni.
- REPARTO SC (PIANO 1, 20 posti letto): reparto di RSA che ospita pazienti geriatrici gestito da una squadra indipendente di operatori.
- REPARTO SC (PIANO 2, 20 posti letto): anche questo era un reparto di RSA che ospitava pazienti geriatrici. Nella primavera del 2014 tutti i pazienti del piano sono stati spostati, come già detto, in una nuova struttura territoriale o in altri reparti interni alla Fondazione.

2.2 LA SICUREZZA SUL LAVORO NELLA FONDAZIONE

L'organizzazione oggetto di studio nel 2013 ha provveduto agli adempimenti normativi previsti dal D. Lgs. 81/08 effettuando la Valutazione dei rischi (compresa la Valutazione del rischio stress lavoro-correlato). Come illustrato nella Tabella 2, tra il 2003 ed il 2013 la Fondazione ha subito la perdita di 3104 giornate lavorative a causa di 247 infortuni di varia natura. Le cause di infortunio più frequenti nel corso del decennio sono state: urti (46 episodi), pugno/morso/graffio/spinta da ospite (43 episodi), punture da aghi (36 episodi), movimentazione/mobilizzazione ospiti (35 episodi) e caduta/scivolata (30 episodi). Osservando la Figura 2 possiamo notare che, dopo un picco del numero di infortuni tra il 2008 ed il 2009 (35 e 32 episodi rispettivamente), è stato registrato un calo superiore al 50% (sia degli episodi che della durata degli stessi) già a partire dal 2010. Il calo ha interessato anche gli infortuni causati dalle operazioni di mobilizzazione e movimentazione degli ospiti (Figura 3): a partire dal 2008, tre anni dopo l'introduzione ufficiale del metodo MAPO, si è registrata una diminuzione di questo tipo di infortunio.

La Valutazione del rischio stress lavoro-correlato svolta nel 2013 ha rilevato la presenza di un livello di **rischio basso**: le condizioni psicosociali del lavoro nella Fondazione, quindi, non costituiscono un pericolo per la salute dei lavoratori.

ANNO	N° Infort.	N° GG Infort.	Movimentaz./ Mobilizz. Ospiti	Pugno, morsi, graffi, spinta da ospite	Punture da aghi	Tagli con attrezzi da cucina	Contatto con liquido biologico	Saldatura	Caduta /scivolata	Morso di un cane	Urtato contro vari	Incidente stradale	Taglio con forbice	Utilizzo manichetta corso VVFF
2003	31	461	3	7	1	3	1	1	6	1	6	2	0	0
2004	27	366	2	1	6	1	4	0	3	0	4	5	1	0
2005	23	205	3	4	5	0	0	0	2	0	6	3	0	0
2006	23	382	7	1	4	1	2	0	3	0	4	1	0	0
2007	25	177	7	5	3	0	4	0	1	0	4	1	0	0
2008	35	247	3	7	5	4	3	0	3	0	8	2	0	0
2009	32	490	3	10	3	2	2	0	6	0	5	1	0	0
2010	16	282	6	1	0	1	3	0	1	0	3	1	0	0
2011	13	306	0	0	4	0	0	0	2	0	3	4	0	0
2012	11	108	0	3	4	0	0	0	2	0	2	0	0	0
2013	11	80	1	4	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1
TOT.	247	3104	35	43	36	12	20	1	30	1	46	20	2	1

Tabella 2: riepilogo infortuni per tipo dal 2003 al 2013

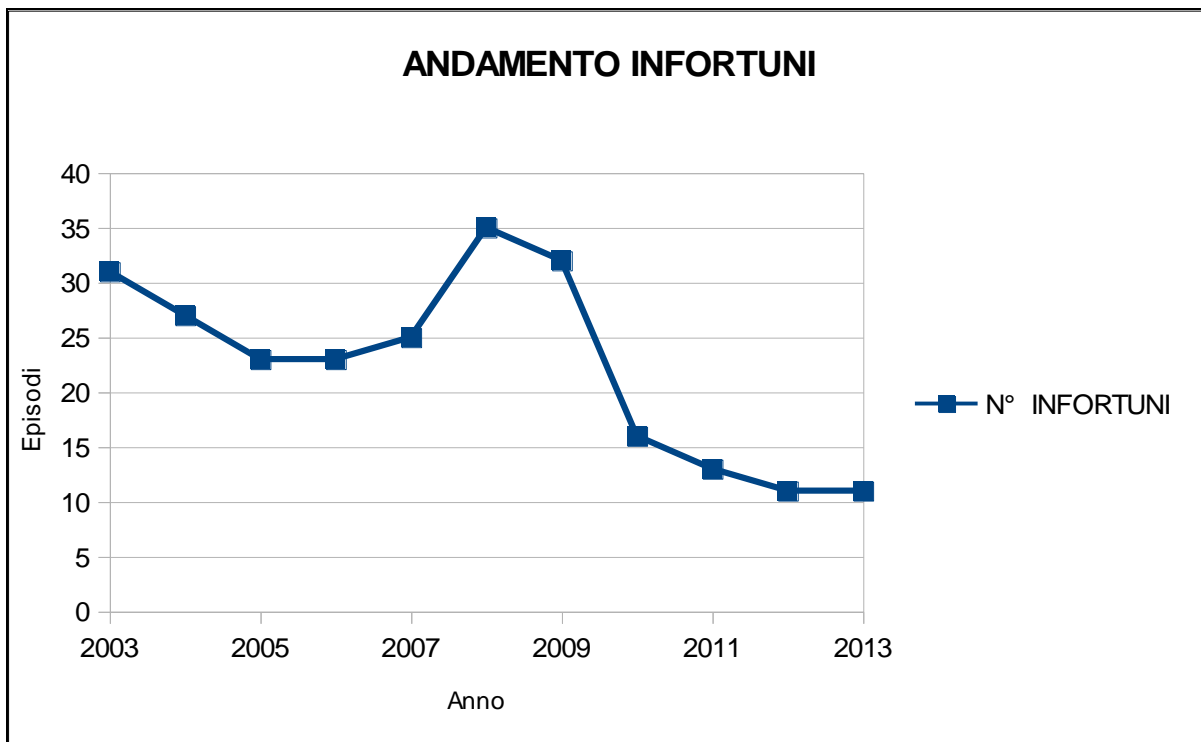


Figura 2: andamento degli infortuni nella Fondazione tra il 2003 ed il 2013

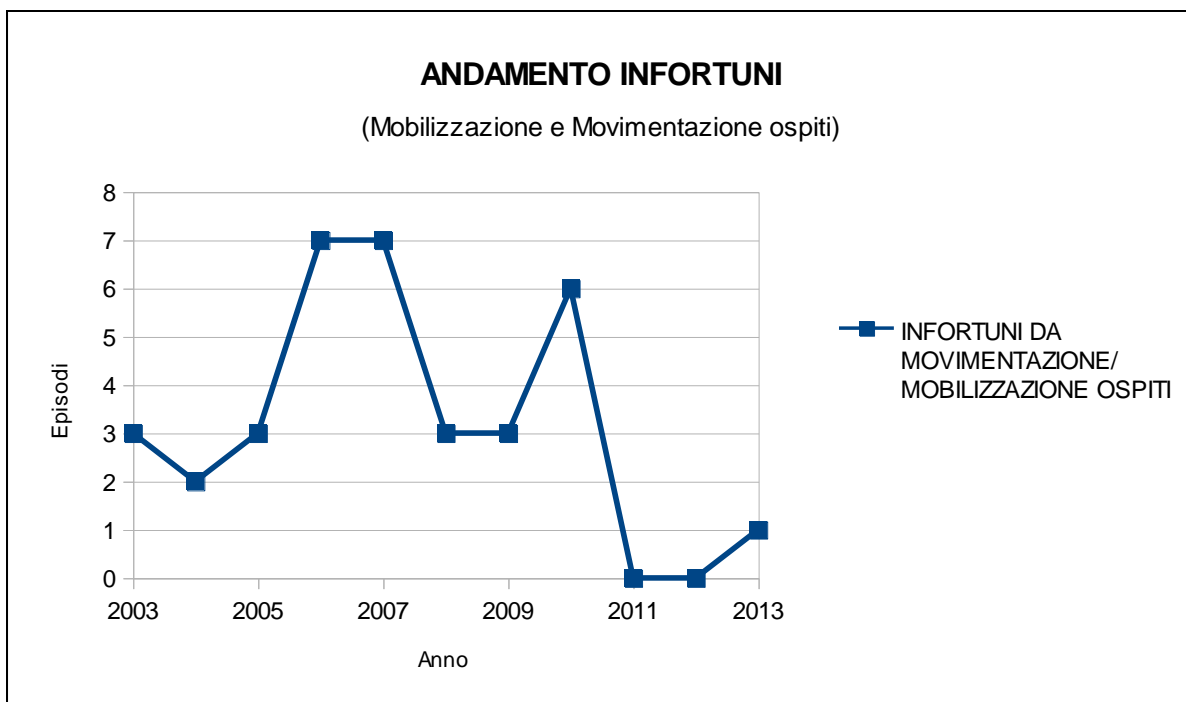


Figura 3: andamento degli infortuni dovuti a mobilizzazione e movimentazione di ospiti nella Fondazione tra il 2003 e il 2013

2.2.1 Il rischio da sovraccarico biomeccanico

Nella scheda relativa ai rischi connessi alla mansione di ASA inserita nel Documento di Valutazione dei Rischi (DVR) della Fondazione del 2013 vengono considerati i seguenti rischi: incendio, emergenze, rischi meccanici, chimici, biologici, elettrici e termici, rischi legati al microclima, interazioni traumatiche con ospiti portatori di particolari patologie, rischi connessi alla movimentazione manuale dei carichi e dei pazienti, il rischio stress lavoro-correlato e rischi specifici per il lavoro notturno e per le lavoratrici in gravidanza. Vengono poi illustrate le misure di prevenzione e protezione inserite, i dispositivi di protezione utilizzati e le procedure adottate: tutti questi interventi hanno permesso di portare il **rischio residuo** per la salute e la sicurezza degli ASA ad un livello **basso**: questi operatori, quindi, hanno una probabilità bassa di essere coinvolti in eventi pericolosi, e la portata degli eventuali danni è limitata.

La scheda sui rischi specifici relativa alla movimentazione manuale dei carichi ed alle posture affaticanti (DVR 2013) mostra che sono stati monitorati i carichi, la frequenza e la ripetitività delle operazioni di MMC ed il mantenimento di posture che affaticano gli arti superiori. Vengono proposte misure di prevenzione e protezione di tipo tecnico (quali l'uso di dispositivi meccanici ed elettrici e l'introduzione di arredi ergonomici), organizzative-gestionali (razionalizzazione degli stoccaggi negli ambienti adibiti a magazzino per controllare l'altezza dei ripiani, riduzione dei tempi operativi, gestione condivisa da almeno due operatori di alcune attività di MMC, predisposizione di protocolli informativi sulle caratteristiche dei carichi e sul rischio specifico, formazione sulle tecniche per una corretta movimentazione dei carichi, predisposizione di un protocollo di vigilanza sanitaria). Come fa notare il medico competente della Fondazione, tuttavia, l'attività di movimentazione di carichi svolta in una fabbrica è molto diversa dalla movimentazione di persone in una struttura sanitaria. Se, infatti, gli oggetti possiedono caratteristiche fisiche stabili, le condizioni di una persona possono mutare nel corso del tempo: quando si parla di persone anziane con disturbi cognitivi e demenze, anche il grado di collaborazione può variare in modo importante nel corso del tempo. Rimane, quindi, un certo grado di imprevedibilità che non consente un controllo assoluto sull'attività da parte degli operatori e che fa variare il punteggio dell'indice MAPO giorno per giorno.

Il medico competente della Fondazione sostiene che gli ASA siano soggetti a due rischi specifici: il rischio biologico (cioè il contatto con potenziali agenti patogeni) ed il rischio da sovraccarico

biomeccanico risultante dalla movimentazione manuale dei carichi. Questo secondo rischio assume un'importanza particolare se si considera che l'invecchiamento fisiologico dell'organismo porta alla degenerazione delle strutture articolari più sollecitate nella professione di ASA (quali il tratto lombare della colonna ed i cingoli scapolo-omerale). Inoltre, come mostrato nella Tabella 1, la stragrande maggioranza del personale è di sesso femminile: questo elemento costituisce un ulteriore fattore di rischio nel momento in cui le ASA raggiungono la fase del ciclo di vita che il medico definisce "autunnale", quando subentrano problematiche legate alla menopausa ed all'osteoporosi. All'interno della Fondazione, quindi, la figura dell'ASA richiede una sorveglianza particolarmente attenta da parte del medico competente, il quale può stabilire una periodicità delle visite anche diversa da quella annuale consigliata dal D. Lgs. 81/08. Se, infatti, le visite mediche del personale infermieristico e medico possono avere cadenza biennale o anche triennale, gli ASA necessitano di una sorveglianza maggiore, soprattutto quando vi sono patologie in corso. La procedura solitamente adottata dal medico, in questi casi, prevede l'attribuzione di un'idoneità con limitazioni per un semestre ed una visita al termine di questi sei mesi per la riconsiderazione dell'idoneità. Il medico competente della Fondazione spiega che la limitazione più frequente riguarda proprio la movimentazione manuale dei carichi, e fornisce come esempi le seguenti limitazioni: "Deve mobilizzare solo in coppia" oppure "Deve mobilizzare solo con gli ausili maggiori e minori". Com'è stato spiegato nei paragrafi precedenti, in realtà, tutti gli operatori dovrebbero rispettare queste procedure: l'assegnazione in forma scritta di queste limitazioni da parte del medico competente costituisce un promemoria per l'operatore ed uno strumento di tutela per la Fondazione. Nel caso di infortuni provocati da comportamenti a rischio del lavoratore, infatti, l'azienda può comminare una sanzione (che solitamente prende la forma di una lettera di richiamo).

Nel prossimo paragrafo verranno illustrate le procedure con cui si cerca di prevenire l'insorgenza dei DMS all'interno dell'Ente. Verranno presentati gli esiti del calcolo dell'indice MAPO, le tipologie di ausili presenti per la mobilizzazione dei pazienti e le strategie adottate per il reinserimento dei lavoratori colpiti da questi disturbi.

2.2.2 Calcolo dell'indice MAPO

Il rischio di sovraccarico biomeccanico nella Fondazione viene espresso attraverso l'indice MAPO. Il calcolo MAPO è stato introdotto nel 2005 e viene aggiornato ogni anno grazie al lavoro congiunto di diverse figure professionali: parte della scheda di rilevazione viene compilata dai coordinatori, la sezione relativa a strumentazione ed ausili è compilata da fisioterapisti, la sezione riguardante gli ambienti dal geometra (RSPP) e la sezione relativa alla formazione dal coordinatore del reparto di Riabilitazione. In base ai risultati del calcolo MAPO viene programmato l'acquisto di ausili, la loro manutenzione o redistribuzione nei diversi reparti.

Tabella 3: Indici MAPO divisi per reparto al 31/8/13

REPARTO	INDICE MAPO
Riabilitazione	0,7 (picco 0,9)
Nucleo Alzheimer	0,8
MF	1,0
MC	1,1
RSD	0,2
SC	1,1
SO (piano Terra)	1,3
SO (piani 1 e 2)	1,2

Tutti i reparti della Fondazione presentano indice MAPO < **1,5** (un livello di rischio praticamente trascurabile secondo quanto spiegato nel Capitolo 1). È possibile affermare che, utilizzando gli ausili messi a disposizione, gli operatori possono effettuare le manovre di mobilizzazione dei pazienti senza sovraccaricare il rachide e gli arti superiori. Il Centro Diurno non ha un indice MAPO perché è un reparto semi-residenziale e non ospita pazienti allettati.

2.2.3 Ausili per la mobilizzazione ed il trasferimento dei pazienti

Nei reparti di RSA si trovano diversi tipi di ausili:

- Solleventori a corsetto, Modello Maxi Twin, marchio ArjoHuntleigh: questi apparecchi elettro-meccanici a batteria, introdotti nella Fondazione nel 1998, consentono agli operatori di sollevare i pazienti non collaboranti (per esempio durante i trasferimenti letto-carrozzina). Esistono almeno 6 taglie di corsetti: gli operatori selezionano quale usare in base alla corporatura del paziente. Per ragioni di sicurezza la Fondazione deve avere in

dotazione almeno un sollevatore ogni 8 pazienti non collaboranti. Sul sito della ditta produttrice si dice che questo apparecchio può essere attivato anche da un solo operatore. Con i proventi ricavati da una donazione è stato recentemente acquistato un nuovo sollevatore a corsetto (modello Mynstrel).

- Sollevari attivi, Modello Sara3000, marchio ArjoHuntleigh: consentono agli operatori di sollevare i pazienti parzialmente collaboranti in posizione eretta imbragando solo il busto. Vengono utilizzati durante i trasferimenti letto-carrozzina, letto-comoda oppure durante le operazioni di igiene. Possono essere usati anche da un solo operatore. Anche questi apparecchi sono dotati di batterie.
- Sedia per l'igiene a sollevatore, Modello Calypso, marchio ArjoHuntleigh: viene usata per le operazioni di igiene personale dei pazienti semi-dipendenti in posizione seduta.
- Teli ad alto scorrimento: grazie al basso attrito prodotto dallo strofinamento di questi teli in nylon, gli operatori possono effettuare trasferimenti e riposizionamenti dei pazienti sul letto senza sovraccaricare il rachide e gli arti superiori. Vengono utilizzati in particolare per le mobilizzazioni di pazienti non collaboranti nel letto al fine di prevenire l'insorgenza di lesioni da decubito. Quando sono stati introdotti, nel 2005, la Fondazione ha acquistato circa 26 pezzi per 11 nuclei (13 Maxi Slide e 13 Maxi Mini, marchio ArjoHuntleigh). I modelli Maxi Slide sono teli rettangolari di colore viola dotati di maniglie ergonomiche: vanno utilizzati in coppia (due teli sovrapposti) coprendo tutta la superficie del letto. I modelli Maxi Mini di colore arancione presentano una forma a tubo e non hanno maniglie: coprono una superficie molto minore dei Maxi Slide (lunghezza 585 mm; diametro 680 mm) e vengono utilizzati solo per le mobilizzazioni di bacino e spalle, per portare il paziente dalla posizione orizzontale a seduta (e viceversa) e per spostamenti letto-carrozzina. Entrambi i modelli, al bisogno, vengono lavati nella lavanderia interna. Questi ausili devono essere utilizzati solo da coppie di operatori.

I fisioterapisti (responsabili della formazione all'uso degli ausili) sottolineano che la mobilizzazione con i teli ad alto scorrimento dev'essere sempre effettuata da almeno due operatori: prima di cominciare è necessario informare il paziente (quando il suo quadro cognitivo lo consente) delle operazioni che si andranno a compiere e creare le migliori condizioni ambientali. Le spondine del letto devono essere abbassate e tutti gli ostacoli rimossi per

permettere agli operatori di muoversi liberamente intorno al letto del paziente. La mobilitazione con i due Maxi Slide prevede che un telo venga arrotolato dalla parte più lunga e posizionato sotto la schiena del paziente sdraiato. Dopo aver sistemato e disteso il primo telo si procede nello stesso modo con il secondo (avendo l'accortezza di posizionarlo con le maniglie verso l'alto). Una volta sistemato anche il secondo telo, le parti arrotolate vengono sfilate per favorire la completa distensione del primo telo sul secondo, fino a coprire l'intera superficie del letto. A questo punto sarà possibile effettuare la mobilitazione desiderata tirando le maniglie del telo a contatto con l'ospite: al termine dell'operazione verrà sfilato un telo per volta. Lo stesso principio vale per il telo Maxi Mini: grazie alla sua forma tubulare è possibile usare un solo telo per volta. Questo telo, però, dovrebbe essere utilizzato insieme ai Maxi Slide: viene utilizzato da solo solamente per alcune mobilitazioni (ad esempio per portare il paziente dalla posizione sdraiata a seduta con i piedi ad un lato del letto).

Nella scheda MAPO gli ausili minori (alla voce FA) sono considerati "presenti" quando la dotazione del reparto comprende almeno due Maxi Slide ed un Maxi Mini per ogni coppia di operatori. Quando il MAPO indica la necessità di acquistare nuovi ausili, l'Ufficio Economato richiede tre preventivi a tre case produttrici e procede alla valutazione della qualità dei materiali e dell'assistenza. Tutti gli ausili presenti nella Fondazione sono fabbricati dall'azienda ArjoHuntleigh. L'economista della Fondazione ha spiegato che in passato sono stati provati anche materiali prodotti da altre aziende: il fattore che ha orientato l'acquisto è stato la qualità dell'assistenza post-vendita. Quest'azienda svedese, infatti, a fronte di prezzi leggermente più alti della media (un sollevatore ArjoHuntleigh può costare dai 3000 ai 4200€; il telo Maxi Slide costa 140€), garantisce l'intervento più rapido in caso di bisogno per la manutenzione.

2.2.4 La Formazione sulle corrette procedure di utilizzo degli ausili

Nel 2007 sono stati organizzati alcuni incontri di presentazione del metodo MAPO e delle procedure di utilizzo degli ausili destinati agli ASA ed agli infermieri della Fondazione. Sono stati costituiti grandi gruppi di operatori, ciascuno dei quali ha partecipato ad un solo incontro di 3-4 ore nella Sala Consigliare dell'Ente. Gli incontri vedevano la partecipazione dei fisioterapisti interni in veste di formatori: questi, a loro volta, avevano ricevuto una formazione preventiva dai produttori dei teli. Anche i coordinatori dei vari nuclei ed il coordinatore dell'area assistenziale

hanno partecipato a questi incontri promossi dalla Direzione Generale. I formatori si sono avvalsi del supporto di slides (soprattutto per l'illustrazione del metodo MAPO) e di due letti per proporre agli operatori prove pratiche ed esercitazioni sull'uso dei teli. Non era prevista alcuna verifica dell'efficacia della formazione ricevuta né del trasferimento degli apprendimenti nel contesto lavorativo.

Ogni anno viene fatto un re-training sull'uso degli ausili (sia teli che sollevatori) destinato agli ASA. Anche in questo caso i formatori sono i fisioterapisti della Fondazione, i quali effettuano accessi nei diversi reparti per più mesi al fine di intercettare tutti gli operatori. Si tratta di una formazione on the job, effettuata sul luogo ed in orario di lavoro alle coppie di ASA in turno. La distribuzione del personale su tre turni rende difficoltoso e lungo il re-training per i fisioterapisti (raramente l'intero processo dura meno di un anno). Poiché le mobilizzazioni sono sempre svolte da coppie di operatori, la formazione viene erogata a due ASA contemporaneamente: a causa del lavoro su turni e della necessità di intercettare tutti gli ASA, alcuni di questi ricevono un addestramento doppio o triplo rispetto ai colleghi. Nel corso di questi incontri non vengono utilizzati materiali didattici particolari: il fisioterapista osserva gli operatori durante le mobilizzazioni e, al bisogno, li corregge illustrando le procedure sicure di utilizzo degli ausili. Anche in questo caso non è prevista alcuna verifica degli apprendimenti. L'unica traccia rimanente della formazione sono i moduli compilati dai fisioterapisti su cui viene annotata la data, il nome degli ASA incontrati ed i contenuti dell'incontro formativo (cioè gli ausili utilizzati ed i tipi di mobilizzazione svolti). Vengono annotate informazioni sulle difficoltà riscontrate o sugli errori commessi dagli ASA. Alla luce dei contributi teorici discussi nel Capitolo 1 si può affermare che il re-training, più che un intervento formativo, è un addestramento degli ASA alle corrette procedure di mobilizzazione che agisce solo sulla sfera comportamentale (Cavadi, 2007). Non sono mai stati fatti dei follow-up per valutare l'efficacia del re-training anche se, durante i colloqui con i coordinatori ed i fisioterapisti, nessuno si è dichiarato completamente soddisfatto dei risultati raggiunti. Il coordinatore del reparto di Riabilitazione (figura di riferimento per la formazione all'uso degli ausili) ha spiegato che spesso gli ASA utilizzano un solo telo viola piegato anziché due. A volte vengono effettuate addirittura mobilizzazioni senza i teli o utilizzando i teli assorbenti in cotone (chiamati "freestyle") che vengono posizionati sul letto dei pazienti per preservare il materasso. Sono stati segnalati anche l'abitudine di non togliere le imbragature dei sollevatori quando i pazienti vengono trasferiti dal letto sulla carrozzina,

l'utilizzo di prese scorrette durante le mobilitazioni a letto e la scarsa manutenzione delle carrozzine.

Dal 2007 non ci sono più stati incontri formativi relativi agli ausili che prevedessero una sospensione dell'attività lavorativa.

2.2.5 Il caso dei lavoratori colpiti da DMS

La Fondazione "D.F." nella sua storia recente ha affrontato problematiche connesse ai DMS. La gravosità delle mansioni legate all'assistenza di ospiti non completamente autosufficienti ha portato alcuni ASA a richiedere una visita al medico del lavoro: gli approfondimenti clinici hanno evidenziato, in alcuni casi, la presenza di disturbi a carico del rachide e degli arti superiori. Come spiegato nel Capitolo 1, in questi casi il medico competente si esprime sull'idoneità del lavoratore alla specifica mansione: stabilisce, quindi, se il lavoratore è inidoneo temporaneamente o definitivamente alla mansione, oppure se la sua idoneità è parziale e deve seguire alcune prescrizioni o limitazioni. Il giudizio di idoneità parziale con limitazioni relative alla movimentazione dei pazienti, espresso dal medico competente per più operatori nel corso degli anni, ha costretto i vertici della Fondazione ad una riorganizzazione del personale al fine di creare uno spazio per questi lavoratori: come afferma l'art. 4 comma 4 della Legge n. 68 del 1999, infatti, i lavoratori che diventano inabili allo svolgimento delle proprie mansioni in conseguenza di infortunio o malattia e subiscono una riduzione della capacità lavorativa inferiore al 60 per cento, non possono essere licenziati per giustificato motivo nel caso in cui possano essere adibiti a mansioni equivalenti o, in mancanza, a mansioni inferiori a quelle precedentemente svolte. Anche nel caso in cui il lavoratore venga destinato a mansioni inferiori, egli conserva il diritto al più favorevole trattamento corrispondente alle mansioni di provenienza. La Fondazione, nel corso degli anni, ha trovato due soluzioni per far fronte alla questione dei lavoratori con idoneità parziale: una parte di questi è stata impiegata presso il Centro Diurno Integrato, mentre altri 5 ASA sono stati reclutati per la creazione di una squadra speciale che presta servizio in più reparti. Il Centro Diurno Integrato (CDI), come spiegato nei paragrafi precedenti, è un servizio semi-residenziale destinato ad ospiti che conservano un certo grado di autosufficienza: tra i compiti assegnati agli operatori non vi è la movimentazione di carichi, ma semplicemente attività di animazione ed assistenza (questo è infatti l'unico reparto per cui non viene calcolato l'indice

MAPO). L'impiego presso questo servizio presenta alcune peculiarità che lo rendono fortemente appetibile per gli operatori: non sono previsti turni notturni, viene rispettata l'astensione lavorativa durante le festività religiose e civili e le mansioni principali consistono nella progettazione e realizzazione di attività ricreative per gli utenti. L'aumento delle richieste di visite per sintomi muscolo-scheletrici presentate dai lavoratori della Fondazione al medico competente, in alcuni casi, ha fatto sospettare la presenza di interessi diversi dalla tutela della salute. Nel CDI, infatti, vengono occasionalmente svolte attività impegnative, quali i bagni settimanali offerti agli utenti: durante l'assistenza al bagno l'operatore effettua anche operazioni di sollevamento e di mobilizzazione, ma non sono mai state avanzate proteste o lamentele in proposito. Il clima positivo presente nel servizio e la paura di demansionamenti, insieme a un buon grado di soddisfazione lavorativa, sono considerati fattori chiave per spiegare questo comportamento apparentemente contraddittorio.

Nel 2008, a seguito della saturazione occupazionale del CDI, è stata messa a punto una nuova soluzione per la gestione dei problemi generati dai DMS: per decisione del medico competente, dei coordinatori di nucleo e del coordinatore dell'area assistenziale, sono stati creati dei "turni speciali" a mansioni limitate svolti da una squadra di ASA con idoneità parziale. Per spiegare le caratteristiche di questa squadra è necessario fare una piccola premessa: il lavoro dell'ASA non ha un andamento lineare nel tempo, ma presenta picchi di attività in positivo ed in negativo. A momenti di elevato carico di lavoro (espresso in kilogrammi da movimentare) seguono momenti di recupero e riposo. Se si considera, per esempio, la fascia oraria post-prandiale (tra le 12.30 e le 13.30), si trovano gli operatori impegnati in attività di trasferimento dei pazienti dalla carrozzina al letto, oppure di mobilizzazione passiva nel letto. Segue un periodo di recupero che coincide con il riposo pomeridiano degli ospiti. Durante le fasi di recupero gli ASA svolgono attività meno gravose dal punto di vista fisico, quali il riordino delle stoviglie, la distribuzione della colazione, l'idratazione dei pazienti, il riordino dei comodini. Al fine di assegnare ai lavoratori con idoneità parziale mansioni compatibili con le limitazioni prescritte, si è scelto di assegnare queste mansioni "leggere" alla sopraccitata squadra speciale. Questa decisione, se da un lato ha consentito di reinserire lavoratori affetti da DMS senza operare demansionamenti, ha suscitato lamentele da parte degli altri ASA, i quali si sono visti privati dei compiti meno usuranti che permettevano loro, a rotazione, di recuperare le energie.

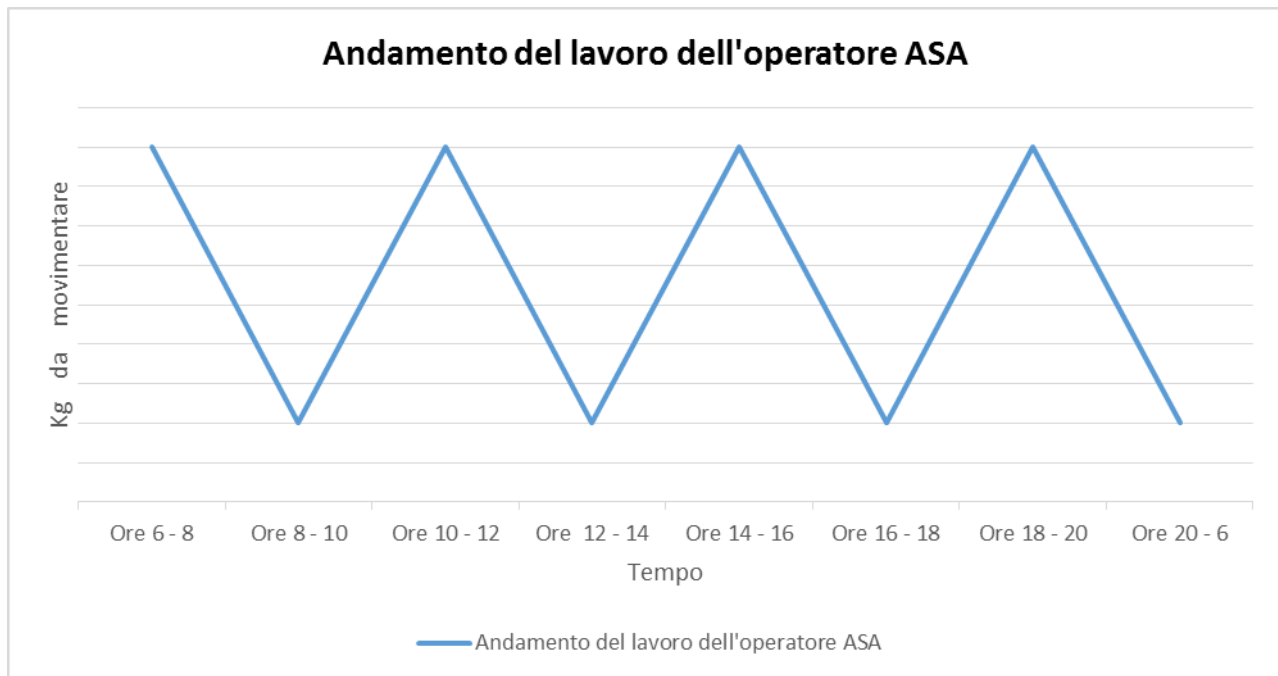


Figura 4: andamento del lavoro dell'operatore ASA nel corso della giornata.

Per prevenire richieste di rivalutazione dell'ideoneità alla mansione non motivate da seri problemi di salute, i coordinatori hanno assegnato a questa squadra turni di lavoro spezzati (piuttosto inusuali al personale della Fondazione) che coprono anche la domenica e le festività. Ogni turno prevede il passaggio in più reparti, ma non sono previsti turni notturni. Questa organizzazione del lavoro dovrebbe fungere da deterrente a nuove richieste non motivate da seri motivi di salute. Questa squadra si è integrata molto bene nella Fondazione, al punto che i coordinatori la considerano ormai indispensabile. Il medico del lavoro, nel corso di un'intervista, ha sottolineato che la costituzione dei turni speciali rappresenta una doppia forma di tutela, che protegge sia i lavoratori che i pazienti.

2.3 I REPARTI COINVOLTI NELLO STUDIO

Come verrà spiegato nel Capitolo 3, un'attenzione particolare è stata rivolta a due reparti di RSA (SO piano 1 ed SC) in cui la presenza di ospiti non autosufficienti è particolarmente elevata, richiedendo quindi un uso frequente degli ausili. Verranno di seguito illustrate le caratteristiche fisiche ed organizzative dei due reparti.

2.3.1 *Il Reparto SO (1° piano)*

Il nucleo SO si sviluppa su due piani con pianta a L: con le sue 40 stanze è uno dei più grandi della Fondazione, arrivando ad ospitare fino ad 80 pazienti. Al momento della compilazione delle schede MAPO nel settembre 2013, nell'intero nucleo erano presenti 57 pazienti non autosufficienti con degenza media di 180 giorni: 28 di questi erano non collaboranti (NC), 29 parzialmente collaboranti. Il case mix relativo all'indice di Barthel in data 22/04/2014 segnala che il 54,55 % degli ospiti si trova in una situazione di dipendenza completa.

Gli operatori addetti a questo reparto si occupano sia del piano 1 che del piano 2: si tratta di una squadra composta da 3 infermieri, 33 ASA e 2 OSS. Al mattino sono presenti in turno 11 operatori addetti alla movimentazione dei pazienti, al pomeriggio 7 e di notte 2. Al momento della compilazione della scheda MAPO la formazione sulla movimentazione manuale dei pazienti è già stata effettuata su tutti gli addetti con un addestramento pratico (il sopraccitato re-training). Sono state considerate molto frequenti le operazioni di trasferimento letto-carrozzina, letto-sedia e verso il cuscino, i cambiamenti posturali, l'evacuazione in bagno o a letto; il trasferimento letto-barella è stato considerato poco frequente. In data 10/09/2013 l'indice MAPO del reparto è stato valutato pari a **1,2**.

Metà delle 40 stanze presenti sono state giudicate inadeguate, principalmente per una carenza di spazio intorno ai letti che rende difficoltoso l'utilizzo degli ausili. Degli 80 letti multimeccanizzati in dotazione sui due piani, 63 sono regolabili in altezza: si tratta di letti a tre sezioni, 26 con meccanismo manuale (a manovella), 54 forniti di meccanismi elettrici.

Sui due piani sono presenti 36 bagni per l'utilizzo di vasca/doccia e per WC: 32 di questi sono dislocati nelle camere, 4 sono centralizzati. Di questi, 12 presentano una carenza di spazio, impedendo così l'utilizzo degli ausili. Questo reparto è fornito di 2 barelle-doccia, 2 vasche attrezzate, una doccia attrezzata ed un sedile-sollevatore usato per la vasca fissa.

Questi ausili non sono sufficienti ad eliminare le operazioni di sollevamento: rimangono, infatti, peculiarità di reparto.

Sui due piani sono presenti 3 sollevatori: 2 di questi (un Mynstrel ed un Maxi Twin) si trovano al piano 1. L'utilizzo dei sollevatori è stato valutato come frequente, ma le operazioni sovraccaricanti di sollevamento manuale dei pazienti non vengono completamente eliminate

dall'utilizzo dei sollevatori. Tra gli ausili indicati nella scheda MAPO troviamo anche 7 teli ad alto scorrimento (usati per gli spostamenti nel letto), 33 carrozzine (di cui 12 in cattivo stato di manutenzione, 1 non ben frenabile, 2 con braccioli non estraibili), 23 comode (di cui 10 non ben frenabili e 6 con i braccioli non estraibili) e 9 sedie per il trasporto dei malati (di cui 6 in cattivo stato di manutenzione e non ben frenabili). Il numero di carrozzine e comode è stato giudicato sufficiente da un punto di vista sia tecnico che operativo.

Nella scheda riepilogativa di MAPO sono stati segnalati alcuni elementi problematici e sono stati proposti interventi migliorativi. È stata suggerita una manutenzione delle carrozzine e dei letti (soprattutto di spondine, freni e telaio), una valutazione della possibilità di sostituire i sollevatori Trixie Lift rimasti con altri dispositivi quali i Maxi Twin ed i letti con meccanismo manuale con letti elettrici. Il numero dei teli ad alto scorrimento appare insufficiente rispetto alle coppie di operatori presenti: viene anche segnalato che nonostante la formazione ricevuta gli operatori utilizzano solo un telo Maxi Mini o un Maxi Slide ripiegato su se stesso per mobilizzare i pazienti perché ritengono che le operazioni con due Maxi Slide siano troppo lente (nota basata sulle impressioni riferite dalla coordinatrice di nucleo).

La scheda di valutazione dei rischi relativa al nucleo SO contenuta nel DVR del 2013, dopo l'illustrazione dei rischi ambientali e delle misure di prevenzione e protezione attuate, indica la presenza di un **rischio residuo basso** per la salute e la sicurezza dei lavoratori nel nucleo: si tratta, quindi, di un ambiente in cui gli eventi nocivi hanno una probabilità di accadimento prossima allo zero ed in cui la portata degli eventuali danni è praticamente trascurabile.

2.3.2 Il Reparto SC

Il reparto SC presenta una pianta rettangolare articolata su due piani: può ospitare fino a 40 ospiti in 19 stanze. Al 3/09/2013 la scheda MAPO riportava la presenza di 29 pazienti non autosufficienti la cui degenza media era di 180 giorni: 23 di questi erano non collaboranti (NC), 6 parzialmente collaboranti (PC). Il case mix relativo all'indice di Barthel in data 22/04/2014 segnala che il 65,22% degli ospiti si trova in una situazione di dipendenza completa.

Come spiegato nei paragrafi precedenti, questo reparto nella primavera del 2014 ha subito una riorganizzazione che ha coinvolto sia ospiti che personale: il secondo piano è stato parzialmente smantellato, gli ospiti sono stati spostati in altri reparti o in altre strutture territoriali. I posti

autorizzati ma non accreditati dalla Regione sono stati concentrati al piano 2 che, nei mesi di Ottobre e Novembre del 2014, ha ospitato solo pazienti solventi collaboranti e parzialmente collaboranti. Il numero di ospiti sui due piani è stato portato a 25.

Prima di questa riorganizzazione, sui due piani operavano 3 infermieri e 17 ASA: al mattino erano presenti 6 operatori addetti alla movimentazione dei pazienti, al pomeriggio 4 e di notte 1. Al momento delle osservazioni (svolte nell'autunno del 2014) era già stata attuata una riduzione dell'organico, ma era ancora in corso il processo di valutazione dell'adeguatezza numerica del personale. In questo reparto lavora una delle due RSU della Fondazione: si tratta di un'ASA che ricopre anche il ruolo di Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS).

Al momento della realizzazione della ricerca era in corso una trattativa sindacale per una questione relativa proprio al reparto SC: la fascia oraria compresa tra le 13.30 e le 15 prevedeva la presenza di due ASA in turno, uno dei quali membro della squadra a mansione limitate citata precedentemente. La presenza di un solo ASA idoneo all'attività di mobilitazione, secondo l'RSU, rappresentava un grave problema in caso di emergenza: per questo ha proposto una modifica dei turni, chiedendo la sostituzione del turno spezzato svolto da un terzo ASA (che tra le 13.30 e le 15 aveva la pausa pranzo) con un turno continuato. In questo modo oltre ai due ASA sopraccitati sarebbe stato presente un terzo ASA idoneo all'attività di mobilitazione. Questa proposta è stata respinta dal management perché portatrice di un problema di tipo etico e deontologico: la sostituzione del turno spezzato (piuttosto invisibile al personale) con un continuato, infatti, avrebbe anticipato la fine del turno del terzo ASA, rendendo così necessaria l'anticipazione del trasferimento dei pazienti a letto subito dopo cena. Il coordinatore d'area ha fatto notare che un cambiamento di ritmi influente per una persona giovane e sana, per un paziente geriatrico rappresenta un vero e proprio terremoto che può avere conseguenze cliniche importanti. La soluzione proposta, dunque, era il "prestito" di un'OSS dell'RSD per la fascia oraria 13.30-15 (considerata un momento di "down" come illustrato nella Figura 4). Il problema ha trovato una soluzione quando, nel mese di Novembre 2014, è stata assunta una nuova ASA per fronteggiare l'aumento del numero di pazienti solventi.

Al momento della compilazione della scheda MAPO del 2013 la formazione sulla movimentazione manuale dei pazienti era già stata effettuata su tutto il personale con un addestramento pratico. Le operazioni di trasferimento letto-carrozzina e letto-barella, di trasferimento verso il cuscino, di cambiamento posturale, di evacuazione in bagno o a letto sono

state considerate molto frequenti; i trasferimenti letto-sedia, invece, sono stati considerati poco frequenti. L'indice MAPO è risultato pari a **1,1**.

Due delle 19 stanze di degenza sono state giudicate inadeguate a causa di una carenza di spazio intorno ai letti che rende difficoltoso l'uso degli ausili. Tutti i 40 letti multimeccanizzati in dotazione sono regolabili in altezza: 24 di questi presentano un meccanismo manuale (manovella), 16 elettrico. Lo spazio libero non è sempre sufficiente per l'utilizzo del sollevatore. Sui due piani sono presenti 2 bagni centralizzati per l'utilizzo di vasca/doccia e 14 bagni per WC (dei quali 12 sono dislocati nelle camere degli ospiti e 2 centralizzati). I 12 bagni nelle camere presentano una carenza di spazio che non consente l'uso di ausili. Questo reparto è fornito di una barella-doccia, 2 vasche attrezzate e un sedile-sollevatore utilizzato nella vasca fissa. Questi ausili non sono sufficienti ad eliminare le operazioni di sollevamento manuale: rimangono, infatti, i trasferimenti carrozzina-doccia.

Sui due piani sono presenti 2 sollevatori (un Maxi Twin e un Sara3000) utilizzati frequentemente. Le operazioni sovraccaricanti di sollevamento manuale dei pazienti, però, non vengono completamente eliminate dall'uso dei sollevatori in dotazione: restano operazioni di trasferimento letto-barella da effettuare in maniera efficacemente ausiliata. Tra gli ausili indicati sulla scheda MAPO troviamo anche 12 teli ad alto scorrimento (usati per spostamenti nel letto e trasferimenti letto-barella), 23 carrozzine (di cui 6 in cattivo stato di manutenzione e 3 non ben frenabili), 12 comode (tutte non ben frenabili e con i braccioli non estraibili) e 3 sedie per il trasporto dei malati. Il numero di carrozzine e comode è stato giudicato sufficiente da un punto di vista sia tecnico che operativo.

Nella scheda riepilogativa di MAPO sono stati segnalati alcuni elementi problematici e sono stati proposti interventi migliorativi. È stata suggerita una manutenzione delle carrozzine, dei letti (in particolare di spondine, freni e telaio) e la sostituzione di alcune imbragature dei sollevatori. Si propone di valutare la possibilità di sostituire i letti dotati di meccanismi manuali con letti elettrici. È interessante notare come, anche nella scheda riepilogativa, appaia problematico il rapporto tra gli operatori ed i teli ad alto scorrimento: si segnala, infatti, che solo due degli 8 teli Maxi Slide vengono utilizzati (uno per piano), mentre gli altri giacciono in un armadio inutilizzati. Lo stesso discorso vale per i Maxi Mini: dei 4 teli presenti solo 2 vengono utilizzati (uno per piano), gli altri sono depositi in un armadio. Viene poi specificato che, nonostante le istruzioni fornite, gli operatori utilizzano solo un Maxi Mini oppure un Maxi Slide ripiegato su se

stesso per ogni mobilitazione perché ritengono che le operazioni con due Maxi Slide siano troppo lente (anche in questo caso la nota è basata sulle impressioni riferite dalla coordinatrice del reparto).

La scheda di valutazione dei rischi relativa al nucleo SC contenuta nel DVR del 2013, dopo l'illustrazione dei rischi ambientali e delle misure di prevenzione e protezione attuate, indica la presenza di un **rischio residuo basso** per la salute e la sicurezza dei lavoratori nel nucleo.

CAPITOLO 3: LO STUDIO

La ricerca svolta presso la Fondazione “D.F.” si inserisce nel filone di studi riguardante la sicurezza sul lavoro. A fronte di un fenomeno preoccupante per le organizzazioni sanitarie (e non solo) qual è l’insorgenza di malattie professionali invalidanti, questo studio cerca di cogliere le leve psicologiche ed ambientali su cui è possibile intervenire per migliorare gli esiti di sicurezza. Obiettivo della ricerca è stata la co-costruzione di ipotesi interpretative per spiegare le resistenze all’uso degli ausili (in particolare i teli ad alto scorrimento) da parte degli operatori ASA insieme al personale ed al management dell’Ente. Lo studio presentato non ha, quindi, carattere sperimentale, ma può essere considerato come un case study e, come verrà spiegato nel paragrafo dedicato al quadro epistemologico e metodologico di riferimento, come la fase esplorativa di una ricerca-azione. La ricerca osservativo-correlazionale condotta ha lo scopo di accompagnare la progettazione di azioni formative nuove per gli anni a venire, passando da un modello di tipo trasmissivo ad uno più partecipativo.

3.1 IL DISEGNO DI RICERCA

Quali aspetti influenzano la decisione degli operatori sanitari ASA di utilizzare gli ausili per la movimentazione dei pazienti (teli ad alto scorrimento)? Quali aspetti influenzano, invece, la decisione di non usarli? Cosa è possibile fare (a diversi livelli) per migliorare la performance di sicurezza? Queste domande hanno guidato la progettazione e la realizzazione della ricerca svolta all’interno di e con la Fondazione “D.F.”.

Lo studio presentato ha avuto formalmente inizio nel mese di Gennaio 2014 con la richiesta di autorizzazione presentata al Direttore Generale della Fondazione tramite e-mail e si è concluso esattamente un anno dopo. Il processo di progettazione dello studio, invece, può essere descritto come un percorso ricorsivo che ha visto succedersi fasi di pianificazione, esecuzione e ricognizione (Lewin, 2005), destinato a continuare con la sperimentazione di nuove modalità formative. Sulla base delle informazioni acquisite nel corso del tempo, la rappresentazione del campo è stata progressivamente ristrutturata al fine di identificare le forze presenti. Ogni nuova

informazione acquisita ha rivestito le altre di un significato del tutto nuovo, dimostrando l'interdipendenza degli elementi presenti nel campo considerato.

3.1.1 Epistemologia e strategia d'indagine

La ricerca presentata si configura come la **fase esplorativa di una ricerca-azione**, intesa come ricerca diagnostica finalizzata all'azione (Dubost e Lévy 2002; trad.it. 2005). Lo studio, infatti, tratta un problema che coinvolge un gruppo di individui inseriti in un particolare contesto organizzativo (Grundy 1982; Rapoport 1970), ha come obiettivo il cambiamento delle pratiche adottate da questo gruppo (Roberts e Dick, 2003) e coinvolge ricercatore ed organizzazione in un processo di cooperazione (Bargal, Gold e Lewin, 1992). Non si tratta di uno studio volto a produrre leggi generali, ma di un processo di diagnosi finalizzato a generare, nello stesso momento, cambiamento ed apprendimento. La teoria del cambiamento sottostante è il modello a tre fasi di Lewin e riguarda il passaggio da una pratica lavorativa insicura (la mobilitazione manuale dei pazienti) ad una pratica sicura (la mobilitazione con i teli ad alto scorrimento). Queste attività possono essere considerate in modo affine alle abitudini sociali studiate dallo psicologo tedesco e, come queste, sono state lette alla luce della teoria del campo, ponendo attenzione all'ecologia psicologica ed ai contributi e limiti posti dai fattori non psicologici (Lewin, 2005). Seguendo la classificazione proposta da Colombo e collaboratori (2008), la ricerca-azione presentata si può posizionare all'interno dell'orientamento partecipativo, sebbene questa categorizzazione non sia rigida. Il ricercatore ha cercato infatti di conciliare l'epistemologia lewiniana (considerata particolarmente efficace per la lettura della situazione) con un approccio democratico e partecipativo: questo approccio è risultato fondamentale per la costruzione di un rapporto di fiducia che ha favorito la condivisione di informazioni, rappresentazioni e riflessioni. Il processo di ricerca e di intervento non ha visto, quindi, una rigida separazione tra ricercatori e soggetti, ma una collaborazione, pur nella consapevolezza della diversità di ruolo (Colucci, 2008). Il ricercatore non ha ricoperto il ruolo di esperto, ma si è posto come un facilitatore del processo (Colombo et al., 2008).

Seguendo la classificazione proposta da Mariano (2007), la ricerca presentata può essere considerata un **case study**: oggetto dell'indagine è l'attività svolta da un gruppo professionale e l'obiettivo è l'esplorazione di un caso singolo. La raccolta dei dati, quindi, è stata effettuata

tramite osservazioni, interviste, raccolta di documenti d'archivio: i dati raccolti sono stati analizzati descrivendo i principali temi emersi.

3.1.2 Problema di ricerca, domande e propositi dello studio

Il ricercatore, interessato al tema della sicurezza sul lavoro, ha preso contatto con la Fondazione "D.F." tramite la figura del Coordinatore dell'area assistenziale per proporre una collaborazione. La tipologia di organizzazione sanitaria coinvolta ha fatto ricadere il focus dell'attenzione sulla mobilitazione dei pazienti: questa, infatti, risulta essere una delle attività preponderanti all'interno delle strutture che ospitano persone anziane con difficoltà motorie. L'organizzazione selezionata, tramite la persona del Coordinatore dell'area assistenziale, ha proposto di lavorare su un problema fortemente sentito dal management e dal personale: la resistenza all'utilizzo degli ausili per la mobilitazione dei pazienti da parte degli operatori ASA (in particolare i teli ad alto scorrimento). Da subito, quindi, l'oggetto della ricerca è stato negoziato e lo studio si è configurato come uno scambio: il ricercatore ha messo a disposizione dell'organizzazione tempo e competenze metodologiche per affrontare un problema avvertito dall'organizzazione stessa; questa, a sua volta, ha aperto le porte ad una figura esterna ed estranea, condividendo dati sensibili ed informazioni riservate. La negoziazione non ha riguardato solo l'avvio del lavoro, ma il ricercatore, procedendo nel percorso di studio, è andato alla ricerca del consenso indipendente dei diversi attori organizzativi come raccomandato da Jaques (Aymard, 2002).

Le domande che hanno guidato il percorso di ricerca, come indicato nei paragrafi precedenti, sono tre:

- Quali aspetti influenzano la decisione degli operatori ASA di utilizzare gli ausili in dotazione (teli ad alto scorrimento) per la mobilitazione dei pazienti?
- Quali aspetti influenzano, invece, la decisione di non usarli (o di ignorare le istruzioni ricevute)?
- Cosa è possibile fare per migliorare la performance di sicurezza?

Richiamando ancora una volta Lewin (2005) è possibile affermare che la ricerca presentata non mira tanto alla formulazione di leggi generali quanto alla diagnosi di una situazione specifica.

3.1.3 Contesto, partecipanti e metodologia

L'attenzione del ricercatore, in un primo momento, è stata rivolta verso l'intero Ente al fine di comprenderne l'organizzazione ed il funzionamento: con un processo di focalizzazione progressiva il ricercatore ed il management (in particolare il Coordinatore dell'area assistenziale ed i coordinatori dei reparti) hanno deciso di concentrarsi sull'RSA (dove sono ospitati pazienti geriatrici con diversi gradi di difficoltà motorie) e, in particolare, sui reparti SO ed SC (sebbene in tutti i reparti vi siano notevoli resistenze all'uso dei teli). Si tratta di due reparti che presentano caratteristiche strutturali ed organizzative diverse: queste differenze hanno favorito l'emergere di un quadro più completo e chiaro del fenomeno.

Molte figure hanno partecipato allo svolgimento della ricerca, portando ognuna un contributo prezioso e singolare:

- Il management (nella persona del Direttore Generale e del Presidente) che ha metaforicamente aperto le porte allo studio, accogliendo la proposta formulata dal ricercatore e dal Coordinatore dell'area assistenziale e fissando alcuni vincoli (in particolare l'assenza di questionari somministrati al personale);
- I Coordinatori dei singoli nuclei ed il Coordinatore dell'area assistenziale, i quali hanno condiviso informazioni, pensieri, impressioni e documenti d'archivio;
- La RLS e RSU, un'ASA che si è fatta portavoce dei lavoratori ed ha accolto la proposta di ricerca mettendo a disposizione la propria esperienza e le proprie conoscenze;
- Il medico competente, l'economo, la responsabile del personale ed il geometra (RSPP) dell'Ufficio Tecnico, i quali si sono resi disponibili per interviste semi-strutturate;
- I fisioterapisti ed il Coordinatore del reparto di Riabilitazione, responsabile della compilazione delle schede MAPO e della formazione sull'utilizzo degli ausili;
- Il personale ASA (soprattutto i lavoratori dei reparti SC e SO) con i quali sono state effettuate osservazioni partecipanti e interviste non direttive;
- Gli ospiti della Fondazione ed i loro familiari, incontrati dal ricercatore durante le osservazioni nei reparti;
- Il ricercatore stesso, il quale ha scelto il tema dello studio, ha partecipato alla definizione del problema e del disegno di ricerca. Egli si è posto come strumento di raccolta dei dati e

di comunicazione tra i diversi gruppi presenti nella Fondazione con l'obiettivo di restituire una rappresentazione condivisa del problema, ipotesi interpretative co-costruite dai diversi partecipanti e proposte di intervento.

La natura aperta del problema considerato e l'impossibilità di individuare una soluzione unica (come invece avviene nelle scienze fisiche e biologiche) ha portato il ricercatore ad utilizzare prevalentemente le metodologie qualitative tipiche delle scienze sociali, cioè interviste (semi-strutturate e non strutturate), consultazione di dati d'archivio e osservazioni partecipanti di natura etnografica (Lewin, 2005). Questa scelta è stata condivisa e fortemente incoraggiata dal management: il Direttore Generale ed il Coordinatore d'area assistenziale, infatti, hanno informato il ricercatore della presenza di resistenze verso la compilazione di questionari da parte del personale, reduce dalla Valutazione del rischio stress lavoro-correlato e dall'Analisi del Clima organizzativo. Questi due questionari (gestiti da enti esterni alla Fondazione) hanno generato diffidenza e resistenze tra i lavoratori, producendo percentuali di risposta piuttosto basse: per evitare malumori tra i dipendenti, quindi, è stata privilegiata una metodologia più interattiva. L'utilizzo di metodologie qualitative ha portato il ricercatore ad approcciarsi allo studio in modo induttivo, aprendosi alla possibilità di modificare e far evolvere il disegno di ricerca sulla base dei dati progressivamente emersi (Creswell, 1998).

Gli eventi osservati sono stati registrati in modo fedele come raccomandato da Lewin (2005): il ricercatore ha predisposto un diario di viaggio per l'annotazione puntuale di episodi e notizie e, per avere un quadro maggiormente definito del campo, ha effettuato osservazioni con il supporto di una griglia quantitativa.

3.1.4 Affidabilità dei risultati e limiti della ricerca

Il ricercatore ha utilizzato cinque delle otto strategie proposte da Creswell (2003) per l'assicurazione della qualità dei dati nelle ricerche qualitative: l'uso di descrizioni dettagliate (organizzate in forma diaristica fin dall'inizio della ricerca), l'esplicitazione dei pregiudizi del ricercatore, la presentazione di informazioni anche discrepanti o negative, la permanenza prolungata nel luogo della ricerca e l'uso di uditori esterni.

La ricerca esposta, tuttavia, presenta alcuni limiti: la generalizzazione dei risultati risulta difficoltosa per i dati ricavati dallo studio di un caso singolo. La presenza di un solo osservatore, inoltre, potrebbe minare l'affidabilità delle osservazioni svolte: l'utilizzo di una griglia quantitativa ha aiutato a contenere questo rischio. Il campione di ASA osservato, inoltre, è piuttosto piccolo: l'organizzazione del lavoro su turni, le ferie e le assenze per malattia non hanno reso possibile l'osservazione di tutto il personale impiegato nei due reparti.

3.2 IL PERCORSO DI RICERCA: DIARIO DI VIAGGIO

L'elaborazione del disegno di ricerca ha avuto inizio nel mese di Gennaio 2014. Dopo una prima definizione del problema da parte del ricercatore e del Coordinatore d'area assistenziale, è stata avanzata una proposta di collaborazione alla Fondazione: il ricercatore ha inviato una lettera di presentazione al Direttore Generale, mentre il Coordinatore d'area ha informato il medico competente (entrambi hanno dato un parere positivo). Durante l'incontro formale con il Direttore Generale ed il Presidente della Fondazione è stata negoziata l'idea di ricerca: le due figure apicali hanno apprezzato la possibilità di avvalersi degli occhi di un osservatore esterno, non ancora assuefatto alla realtà organizzativa. La presenza di una figura estranea alle logiche organizzative e di potere presenti nel contesto è stata vista dal Direttore Generale come un punto di forza, utile per favorire l'apertura e la collaborazione degli operatori. Il medico del lavoro, invece, pur fornendo parere positivo sulla proposta, ha manifestato il timore di possibili resistenze da parte del personale.

Un'ipotesi interpretativa del fenomeno oggetto di studio (le resistenze all'utilizzo dei teli ad alto scorrimento da parte del personale ASA durante le pratiche di mobilitazione dei pazienti) è stata illustrata al ricercatore già durante il primo incontro con la Direzione: il Direttore Generale ed il Coordinatore d'area assistenziale, infatti, hanno riportato la giustificazione addotta dagli operatori (la pressione temporale) precisando che, a loro parere, la causa preponderante sarebbe la presenza di resistenze di tipo culturale. Da subito, quindi, si è delineata l'ipotesi della presenza di differenti culture organizzative nella Fondazione.

Al momento dell'avvio della ricerca la Fondazione stava affrontando due cambiamenti importanti: l'informatizzazione delle cartelle assistenziali e la riorganizzazione di ospiti e

personale a seguito dell'apertura di una nuova struttura territoriale. Il management della Fondazione ha manifestato un buon grado di apertura alla ricerca e all'innovazione, informando il ricercatore dello svolgimento concomitante di altri progetti di studio nella struttura. Il personale, tuttavia, è stato descritto come diffidente: sono state segnalate difficoltà nella raccolta di questionari per l'Analisi del Clima Organizzativo e della Valutazione del Rischio stress lavoro-correlato e casi di resistenze alla partecipazione ad incontri formativi.

Nel mese di Febbraio 2014 il Coordinatore d'area ha accompagnato il ricercatore in una visita guidata nella Fondazione offrendo una descrizione funzionale di tutti i servizi, del personale e degli ospiti. Questa è stata la prima occasione di incontro tra i coordinatori, il personale ed il ricercatore: il Coordinatore d'area l'ha presentato legittimandone la presenza nei reparti.

Nei mesi di Aprile e Maggio 2014 sono state svolte alcune osservazioni partecipanti in alcuni reparti della Fondazione con l'obiettivo di comprendere l'organizzazione del lavoro degli ASA e dell'attività di mobilitazione. Sono stati coinvolti i tre piani del nucleo SO, il reparto MC, MF e l'SC per un totale di 10 ore di osservazione. Durante queste visite, il ricercatore ha notato alcune peculiarità legate all'età lavorativa degli ASA: gli operatori più anziani, a volte, mostravano al ricercatore le procedure di mobilitazione manuali utilizzate prima dell'introduzione di teli e sollevatori. Questo comportamento spontaneo dei lavoratori ha portato il ricercatore a riflettere sulla difficoltà di sradicare procedure di lavoro utilizzate per anni in favore di nuove pratiche più sicure.

Durante un'osservazione nel reparto SC il ricercatore ha incontrato la RLS ed RSU, scoprendo che non era stata informata dell'avvio dello studio. Dopo una breve spiegazione del disegno di ricerca l'RLS ha fornito parere positivo ed ha dimostrato interesse ed entusiasmo per il progetto.

Dopo aver visto gli operatori al lavoro, il ricercatore ha avvertito il bisogno di parlare con il coordinatore del reparto di Riabilitazione (responsabile della formazione sull'uso degli ausili) per conoscere le manovre sicure di mobilitazione dei pazienti, il processo di rilevazione dell'indice MAPO e l'organizzazione della formazione relativa alla mobilitazione dei pazienti. Durante un colloquio, il coordinatore ha spontaneamente presentato al ricercatore una sua impressione relativa alla presenza di una correlazione tra età lavorativa degli ASA e resistenze all'uso degli ausili. Per verificare quella che, al momento, rappresentava solamente un'impressione, il ricercatore ha predisposto una griglia osservativa al fine di testare l'ipotesi formulata in modo indipendente da lui e dal coordinatore: **gli ASA con età lavorativa più elevata hanno più**

resistenze dei colleghi all'utilizzo dei teli, cioè sono gli operatori che li usano meno e che, quando li utilizzano, commettono più errori. Si è proceduto ad una classificazione degli ASA in base all'età lavorativa (numero di anni lavorati con la qualifica di ASA):

- **GIOVANI (G):** età lavorativa inferiore a 5 anni
- **MEDI (M):** età lavorativa compresa tra 5 e 20 anni
- **ANZIANI (V):** età lavorativa maggiore o uguale a 20 anni

I giovani (G) hanno cominciato ad esercitare la professione di ASA dopo il 2009, quando i teli erano già ampiamente diffusi nella Fondazione; i medi (M) hanno assistito, nel corso della loro carriera, al cambiamento delle procedure di mobilizzazione; gli anziani (V) hanno utilizzato per la maggior parte della loro carriera pratiche di mobilizzazione manuale senza ausili. Poiché le mobilizzazioni avvengono sempre in coppia, è stata scelta come unità di analisi la mobilizzazione svolta da una coppia di operatori. Sono venute a configurarsi, così, 6 categorie: G+G, G+M, G+V, M+M, M+V, V+V. L'ipotesi che ha guidato le osservazioni con il supporto della griglia osservativa, quindi, è la seguente:

IPOSTESI 1: Le coppie in cui è presente almeno un membro con età lavorativa maggiore o uguale a 20 anni (V) saranno meno diligenti delle coppie in cui entrambi i membri hanno un'età lavorativa inferiore (G e M).

La “diligenza”, che in questo caso dev'essere intesa come “tendenza ad adottare pratiche di mobilizzazione sicure”, è stata operazionalizzata come segue:

- **Comportamenti diligenti:** mobilizzazioni effettuate con due teli Maxi Slide.
- **Comportamenti non diligenti:** mobilizzazioni effettuate senza nessun tipo di telo, utilizzando il telo freestyle, un solo telo Maxi Slide piegato o un solo telo Maxi Mini.

Dopo aver concordato la struttura della griglia, sono stati individuati i reparti più interessanti da studiare: la scelta, operata sulla base delle impressioni riferite dai fisioterapisti addetti al re-training, è ricaduta sul piano 1 del reparto SO e sul reparto SC. Un'osservazione di tutti i reparti

di RSA sarebbe risultata impraticabile per ragioni temporali e logistiche: la presenza di un unico osservatore e la coincidenza degli orari delle mobilitazioni nei diversi reparti avrebbero dilatato troppo il tempo di permanenza del ricercatore nella struttura. Il campione, quindi, a causa dei vincoli imposti dal contesto, non è stato randomizzato ma di convenienza.

Il ricercatore ha concordato con le due coordinatrici un periodo di osservazione della durata di un mese per incontrare il maggior numero possibile di operatori: dal lunedì al venerdì il ricercatore si sarebbe recato nei due reparti per osservare un giro di mobilitazione dei pazienti. Per avere un quadro completo del fenomeno, le osservazioni sono state distribuite su fasce orarie diverse e compatibili con gli orari di apertura al pubblico:

- SETTIMANA 1: osservazione dei giri di mobilitazione delle ore 8 e 10
- SETTIMANA 2: osservazione dei giri di mobilitazione delle ore 10 e 12.30
- SETTIMANA 3: osservazione dei giri di mobilitazione delle ore 12.30 e 14
- SETTIMANA 4: osservazione dei giri di mobilitazione delle ore 14 e 16

Questa raccolta dati ha impegnato il ricercatore per 40 ore circa. Al termine delle osservazioni, il ricercatore ha formulato una seconda ipotesi che considera come variabile indipendente non l'età lavorativa, ma il genere degli operatori:

IPOTESI 2: Le coppie miste (in cui è presente almeno un ASA di genere maschile) utilizzano gli ausili meno delle coppie femminili.

Durante le osservazioni il ricercatore ha raccolto note di campo ed ha effettuato interviste non strutturate con il personale. Sono state svolte altre interviste semi-strutturate con l'Economo per conoscere le dinamiche di approvvigionamento degli ausili, con il medico competente per conoscere meglio i rischi per la salute degli ASA e l'organizzazione della sorveglianza sanitaria e numerosi colloqui non strutturati con il Coordinatore d'area assistenziale per comprendere l'organizzazione del lavoro e del personale, la storia della Fondazione ed i rapporti con l'esterno (Regione e altre RSA territoriali).

Una terza ipotesi riguarda il re-training ed è stata formulata dal ricercatore come segue:

IPOTESI 3: La modalità formativa adottata (il re-training on the job a coppie di ASA svolto da fisioterapisti) non favorisce il cambiamento delle procedure interiorizzate ed adottate al momento della mobilizzazione dei pazienti né il miglioramento del clima e della cultura di sicurezza.

Sulla base dei dati raccolti il ricercatore ed il coordinatore della Riabilitazione hanno riflettuto sulla possibilità di rivedere le modalità formative da adottare negli anni a venire.

Un'ultima ipotesi interpretativa formulata dal ricercatore riguarda la compresenza di diverse culture di sicurezza nella Fondazione che si traducono in rappresentazioni diverse della “procedura di mobilizzazione sicura”:

IPOTESI 4: Nella Fondazione sono presenti almeno due rappresentazioni delle procedure di mobilizzazione sicure, una condivisa dal gruppo dei coordinatori, l'altra dai fisioterapisti e dal coordinatore del reparto di Riabilitazione.

I risultati dello studio sono stati discussi e restituiti in un report riassuntivo consegnato ai partecipanti nel mese di Febbraio 2015.

3.3 RISULTATI

Verrà ora descritta la procedura di mobilizzazione dei pazienti osservata dal ricercatore nei reparti della Fondazione. Verranno poi esposti i risultati delle osservazioni quantitative con il supporto tabelle e grafici. Le Tabelle 4-5 e le Figure 5-6 illustrano i dati complessivi ricavati dalle osservazioni svolte nei reparti SO 1 ed SC; le Tabelle 6-7 e le Figure 7-8 illustrano la porzione di dati relativa al reparto SO; le Tabelle 8-9 e le Figure 9-10 presentano invece i dati relativi al reparto SC. Il lettore troverà per ogni livello di analisi (totale, reparto SO 1 e SC) i medesimi dati espressi in due forme: in un caso la variabile indipendente considerata è l'età lavorativa degli ASA, nell'altro il genere. Le figure presentano i dati in forma percentuale.

Le osservazioni hanno coinvolto in tutto 30 ASA (5 lavorativamente giovani, 13 medi, 12 anziani). Solo 4 di questi operatori erano uomini (due per reparto): i due uomini del reparto SO erano lavorativamente anziani, mentre nel reparto SC uno era anziano e uno medio.

Verranno poi illustrati i temi emergenti dalla lettura delle note di campo (prese dal ricercatore durante le osservazioni) e dai colloqui tenuti con gli operatori.

3.3.1 La procedura di mobilizzazione dei pazienti

Durante le osservazioni etnografiche si è notato che in tutti i reparti di RSA i teli vengono conservati in stanze adibite a magazzino o ripostiglio, mentre i sollevatori sono riposti nei corridoi. Ad inizio turno gli ASA consultano un documento chiamato “briefing” (redatto dall’equipe di reparto) in cui vengono specificate le tipologie di mobilizzazione da effettuare per ogni paziente: queste istruzioni vengono memorizzate dagli operatori. Al momento del giro di mobilizzazione (che coincide solitamente con momenti di igiene o di cambio del pannolino), una coppia di ASA recupera dal ripostiglio un carrello in cui sono posizionati diversi sacchi per i pannolini e la biancheria sporca. Su questo carrello vengono caricati anche alcuni pannolini puliti, alcuni asciugamani, un telo ad alto scorrimento e una bomboletta di spray igienizzante. I due operatori indossano i guanti in lattice e cominciano il giro dall’inizio del corridoio procedendo a zig zag (una stanza sul lato sinistro e una sul lato destro). Quando entrano in una stanza chiudono sempre la porta per garantire la privacy dei pazienti: nessuno, quindi, assiste alle operazioni di igiene e di mobilizzazione. Il carrello viene lasciato in corridoio e, quando entrano nelle stanze, gli operatori portano con sé lo spray, gli asciugamani, il telo e il pannolino pulito. Ogni ASA si posiziona sul lato lungo del letto, uno a destra ed uno a sinistra: la maggior parte degli operatori a questo punto saluta l’ospite chiamandolo per nome e, se l’ospite conserva un certo grado di capacità comunicativa, avvengono delle brevi interazioni con gli operatori. In alcuni casi si percepisce l’esistenza di un legame emotivo forte tra gli ospiti ed i pazienti: in altri casi l’approccio degli operatori è più distaccato e focalizzato sul compito. In questo momento, se vengono notate anomalie, gli operatori si consultano e provvedono a segnalarle agli infermieri o al coordinatore. Ogni ASA prende un lembo del lenzuolo e lo porta verso il fondo del letto per scoprire l’ospite, abbassa la spondina del letto premendo una piccola leva di sblocco, tirandola verso l’alto e poi spingendola in basso ed avendo cura che le lenzuola non restino incastrate. Le

contenzioni (spondine, manopole ecc..) devono sempre essere prescritte dal medico. Viene controllato il pannolino se è sporco viene cambiato. In questi casi il paziente viene spinto sul fianco da un'ASA: per l'igiene viene utilizzato un asciugamani bagnato con acqua, oppure viene spruzzato lo spray sul corpo del paziente (che poi viene raccolto con l'asciugamani). Gli asciugamani sporchi vengono chiusi e deposti sul fondo del letto o sul pavimento. Si procede allo stesso modo posizionando il paziente sull'altro fianco e, una volta pulito, sotto al suo corpo viene posto il pannolino. Se necessario viene cambiato anche il telo freestyle. Dopo la chiusura del pannolino il paziente viene rivestito: solitamente i due ASA si consultano per decidere quali abiti fargli indossare. Quando gli indumenti sono sporchi vengono deposti nei sacchi posizionati sul carrello e mandati nella lavanderia interna. La vestizione degli ospiti spesso è difficile a causa della rigidità degli arti e della totale mancanza di collaborazione. Quando il paziente è vestito si procede alla mobilizzazione a letto o al trasferimento in carrozzina. Nel caso della mobilizzazione i due ASA consultano lo schema posturale collocato sulla testata del letto: su questo schema (predisposto dal medico) sono specificate le posture che il paziente deve adottare per scongiurare la comparsa di piaghe da decubito. La posizione dev'essere variata ogni 2 ore quando il paziente è completamente allettato. Dopo essersi consultati, i due ASA si accordano sulla postura target dicendo semplicemente *“sedere a te/a me”*. Uno dei due prende il paziente con entrambe le mani (una sulla spalla e l'altra sul bacino del paziente) e lo posiziona sul fianco attirandolo a sé, mentre l'altro operatore infila il telo sotto al paziente, che viene poi riportato in posizione supina. La stessa operazione viene effettuata dall'altro ASA per srotolare e sistemare il telo. Dopo aver messo nuovamente il paziente in posizione supina si procede alla mobilizzazione. Queste azioni spesso vengono svolte senza che i due lavoratori si consultino. Quando i teli non vengono usati, spesso non viene verbalizzata la decisione di non usarli, ma semplicemente uno dei due operatori (o entrambi) prendono il paziente sotto le ascelle e lo mobilizzano manualmente (solitamente portandolo verso la testata del letto). Nel caso dei teli Maxi Slide si è notato che alcuni operatori non utilizzano le maniglie ergonomiche ma tirano semplicemente il telo: questa azione, oltre a richiedere uno sforzo maggiore, fa sì che il telo si arruffi e lo spostamento del paziente segua traiettorie imprecise, richiedendo poi riaggiustamenti manuali. Al termine dell'operazione, il telo viene sfilato dal corpo del paziente effettuando le stesse manovre usate per posizionarlo, avendo cura di rimuovere prima il lembo a contatto con il letto per evitare che il paziente scivoli ancora. In alcuni casi vengono posti sul letto dei cuscini con l'intento di

mantenere il paziente nella posizione desiderata. Il paziente viene poi coperto e le spondine vengono rialzate. Uno dei due operatori raccoglie gli asciugamani ed i pannolini sporchi, esce a riporli nei sacchi del carrello e torna in stanza portando altro materiale pulito; l'altro ASA, se necessario, bascula il letto del paziente con il telecomando o la manovella. La porta della stanza viene sempre chiusa. L'ASA rimasto in stanza si posiziona di fianco all'altro letto (portando con sé il telo ad alto scorrimento), comincia ad interagire con il paziente e a scoprirlo. Quando il collega torna in stanza si procede all'igiene e mobilizzazione del secondo ospite.

Nel caso del trasferimento letto-carrozzina, sotto al corpo del paziente viene posizionato il corsetto (seguendo una successione di azioni molto simile a quella usata per i teli). Il sollevatore viene posizionato con le ruote sotto al letto e le braccia sopra: viene abbassato e basculato (premendo appositi tasti sul telecomando) quanto basta per agganciare il corsetto. La carrozzina viene posizionata vicino al letto, cercando di non creare intralci per il sollevatore. Il paziente viene poi sollevato e nuovamente basculato, viene avvicinato alla carrozzina ed abbassato fino a raggiungere la posizione seduta. A questo punto il corsetto viene sganciato e lasciato sotto al corpo del paziente: questo viene poi accompagnato da un operatore nel soggiorno comune. Il procedimento inverso viene svolto al momento della messa a letto.

Nella Fondazione sono presenti tre tipi di materassi, uno normale e due antidecubito (semplice o ad aria). I materassi anti-decubito sono dotati di un motore che viene appeso al letto. La responsabilità per la loro riparazione è affidata alla manutenzione interna e, al bisogno, alla ditta produttrice. Sul letto dei pazienti non completamente allettati viene posto il telo Freestyle per preservare il materasso. Il numero di pazienti allettati varia nel tempo: alcuni di questi sono acuti (affetti da influenza o altre patologie non croniche) altri cronici (pazienti post-acuti, alimentati tramite PEG o sondino naso-gastrico).

Nel reparto SO gli orari delle mobilizzazioni variano molto spesso a causa di numerosi fattori (bagno settimanale, parrucchiera...). Gli operatori valutano volta per volta se mobilizzare o meno ciascun paziente: alcuni, secondo loro, si muovono da soli.

Talvolta, soprattutto nel reparto SC (piano 2), viene cominciato il giro di igiene e mobilizzazione senza recuperare il carrello: in alcuni casi si tratta di una dimenticanza, in altri di una scelta deliberata per velocizzare gli spostamenti. Al bisogno, tuttavia, uno dei due ASA deve andare a prendere un carrello o un sacco per la biancheria sporca al piano 1 e portarlo al piano 2 con l'ascensore.

Un'operatrice del reparto SO ha assimilato il lavoro dell'ASA ad una catena di montaggio anche se, come illustrato nella Figura 4, l'andamento dei due tipi di lavoro è molto diverso. Le interruzioni sono frequenti (pazienti che vogliono uscire dal reparto, visite dei volontari del 118 per il trasporto degli ammalati in ospedale, ingresso in stanza di altre ASA durante l'igiene dei pazienti per consultarsi o informare le colleghe di alcuni fatti od eventi, famigliari che chiedono informazioni sugli ospiti).

3.3.2 Osservazioni quantitative

I risultati delle osservazioni effettuate con la griglia quantitativa sono illustrati nelle Tabelle 4 e 5. In totale sono state osservate 130 mobilitazioni nei due reparti. La variabile indipendente considerata nella Tabella 4 è l'età lavorativa dei componenti della coppia di ASA, mentre nella Tabella 5 è il genere.

COPPIA	MOBILIZZAZIONI	MAXI MINI (arancio)	1 MAXI SLIDE (viola)	2 MAXI SLIDE (viola)	FREESTYLE	NO TELO
G+G	5	4	1	0	0	0
G+M	16	0	8	0	0	8
G+V	16	0	4	0	0	12
M+M	47	1	23	0	0	23
M+V	35	20	4	0	0	11
V+V	11	0	2	0	2	7
TOTALE	130	25	42	0	2	61

Tabella 4: ausili utilizzati da coppie di operatori (V.I.= età lavorativa) nel corso di mobilitazioni nei due reparti osservati

COPPIA	MOBILIZZAZIONI	MAXI MINI (arancio)	1 MAXI SLIDE (viola)	2 MAXI SLIDE (viola)	FREESTYLE	NO TELO
F+F	106	17	39	0	1	49
M+F	24	8	3	0	1	12
TOTALE	130	25	42	0	2	61

Tabella 5: ausili utilizzati da coppie di operatori (V.I. = genere) nel corso di mobilitazioni nei due reparti osservati

Come mostrato quantitativamente nelle Tabelle 4 e 5 e graficamente nelle Figure 5 e 6, **nessuna** delle 130 mobilizzazioni rispetta le indicazioni fornite agli ASA durante la formazione sull'utilizzo dei teli ad alto scorrimento: non è mai stata effettuata una mobilizzazione con due teli Maxi Slide da nessuna coppia di operatori. Poco più della metà delle mobilizzazioni è stata condotta con l'ausilio dei teli (67 mobilizzazioni, 51,5% del totale): emerge la preferenza per l'utilizzo di un solo telo Maxi Slide piegato (42) rispetto all'uso del Maxi Mini (25). Sono state effettuate 61 mobilizzazioni senza l'utilizzo dei teli, e le uniche 2 mobilizzazioni che hanno visto l'uso dei freestyle al posto dei teli sono state operate da due coppie di operatori lavorativamente anziani (V+V).

Come illustrato nelle Figure 5 e 6, le coppie lavorativamente giovani (G+G) hanno sempre utilizzato, anche se in modo improprio, gli ausili: il numero esiguo di osservazioni svolto su questo tipo di coppie (5 mobilizzazioni e 1 sollevamento), però, non permette di trarre conclusioni definitive.

Per quanto riguarda il sollevamento dei pazienti, si segnala che poco più della metà delle operazioni è stata effettuata con l'ausilio del sollevatore (45 sollevamenti, 57% del totale), mentre rimane un numero consistente di sollevamenti manuali (34). I dati relativi al sollevamento dei pazienti sono riportati in Appendice.

Come indicato nella Tabella 5, la maggior parte delle osservazioni ha coinvolto coppie femminili (167 su 209, 80% del totale). Per entrambi i tipi di coppie notiamo che circa la metà delle mobilizzazioni è stata effettuata senza i teli (46 su 106 per le coppie femminili, 12 su 24 per le coppie miste).

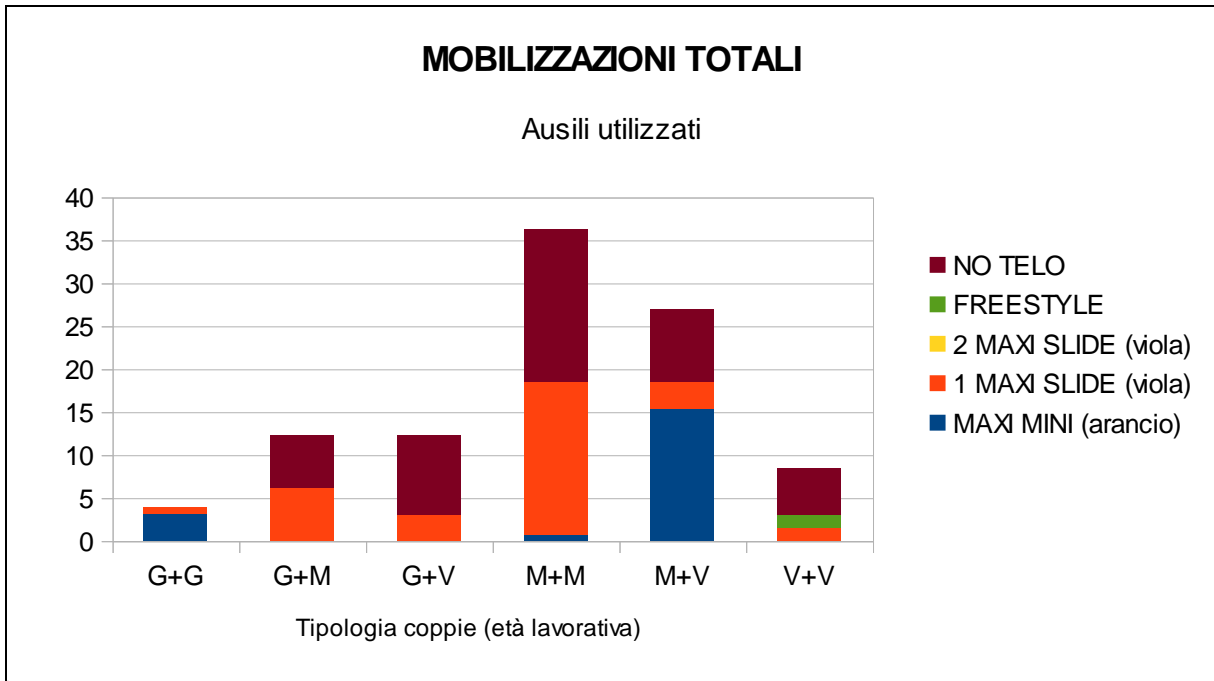


Figura 5: ausili utilizzati da coppie di operatori (V.I. = età lavorativa) nel corso di mobilizzazioni nei due reparti osservati

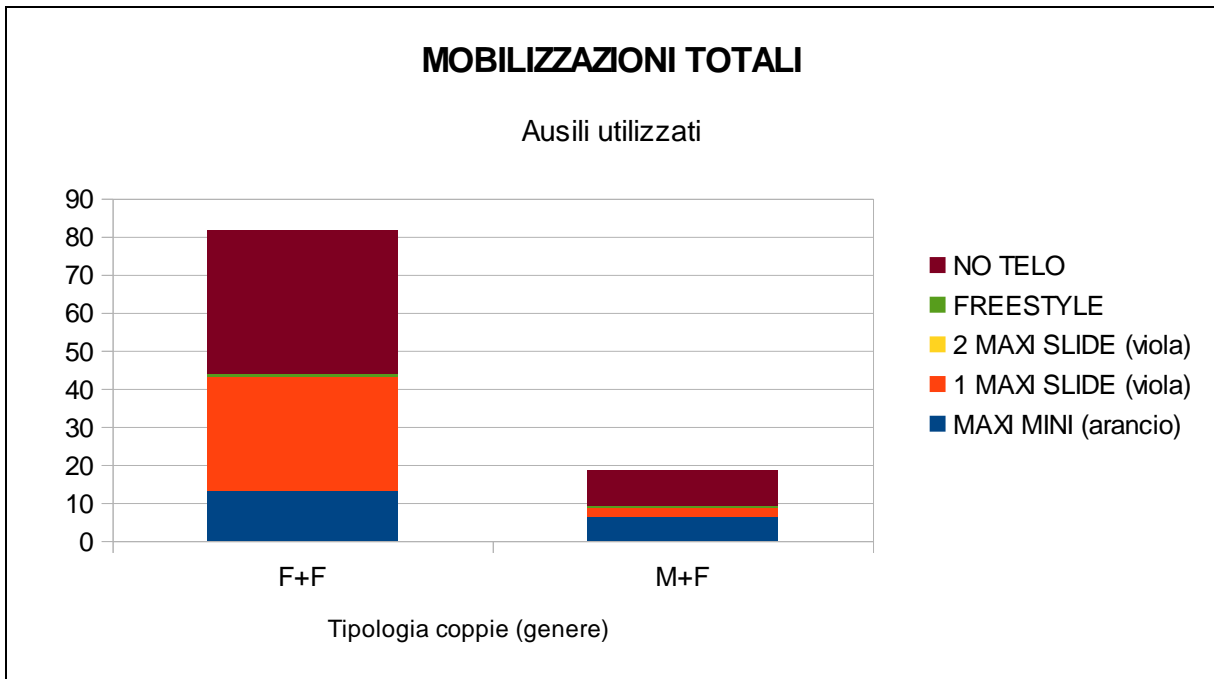


Figura 6: ausili utilizzati da coppie di operatori (V.I. = genere) nel corso di mobilizzazioni nei due reparti osservati

Si passerà ora ad una lettura dei risultati ottenuti nei singoli reparti a partire dall'**SO (piano 1)**. In questo reparto sono stati osservati 19 ASA di cui 3 lavorativamente giovani (G), 8 medi (M) e 8

anziani (V). Due operatori erano di sesso maschile, e per entrambi l'età lavorativa superava i 20 anni (V). I dati ricavati dalle osservazioni sono illustrati nelle Tabelle 6 e 7.

COPPIA	MOBILIZZAZIONI	MAXI MINI (arancio)	1 MAXI SLIDE (viola)	2 MAXI SLIDE (viola)	FREESTYLE	NO TELO
G+G	5	4	1	0	0	0
G+M	15	0	7	0	0	8
G+V	13	0	3	0	0	10
M+M	38	0	22	0	0	16
M+V	20	12	0	0	0	8
V+V	7	0	0	0	1	6
TOTALE	98	16	33	0	1	48

Tabella 6: ausili utilizzati da coppie di operatori (V.I. = età lavorativa) nel corso di mobilizzazioni nel Reparto SO (piano 1)

COPPIA	MOBILIZZAZIONI	MAXI MINI (arancio)	1 MAXI SLIDE (viola)	2 MAXI SLIDE (viola)	FREESTYLE	NO TELO
F+F	92	16	33	0	1	42
M+F	6	0	0	0	0	6
TOTALE	98	16	33	0	1	48

Tabella 7: ausili utilizzati da coppie di operatori (V.I. = genere) nel corso di mobilizzazioni nel Reparto SO (piano 1)

Come notato precedentemente, nessuna delle 98 mobilizzazioni osservate ha visto un utilizzo corretto dei teli. Metà delle mobilizzazioni è stata condotta con i teli ad alto scorrimento (50%): emerge la preferenza per l'utilizzo di un solo telo Maxi Slide piegato (33 mobilizzazioni) rispetto all'uso del Maxi Mini (16). Le mobilizzazioni senza l'uso dei teli sono state 48 (50%). Una sola mobilizzazione è stata svolta utilizzando il telo freestyle al posto dei teli ad alto scorrimento.

Come illustrato nella Figura 7, le coppie lavorativamente giovani (G+G) hanno sempre utilizzato, anche se in modo improprio, i teli.

Per quanto riguarda il sollevamento dei pazienti, si segnala che il 60,5% delle operazioni sono state effettuate senza l'ausilio del sollevatore (23 sollevamenti manuali su 38).

Come indicato nella Tabella 7, la maggior parte delle osservazioni ha coinvolto coppie femminili (92 su 98) che, nel 53,3% dei casi, hanno mobilizzato i pazienti con l'uso dei teli; le coppie miste,

invece, non li hanno mai utilizzati. Le coppie femminili hanno effettuato il 51,6% dei sollevamenti senza utilizzare ausili; le coppie miste non hanno mai utilizzato il sollevatore.

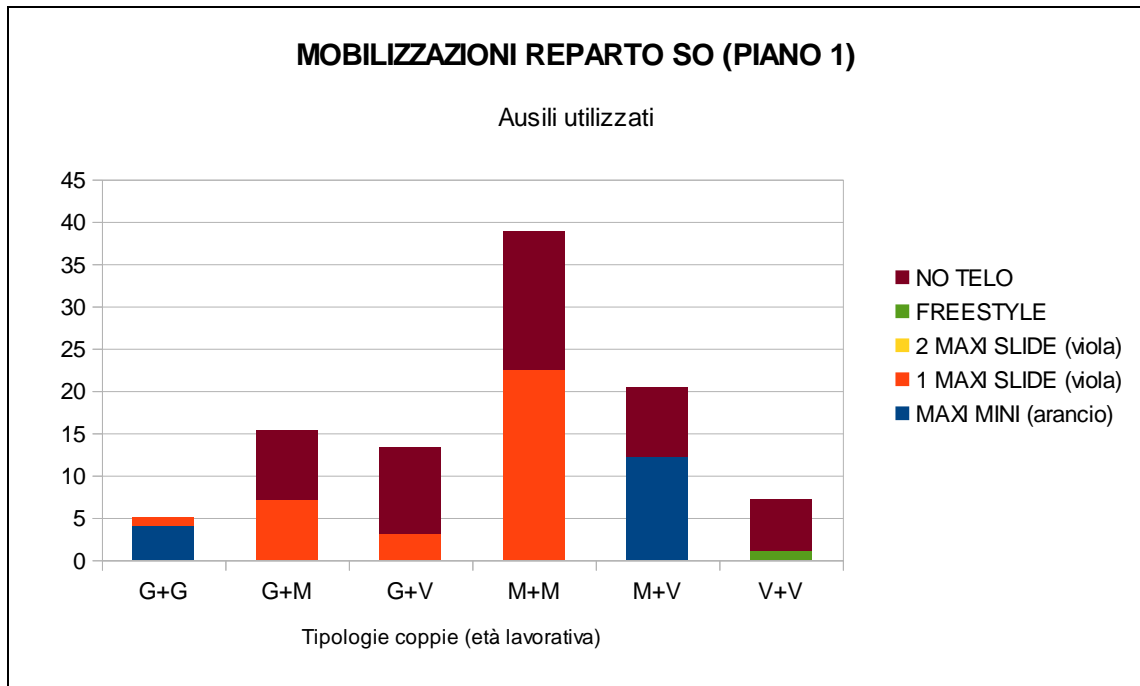


Figura 7: ausili utilizzati da coppie di operatori (V.I. = età lavorativa) nel corso di mobilizzazioni nel Reparto SO (piano 1)

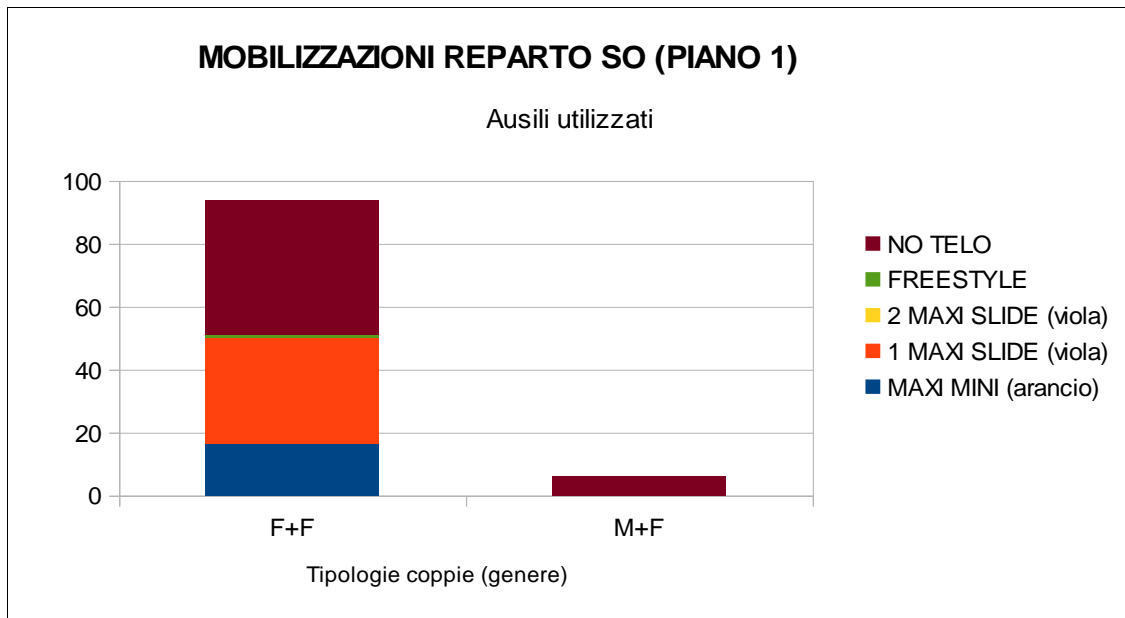


Figura 8: ausili utilizzati da coppie di operatori (suddivise in base al genere) nel corso di mobilizzazioni nel Reparto SO (piano 1)

Nel reparto **SC** sono stati osservati 11 ASA di cui 2 lavorativamente giovani (G), 5 medi (M) e 4 anziani (V). Due operatori erano di sesso maschile (un M e un V). I dati ricavati dalle osservazioni sono illustrati nelle Tabelle 8 e 9.

COPPIA	MOBILIZZAZIONI	MAXI MINI (arancio)	1 MAXI SLIDE (viola)	2 MAXI SLIDE (viola)	FREESTYLE	NO TELO
G+G	0	0	0	0	0	0
G+M	1	0	1	0	0	0
G+V	3	0	1	0	0	2
M+M	9	1	1	0	0	7
M+V	15	8	4	0	0	3
V+V	4	0	2	0	1	1
TOTALE	32	9	9	0	1	13

Tabella 8: ausili utilizzati da coppie di operatori (V.I. = età lavorativa) nel corso di mobilizzazioni nel Reparto SC

COPPIA	MOBILIZZAZIONI	MAXI MINI (arancio)	1 MAXI SLIDE (viola)	2 MAXI SLIDE (viola)	FREESTYLE	NO TELO
F+F	14	1	6	0	0	7
M+F	18	8	3	0	1	6
TOTALE	32	9	9	0	1	13

Tabella 9: ausili utilizzati da coppie di operatori (V.I. = genere) nel corso di mobilizzazioni nel Reparto SC

Come già affermato, nessuna delle 32 mobilizzazioni osservate ha visto un utilizzo corretto dei teli. Poco più della metà delle mobilizzazioni è stata condotta con gli ausili (56,2%): non sono emerse preferenze per uno dei due tipi di telo. Le mobilizzazioni senza l'uso dei teli sono state 13 (43,7%). Una sola mobilizzazione è stata svolta utilizzando il telo freestyle al posto dei teli ad alto scorrimento.

L'età lavorativa media del reparto è piuttosto alta: non è stato possibile osservare coppie lavorativamente giovani (G+G).

Per quanto riguarda il sollevamento dei pazienti, si segnala che il 73,1% delle operazioni ha visto l'ausilio del sollevatore (30 sollevamenti su 41).

Come indicato nella Tabella 9, la maggior parte delle osservazioni ha coinvolto coppie miste (18 su 32). Per quanto riguarda le coppie femminili, il 50% delle mobilizzazioni è stata effettuata con i teli, con una netta preferenza per l'uso del Maxi Slide piegato (6 su 14); le coppie miste hanno utilizzato i teli (soprattutto i Maxi Mini) nel 61,1% dei casi. La maggior parte dei sollevamenti è stata effettuata con gli ausili: le coppie femminili hanno effettuato il 66,7% dei sollevamenti con il sollevatore; le coppie miste hanno usato l'ausilio nel 90,9% dei casi.

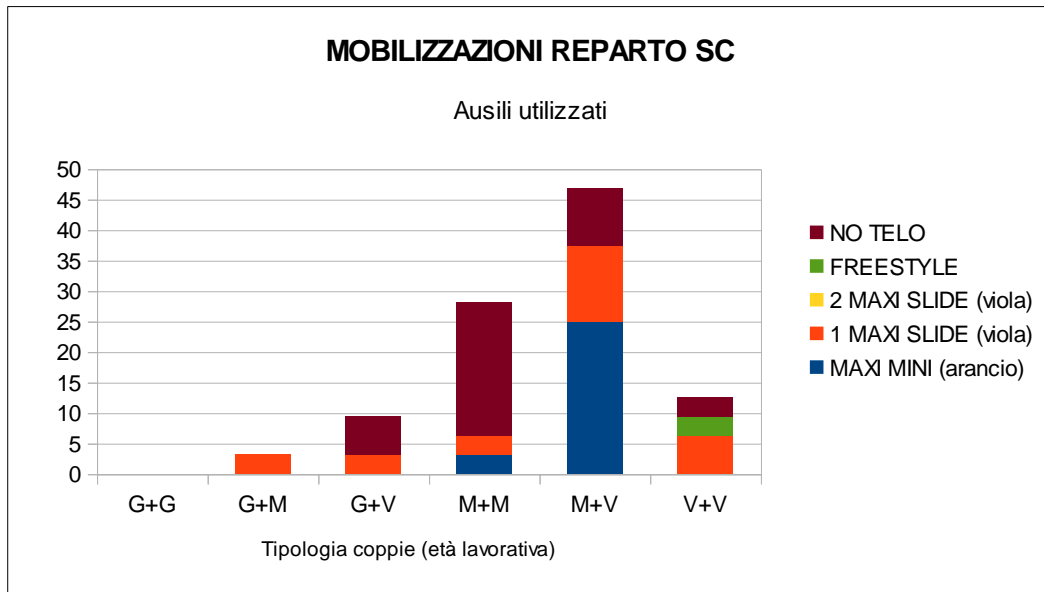


Figura 9: ausili utilizzati da coppie di operatori (V.I. = età lavorativa) nel corso di mobilizzazioni nel Reparto SC

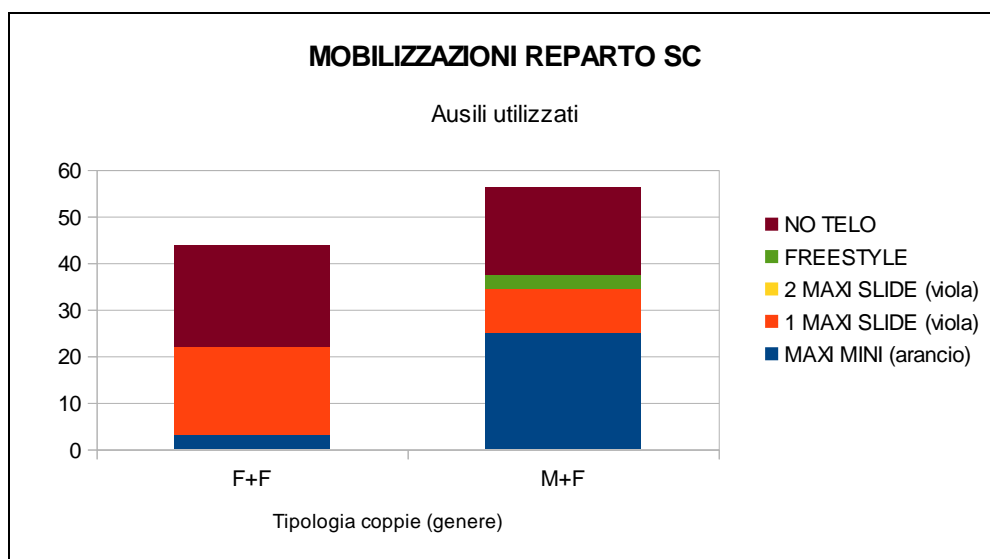


Figura 10: ausili utilizzati da coppie di operatori (suddivise in base al genere) nel corso di mobilizzazioni nel Reparto SC

Sommando i dati relativi a mobilitazioni e sollevamenti (riportati in Appendice) è possibile ricavare i dati contenuti nelle Tabelle 10 e 11.

COPPIA	AZIONI CON AUSILI	AZIONI SENZA AUSILI
G+G	100%	0
G+M	56,5%	43,5%
G+V	37,5%	62,5%
M+M	55,4%	44,6%
M+V	61,4%	38,6%
V+V	38,5%	61,5%

Tabella 10: dati relativi alle procedure di mobilitazione e sollevamento espressi in forma percentuale (V.I.=età lavorativa)

COPPIA	AZIONI CON AUSILI	AZIONI SENZA AUSILI
F+F	54,5%	45,5%
M+F	50%	50%

Tabella 11: dati relativi alle procedure di mobilitazione e sollevamento espressi in forma percentuale (V.I.=genere)

Questi dati si accordano solo parzialmente con l'ipotesi 1: se le coppie V+V e G+V hanno eseguito prevalentemente mobilitazioni manuali, le coppie M+V hanno utilizzato teli e sollevatori nel 61,4% dei casi, aggiudicandosi il titolo di seconda coppia più attenta all'uso degli ausili. Le coppie composte da soli operatori G hanno sempre utilizzato gli ausili: questo dato, tuttavia, dev'essere valutato con attenzione poiché ottenuto sulla base di 6 osservazioni soltanto. L'età lavorativa media della Fondazione è piuttosto elevata ed è difficile incontrare in turno coppie di operatori lavorativamente giovani. I vincoli imposti dal lavoro su turni e dall'organizzazione del personale non hanno permesso di ottenere un ugual numero di osservazioni per ogni tipologia di coppia.

Le coppie in cui è presente almeno un operatore di età lavorativa intermedia (G+M, M+M, M+V) si sono dimostrate piuttosto attente all'uso di teli e sollevatori. L'età lavorativa in sé, comunque, non sembra sufficiente a spiegare la resistenza all'utilizzo degli ausili.

Come illustrato nella Tabella 11, le coppie femminili hanno lavorato in modo leggermente più sicuro delle coppie miste (54,5% di mobilizzazioni con gli ausili contro 50%): **questo dato va nella direzione proposta dall'ipotesi 2.**

Come già sottolineato, **nessuna coppia** ha adottato le procedure insegnate dai fisioterapisti, limitandosi ad approssimazioni e “personalizzazioni” che non permettono di scaricare completamente il peso del paziente. Questo dato porta ad **accogliere l'ipotesi 3.**

3.3.3 Dati qualitativi

Sin dai primi colloqui con il Coordinatore d'area è apparso cruciale il tema del **cambiamento**: la Fondazione, infatti, tra il 2013 ed il 2015 si è trovata ad affrontare una riorganizzazione interna legata all'apertura di una nuova struttura territoriale e, nello stesso tempo, l'introduzione di una nuova cartella assistenziale informatizzata. Il management si è dimostrato aperto al cambiamento ed all'innovazione: la Fondazione, infatti, è spesso teatro di ricerche e studi. Camminando tra gli uffici dell'Ente si può notare che le porte vengono lasciate quasi sempre aperte: quest'abitudine favorisce la comunicazione tra le diverse figure professionali che, durante le osservazioni, hanno interagito in modo amichevole e positivo. Decisamente diverso è l'atteggiamento verso le novità ed i cambiamenti dimostrato dagli operatori (infermieri, ASA e OSS): nel reparto SO, in particolare, la maggior parte di questi si è rivelata diffidente e timorosa. Durante le osservazioni alcuni operatori hanno lavorato in silenzio e hanno chiesto di vedere la griglia di osservazione per assicurarsi della natura non valutativa della ricerca. Nel reparto SC il clima è apparso più disteso ed accogliente: tutti gli operatori si sono impegnati ad illustrare al ricercatore gli ausili presenti ed a spiegare le procedure adottate, condividendo anche le criticità.

La **comunicazione** tra coordinatori è stretta, caratterizzata da frequenti riunioni e consultazioni telefoniche continue. La comunicazione top-down (tra coordinatori e personale) è focalizzata sugli ospiti: nelle stanze riservate agli operatori ASA sono presenti lavagnette e bacheche su cui vengono annotate indicazioni su colli, alimentazione di pazienti diabetici ed altre informazioni cliniche. In alcuni casi i coordinatori stampano fogli da apporre sul letto dei pazienti: su questi vengono riportate annotazioni sulla biancheria, sulle accortezze da adottare al momento dell'igiene e sugli ausili. La comunicazione relativa alla presenza del ricercatore, tuttavia, non è risultata altrettanto efficace: durante le prime visite nei reparti le coordinatrici hanno informato

gli operatori presenti, senza però estendere la comunicazione anche agli ASA non in turno. Pochissimi operatori, quindi, erano informati sull'avvio dello studio. La comunicazione top-down di tipo organizzativo (e quindi non centrata sul paziente) è percepita come carente dagli stessi ASA: *“Noi ASA non veniamo mai informati di niente. Ci avvisano a malapena quando vengono gli ispettori dell'ASL”* (ASA del reparto SC). La comunicazione bottom-up è centrata principalmente sugli ospiti e sugli ausili. Gli ASA, grazie ai contatti frequenti e continui con i pazienti, segnalano tempestivamente anomalie e peggioramenti o miglioramenti del quadro clinico. Le comunicazioni relative agli ausili sono più problematiche: prima di segnalare guasti o richiedere manutenzioni, gli ASA cercano di risolvere autonomamente i problemi oppure di convivervi. In particolare, durante le osservazioni si sono verificati quattro episodi significativi:

- Nucleo SO: due operatrici si accorgono che una carrozzina è rotta e che un pezzo di questa è andato perso: senza consultare nessuno staccano una vite dalla carrozzina stessa e la usano per aggiustarla.
- Nucleo SO: due operatrici notano che i poggiatesta della carrozzina di un'ospite sono rotti: provano ad utilizzarla comunque ma, dopo aver notato che la paziente striscia con i piedi sul pavimento, segnalano il guasto alla caposala, la quale dimostra disponibilità facendosi subito carico del problema.
- Nucleo SC: non funziona il telecomando di un letto. Uno dei due ASA dice che è già stato segnalato, ma quando informano la coordinatrice si scopre che non è stata informata. Lei se lo segna e avvisa la manutenzione interna.
- Nucleo SC: un'OSS informa la coordinatrice della presenza di spondine dure che necessitano di interventi di manutenzione. La coordinatrice chiede di specificare quali sono i letti interessati e un ASA risponde che sono tutti problematici.

Il coordinatore del reparto di Riabilitazione imputa queste mancanze degli ASA ad una disaffezione verso il proprio lavoro ed alla tendenza a delegare la responsabilità ad altri. L'RSU/RLS ritiene invece che la Direzione adotti un atteggiamento ambivalente richiedendo di segnalare i problemi presenti, ma dimostrando poi una scarsa disponibilità all'ascolto.

La **sicurezza** gioca un ruolo chiave per la qualità del servizio erogato: nelle organizzazioni sanitarie, in cui non vi sono merci ma persone, questo tema incide sulla salute non solo dei lavoratori, ma anche degli ospiti. Per questo motivo ogni anno vengono investite risorse ed energie per la rilevazione dell'indice MAPO e per il re-training. L'RSU/RLS, durante

un'intervista, ha espresso una preferenza in favore dell'integrazione tra **MAPO e Metodo Criteri Guida (MCG)** del SUVA. MAPO, a differenza del MCG, si concentra solo su aspetti strutturali: l'integrazione dei due metodi porterebbe all'analisi del sovraccarico biomeccanico attribuibile a ciascun compito, all'individuazione dei compiti più gravosi, all'adozione di misure organizzative per ridurre il rischio (introducendo anche procedure consigliate) ed all'individuazione, in accordo con il medico competente, dei compiti compatibili con le limitazioni dei lavoratori. Per il momento, però, la Fondazione non ha accolto la proposta.

L'RSU si è dimostrata piuttosto critica rispetto all'operato del **Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP)**: sostiene, infatti, che nel reparto SC (in cui lei stessa lavora) ci siano dei problemi per l'evacuazione anti-incendio (scarsa udibilità della sirena, punto di raccolta non abbastanza capiente) per cui il servizio non ha trovato una soluzione.

Sono state osservate altre caratteristiche strutturali che, pur non riguardando direttamente la sicurezza, incidono significativamente sul lavoro degli ASA:

- Il padiglione SO ed il padiglione nuovo, con la loro forma a L, presentano una **lunghezza dei piani** doppia rispetto agli altri nuclei. Negli orari in cui è previsto un maggior carico di lavoro ogni reparto viene gestito da due squadre (una per ogni braccio della L), ma nel complesso il numero di passi per ogni operatore è decisamente maggiore che negli altri padiglioni. *“E' molto dispersivo, quando ci sono in turno solo le due ASA impegnate nel giro di igiene il salone non è sorvegliato”* (ASA del reparto SO)
- Nei nuclei SO e SC le **spondine** dei letti sono dure, probabilmente a causa della scarsa manutenzione. Poiché a quasi tutti i pazienti è stata assegnata questa contenzione, ogni ASA si trova a dover alzare ed abbassare le spondine più volte nel corso del turno. Nel periodo invernale, inoltre, le coperte vi si incastrano.
- Le **manovelle** dei letti con meccanismo manuale si trovano sotto al letto: per basculare i pazienti gli operatori devono chinarsi, afferrare la manovella e girarla.
- Le **aste per le tapparelle** non sono ben viste dagli operatori, soprattutto nel nucleo SO. Per alzare e abbassare le tapparelle, infatti, l'operatore deve recuperare l'asta (dotata di un gancio all'estremità), agganciarla ad un anello posto sul cassetto della tapparella e girarla. Nel reparto SC è presente un'asta per ogni stanza (che, spesso, ha due finestre), nel SO ce ne sono molte meno; gli ASA sono spesso costretti a girare per le stanze alla ricerca di un'asta che dovranno portare con sé per tutto il giro. *“Quando vai a cercare le aste fai un*

sacco di passi inutili e devi sempre portartela dietro” (ASA del reparto SO). L’ala nuova del reparto SO ha tapparelle più dure rispetto a quelle dell’ala vecchia: “Ti distruggi la schiena più con le tapparelle che quando mobilizzi i pazienti!” (ASA del reparto SO).

- **I carrelli della biancheria** vanno trasportati ogni giorno dai reparti alla lavanderia. Gli ASA hanno spiegato che in passato c’era una persona addetta a questo compito; in seguito la mansione è stata affidata a loro. Nel reparto SC spesso se ne occupa un ASA di sesso maschile.

Tutti questi elementi influenzano il modo in cui gli ASA guardano agli ausili messi a disposizione: *“Ci dicono di usare i teli per proteggerci la schiena e le spalle e poi ci sono le spondine dure, le manovelle dei letti da girare, le tapparelle da alzare ed abbassare..” (ASA del reparto SO). Altri operatori li valutano positivamente: “I teli sono un bell’aiuto, anche per non far male ai pazienti” (ASA del reparto SO).*

Verranno illustrati di seguito i principali aspetti relativi all’uso dei **teli ad alto scorrimento** emersi durante le osservazioni:

- **DUE MESSAGGI:** i coordinatori di nucleo ed il coordinatore d’area spingono per l’utilizzo dei teli, ma è solo il coordinatore della Riabilitazione (insieme ai fisioterapisti) ad insistere sull’adozione di una certa procedura (uso di due teli Maxi Slide sovrapposti). I coordinatori di nucleo ed il coordinatore d’area, infatti, durante i colloqui e le osservazioni si sono dimostrati tolleranti rispetto alle preferenze degli operatori verso il telo Maxi Slide oppure Maxi Mini. *“Gli operatori ormai si sono abituati ad usare i telini, soprattutto quelli arancioni (Maxi Mini)” (coordinatrice di nucleo).* Alcuni ASA, quindi, dichiarano senza problemi di preferire l’uso del Maxi Mini per tutti i tipi di mobilizzazione. **Questo dato avvalorava l’ipotesi 4.**
- **“USIAMO QUESTO TELO PERCHE’...”:** per gli ASA il **peso** del paziente rappresenta uno dei criteri di scelta del telo da utilizzare. *“Per i pazienti più pesanti usiamo il telo viola (Maxi Slide), per i più leggeri e magri il telo arancio” (ASA del reparto SO). “Il telo arancio va usato solo con pazienti che pesano meno di 40 kg, il telo viola piegato per quelli che pesano un po’ di più e i due teli viola per i pazienti molto pesanti” (ASA del reparto SC).* Il telo Maxi Slide nei reparti SC e SO viene spesso lasciato nelle stanze dei pazienti più corpulenti. Un’operatrice ha utilizzato come criterio

di scelta il tipo di **spostamento desiderato**. *“Per mobilizzare a letto usiamo di più il telo arancio, per gli spostamenti verso la barella-doccia il telo viola... Il telo arancio è comodo per gli spostamenti orizzontali, quello viola per gli spostamenti verticali”* (ASA del reparto SO). Quest’affermazione, tuttavia, è incoerente: gli spostamenti verso la barella-doccia, infatti, sono orizzontali, mentre le mobilizzazioni nel letto sono principalmente verticali.

Alcune motivazioni, infine, sono addotte per giustificare l’uso di un solo telo Maxi Slide: alcuni operatori considerano i due teli Maxi Slide troppo grandi per il letto e preferiscono usarne uno solo piegato per ragioni di **praticità**; un operatore del reparto SC, invece, ha affermato che è una strategia per risparmiare i teli viola, piuttosto **scarsi** nel reparto (penuria che, però, non risulta dalla scheda MAPO). Altri ammettono che si tratta semplicemente di una scorciatoia per risparmiare **tempo**.

- **“NON USIAMO I TELI PERCHE’...”**: La **pressione temporale** viene addotta come giustificazione per il mancato utilizzo dei teli. *“Ora che hai messo il telo viola sotto, l’altro sopra e così via hai già spostato il paziente a mano... noi abbiamo orari molto scanditi”* (ASA del reparto SO). *“Oggi è una mattinata tranquilla: quando invece ti si accumulano tante cose come la parrucchiera per gli ospiti, il passaggio dei fisioterapisti... dopo ti innervosisci”* (ASA del reparto SC): questa dichiarazione è stata rilasciata da un’operatrice al termine di un giro di mobilizzazione in cui i teli non sono stati utilizzati. Durante un’osservazione mattutina nel reparto SC l’**assenteismo** è stato addotto come giustificazione per il mancato uso degli ausili: *“Stamattina siamo in pochi, abbiamo due colleghi in malattia, quindi faremo poche mobilizzazioni e non useremo gli ausili”* (ASA del reparto SC). Questi presidi vengono usati solo nei momenti di mobilizzazione programmati e non al bisogno. Gli ASA non li utilizzano come strumenti per risparmiare fatica: durante un’osservazione nel reparto SO, infatti, due ASA hanno mobilizzato una paziente usando il telo Maxi Mini e, dopo essersi accorte che la postura assunta dall’ospite bloccava in flusso della flebo, l’hanno ri-mobilizzata senza ausili. Anche il **peso del paziente** influenza la scelta: *“Con lui non usiamo il telo perché è magrolino”* (ASA del reparto SO). Per i pazienti amputati i teli non vengono usati quasi mai perché sono considerati leggeri.

In 5 casi il telo è stato appoggiato sul letto del paziente ma non è stato usato.

- **“PRIMA...”**: diversi operatori hanno spiegato le manovre e gli ausili utilizzati prima dell’introduzione dei teli: *“Prima mettevamo il ginocchio destro sul letto, una mano dietro la schiena del paziente, l’altra sotto l’ascella e poi lo tiravamo su. Con i telini invece puoi usare una mano sola!”* (ASA del reparto SO). *“Prima dei teli era arrivato uno strumento simile che si agganciava al letto: veniva usato con un solo paziente che si era fratturato, ma era scomodo perché si arruffava”* (ASA del reparto SC). *“Prima dei teli usavamo il Freestyle.. però non scivolava bene, comportava uno sforzo maggiore e costringeva gli operatori a mettere il ginocchio sul letto”* (RSU/RLS).
- **UNO/DUE**: alcune ASA ammettono di mobilizzare con il telo anche da sole, soprattutto di notte quando è presente una sola ASA per piano. Altre ASA si rifiutano di mobilizzare da sole: soprattutto nel reparto SC gli operatori si aspettano a vicenda. Significativo è apparso il caso di un’ASA che ha chiesto il supporto di un’infermiera per cominciare una mobilizzazione mentre il collega era impegnato. Nel corso delle osservazioni, tuttavia, sono state effettuate 3 mobilizzazioni “solitarie”.
- **RIABILITAZIONE**: gli operatori che, nel corso della loro carriera, sono passati dal reparto di Riabilitazione (il cui coordinatore, si ricorda, è il fisioterapista responsabile della formazione sull’utilizzo degli ausili) conoscono la corretta procedura di mobilizzazione meglio degli altri, pur non utilizzandola più dopo aver cambiato reparto.
- **PRESE**: in alcuni casi la mobilizzazione viene eseguita tirando le maniglie del telo Maxi Slide, in altri spingendo il paziente sopra il telo. Questo aspetto ha generato un conflitto tra due operatrici durante un’osservazione nel reparto SC: l’ASA B. ha proposto di non utilizzare le maniglie, ma di spingere il paziente dalle spalle. La collega (ASA S.) si è rifiutata. B. ha insistito spiegando che i fisioterapisti le hanno detto che è possibile usare questa presa: quando usano le maniglie, secondo lei, gli operatori non fanno semplicemente scivolare il paziente ma tendono a sollevarlo (compiendo uno sforzo maggiore). All’inasprirsi del conflitto, B. ha affermato: *“Se vogliamo essere precisi, quando sono stata in Riabilitazione il coordinatore mi ha spiegato che bisognerebbe usare due teli viola anziché uno solo!”*. S. ha risposto che era la prima volta che lo sentiva e che si sarebbe informata.
- **PROBLEMI ED ERRORI**: alcuni errori riguardano in particolare l’uso del telo Maxi Mini. Quando viene utilizzato questo telo il paziente spesso non viene fatto scivolare, ma

viene anche parzialmente sollevato (sovraccaricando la schiena degli operatori). Talvolta sono i pazienti stessi a lamentarsi. Alcuni ASA posizionano questo telo in modo scorretto (nel verso sbagliato rispetto alla mobilizzazione che andranno ad eseguire): in questo modo il telo si arruffa e il paziente non scivola. Durante le osservazioni questo errore è stato commesso 5 volte.

In alcuni casi durante la mobilizzazione è stato inavvertitamente sganciato il sondino naso-gastrico o la PEG.

Durante una mobilizzazione con un Maxi Slide piegato a metà una paziente ha sbattuto la testa contro la testata del letto.

- **PAROLE:** Alcuni operatori chiamano i teli ad alto scorrimento “scivolini”. Durante un colloquio con il coordinatore della Riabilitazione è emerso che quando fisioterapisti e ASA parlando di “trasferimento”, “mobilizzazione”, “cambiamento posturale” spesso si riferiscono ad azioni diverse.

Di seguito verranno illustrati i punti di interesse emersi riguardo all’uso dei **solleventori**.

- **UNO/DUE:** il sito della ditta produttrice spiega che il sollevatore può essere usato anche da un operatore solo (quando il paziente è collaborante), ma i fisioterapisti affermano che devono sempre partecipare almeno due ASA.
- **“PRIMA...”:** gli operatori lavorativamente più anziani ricordano i tempi in cui questi strumenti non erano ancora stati introdotti. *“Prima i pazienti allettati non scendevano mai dal letto perché non c’erano strumenti. Per questo morivano prima”* (ASA del reparto SO). *“Il primo sollevatore che ci hanno dato aveva una manovella: quando la giravi facevi alzare il paziente”* (ASA del reparto SC).
- **“NON USIAMO IL SOLLEVATORE PERCHE’..”:** *“L’ospite si regge ancora”*. È la motivazione più frequentemente addotta per giustificare i trasferimenti letto-carrozzina o letto-comoda effettuati senza sollevatore. Come spiegato dal medico competente, però, il grado di collaborazione ed il quadro clinico del paziente cambiano continuamente, riservando talvolta brutte sorprese. Durante le osservazioni si sono verificati tre episodi di particolare interesse. 1-2) Nel reparto SC per due giorni consecutivi, nella fascia oraria post-prandiale, un’ospite (che presentava spesso problemi comportamentali) durante il

trasferimento dalla carrozzina al letto si è lasciata cadere a peso morto tra le braccia degli operatori, i quali si sono visti costretti a sollevarla manualmente fino al letto. Quest'operazione ha procurato un crampo alla schiena di una delle due operatrici. 3) Nel reparto SO due ASA hanno provato a trasferire senza ausili un ospite dalla carrozzina al letto: l'hanno fatto alzare e reggere in piedi, ma il letto era troppo lontano. Per avvicinarlo hanno sollevato manualmente il paziente fino al letto: durante quest'operazione l'ospite ha sbattuto le gambe contro le spondine.

“L'ospite ha paura del sollevatore”: anche questa giustificazione viene portata dagli ASA per spiegare il non-uso del sollevatore. Alcuni ospiti quando vengono messi sul sollevatore urlano e si aggrappano all'arredamento.

- **PREFERENZE:** Il sollevatore Sara3000 ha reso entusiasti diversi operatori: è considerato molto comodo per cambiare il pannolino o mettere in comoda i pazienti collaboranti. Per quanto riguarda i sollevatori a corsetto, nel reparto SO alcuni preferiscono usare il Maxi Twin perché bascula e si solleva più del Mynstrel; altri invece si trovano meglio con il Mynstrel proprio perché non è necessario basculare e perché il corsetto si sgancia difficilmente durante i trasferimenti.
- **PROBLEMI ED ERRORI:** L'RSU/RLS sostiene che ad ogni sollevatore andrebbe allegato il libretto di **manutenzione** (che, invece, non c'è mai). Spiega che la manutenzione interna non è specializzata su questi dispositivi. Le **batterie** del Maxi Twin del reparto SC non mantengono più la carica: una luce segnala il livello di carica troppo basso. Per caricarle è necessario collegarle ad un caricatore simile a quelli usati per i telefoni cellulari.

Durante le osservazioni il sollevatore si è incastrato nei braccioli della carrozzina (2 episodi), nel trapezio (2 episodi), nelle ruote della carrozzina (1 episodio) e sotto al letto (1 episodio). Un'ASA ha commentato questi inconvenienti dicendo: *“Le stanze sono troppo piccole per usare i sollevatori”*. In un caso, addirittura, parte dell'imbragatura s'è sganciata dal Maxi Twin. I ganci del Mynstrel, molto più lunghi di quelli del Maxi Twin, talvolta si incastrano nelle ruote della carrozzina. Alcuni ASA, per velocizzare l'operazione di rimozione dell'imbragatura dopo aver messo il paziente a letto, sganciano solo i lembi inferiori di questa (all'altezza delle gambe) e, premendo il tasto di sollevamento, lasciano che l'imbragatura scivoli via dal corpo del paziente. Questa

scorciatoia può portare l'ospite ad urtare contro il letto o, nei casi più gravi, a cadere. Durante un'osservazione nel reparto SO si è verificata una svista piuttosto grave: due ASA hanno attivato il sollevatore per trasferire un'ospite a letto, dimenticando però di rimuovere la contenzione che teneva legata la paziente alla carrozzina. La contenzione è stata notata e rimossa solo quando la paziente ha cominciato a gridare e a lamentarsi.

Come già spiegato, nella Fondazione è diffusa l'idea che gli ASA di età lavorativa più elevata siano quelli che utilizzano meno gli ausili: questa visione del problema è stata fornita dai coordinatori dei reparti SO, SC e della Riabilitazione ed è condivisa anche dall'RSU, dal medico competente e dalla responsabile del personale. *“Non so se lei ha imparato a nuotare facendo una scuola di nuoto o se l'hanno sbattuta in piscina e le hanno detto: Vai! A me hanno detto Vai! e ho imparato a nuotare malissimo. Mi sono anche iscritta ad un corso di nuoto, ma non riesco a cambiare la mia tecnica. Secondo me qui vale lo stesso principio: chi ha fatto i corsi formativi per diventare ASA o OSS adesso che c'è questa grande attenzione per la sicurezza e ha imparato fin da subito che si fa così.. lavora con gli ausili. Gli altri che sono qui magari da 30 anni purtroppo hanno imparato in un certo modo ed è difficile farglielo capire.”* (Medico competente). Secondo i coordinatori, questo fenomeno genera anche conflitti intergenerazionali nel momento in cui la coppia di lavoro è composta da un operatore giovane e da un anziano. *“C'è questa specie di sindrome nella Fondazione: quando gli ASA più esperti si trovano in turno con i più giovani si scocciano perché devono insegnare.. quindi non spiegano come bisogna usare i teli e spesso non li usano”* (RSU-RLS). Durante le osservazioni partecipanti nel reparto SC è stata inserita un'ASA molto giovane che è stata affiancata da operatrici di età lavorativa media (M) e anziana (V): queste due operatrici, diversamente da quanto affermato dall'RSU, si sono dimostrate disponibili ad insegnare alla collega le procedure utilizzate. L'ASA M, durante il primo giorno di lavoro, ha illustrato alla giovane lavoratrice come utilizzare il sollevatore Maxi Twin: dopo aver messo a letto il primo paziente, l'operatrice ha subito insegnato alla collega la scorciatoia per sfilare l'imbragatura senza sganciarla completamente dal sollevatore. L'ospite successivo è stato mobilizzato con il telo Maxi Mini: l'ASA esperta ha mostrato alla più giovane come utilizzarlo. Il giorno seguente la neo-assunta ha ricevuto ulteriori spiegazioni sull'uso del sollevatore e del telo Maxi Slide da parte di un'ASA V: *“Bascula ancora il sollevatore quando devi agganciare il corsetto, non sforzarti con le spalle che sei giovane, hai davanti tanti anni di*

lavoro (...) adesso usiamo il telo viola: ieri con O. hai usato il telo arancio, vero? Perché lei preferisce quello.. Se preferisci usiamo ancora quello” (ASA V del reparto SC).

La rappresentazione proposta dal medico competente presuppone che le nuove generazioni di operatori sanitari apprendano il corretto uso di teli e sollevatori durante i **corsi formativi regionali**. Parlando con la giovane ASA assunta nel reparto SC, però, si è scoperto che non è sempre così: non tutti gli insegnanti, infatti, illustrano il funzionamento dei teli ad alto scorrimento, poiché si tratta di un ausilio minore adottato solo in alcune strutture. Questa operatrice, durante i tirocini precedenti, aveva utilizzato sollevatori diversi da quelli presenti nella Fondazione, ma non aveva mai incontrato i teli ad alto scorrimento.

Il medico ha segnalato inoltre che molte persone arrivano ad iscriversi al corso regionale per diventare ASA dopo aver perso il proprio posto di lavoro (per esempio come operaio in fabbrica): il bisogno di re-inventarsi genera, così, gruppi di nuovi operatori sanitari anagraficamente non giovani (più a rischio DMS). Tenendo conto delle problematiche connesse alla menopausa per il personale femminile, il medico ha avanzato la proposta di inserire nella Fondazione delle **quote azzurre**. Gli operatori di sesso maschile, meno soggetti a disturbi quali osteoporosi e dolori articolari, potrebbero costituire un valido supporto: durante le osservazioni, però, si è notato che le coppie miste spesso non utilizzano gli ausili (sollevatori compresi) proprio a causa della presenza di un operatore di sesso maschile. Un’operatrice del reparto SC, dopo aver trasferito senza ausili un ospite dal letto alla barella-doccia con l’aiuto di un collega, ha affermato: *“Non si dovrebbe fare così, ma stamattina ho lui che è forzuto a darmi una mano”*. In un altro momento, un’ASA V ha richiamato bonariamente il collega che aveva cominciato a mobilizzare un ospite senza ausili: *“Lui fa senza telino!”*. Dopo questo richiamo l’operatore s’è corretto ed ha preso il telo. Al termine del giro di mobilizzazione ha commentato: *“Oggi siamo stati fin troppo bravi, abbiamo usato sempre il telino!”*. Gli operatori uomini del reparto SO sono apparsi ancora meno disponibili ad utilizzare gli ausili (e, di fatto, non li hanno mai usati). La presenza maschile all’interno della coppia, quindi, soprattutto nel reparto SO, può portare all’adozione di comportamenti rischiosi.

Durante le osservazioni le operatrici si sono lamentate di: mal di spalla (1 episodio), mal di schiena (1 episodio), epicondilite (1 episodio), crampo alla schiena durante un sollevamento manuale (1 episodio), crampo ai piedi (1 episodio).

Le istruzioni ricevute durante il **re-training** sono percepite come lontane dalla pratica quotidiana degli operatori, teoricamente valide ma difficilmente implementabili. Capita che i fisioterapisti si trovino in difficoltà poiché il loro ruolo di formatori non viene riconosciuto dagli ASA. La coordinatrice del nucleo SC afferma: *“Quando vengono i fisioterapisti a fare il re-training alcuni ASA dicono: Cosa vuole venire ad insegnarci questo? Io ho sempre fatto in un altro modo!”*. Una volta terminata la sessione formativa gli operatori tornano ad usare le pratiche di sempre. Due operatrici del reparto SO si sono dichiarate disponibili ed interessate a partecipare ad ulteriori incontri formativi per valorizzare la propria professionalità, a patto che i formatori siano davvero consapevoli della realtà vissuta quotidianamente dagli operatori. In questa realtà quotidiana un ruolo importante è giocato dalla relazione con l’ospite e con i suoi famigliari.

Gli **ospiti** dell’RSA sono persone anziane non autosufficienti, spesso affette da demenze. Il contatto quotidiano con la sofferenza è avvertito come faticoso e doloroso dagli operatori, che spesso assistono all’evoluzione della malattia dell’ospite per diversi anni. I pazienti manifestano spesso disordini comportamentali: alcuni sono aggressivi e insultano. In particolare, durante le osservazioni si sono verificati due episodi: 1) nel reparto SO, durante il trasferimento di un ospite piuttosto aggressivo dal letto alla carrozzina, un’ASA ha ricevuto diversi graffi sulle braccia. 2) Nel reparto SC è presente un’ospite molto problematica: gli operatori devono staccare tutti i fili collegati al letto per evitare che l’ospite li avvolga intorno al collo e spostare il letto lontano da ogni appiglio, in mezzo alla stanza. Durante un’osservazione post-prandiale, un ASA è entrato nella sua stanza e si è accorto che l’ospite si era strappata il pannolino: l’operatore, esasperato, l’ha mobilizzata e cambiata da solo.

Alcuni ospiti parzialmente collaboranti, soprattutto nel reparto SC, chiedono continuamente di essere messi in comoda: per farlo, due operatori devono prendere il Sara3000 ed effettuare il trasferimento. Molto spesso, dopo aver atteso alcuni minuti, si scopre che lo stimolo lamentato dall’ospite non corrispondeva ad un reale bisogno: queste richieste continue generano nervosismi ed aumentano ulteriormente la pressione temporale esercitata sugli ASA.

Gli ospiti (in particolare gli allettati) assumono posture molto rigide e contorte: alcuni tendono a muoversi da soli, non mantenendo la posizione adottata durante la mobilizzazione e rischiando, talvolta, di incastrare gli arti nelle spondine del letto. Vestirli e svestirli è davvero faticoso, soprattutto quando gli abiti portati dai famigliari non sono adeguati.

I **famigliari** giocano un ruolo importante, anche rispetto alla sicurezza del lavoro degli ASA: nel reparto SO vi sono, per esempio, tensioni riguardo alla biancheria degli ospiti. Come specificato, la Fondazione offre a tutti gli ospiti un servizio di lavanderia: ai parenti viene chiesto di portare biancheria di cotone, semplice da far indossare ai loro cari. Alcuni famigliari preferiscono lavare a casa tutta la biancheria, altri solo i capi delicati: gli operatori ASA, durante i giri di igiene, devono tenere presente tutte queste esigenze e separare gli indumenti dei pazienti secondo le indicazioni ricevute. Un'ASA ha denunciato il caso di un'ospite il cui armadio è colmo di abiti griffati in lana piuttosto complessi da indossare: dopo alcuni lavaggi, infatti, i capi si sono ristretti, diventando praticamente impossibili da far indossare ad un'ospite così rigida. Il problema è stato segnalato alla coordinatrice, la quale ne ha discusso con i famigliari della donna: nonostante diverse discussioni non è stata trovata una soluzione e gli operatori devono ogni giorno vestire questa donna con abiti di alcune taglie più piccoli.

A volte i famigliari si dimostrano diffidenti rispetto al lavoro degli ASA: un'operatrice durante un colloquio ha fatto notare che i recenti fatti di cronaca riguardanti il maltrattamento di anziani ricoverati in strutture analoghe, hanno reso i famigliari più sospettosi e prevenuti nei confronti del personale sanitario. Alcuni interferiscono attivamente con il lavoro degli operatori, per esempio, ri-mobilizzando i propri cari dopo il giro di igiene. Gli operatori lamentano, quindi, una mancanza di supporto e di gratificazione da parte dei parenti degli ospiti: *“Quando muore un ospite a volte vengono pubblicati sul giornale i ringraziamenti al medico che magari l’ha visto solo una volta ogni tanto”* (ASA del reparto SO). Gli operatori hanno ricevuto una formazione specifica sulla relazione con i famigliari: *“Io capisco che loro si sentano in colpa per aver fatto ricoverare il loro marito, papà, mamma, moglie.. ma spesso avanzano delle pretese assurde! Potrebbero supportarci venendo ad imboccare il loro parente al momento dei pasti, ma sono davvero pochi quelli che lo fanno”* (ASA del reparto SO). A questo proposito un'operatrice ha sollevato la questione del **volontariato**: *“In altre strutture ci sono volontari che vengono ad imboccare gli anziani al momento dei pasti.. qui invece non vengono mai, dobbiamo farlo noi ASA”* (ASA del reparto SO). La posizione periferica in cui è collocata la Fondazione, purtroppo, non favorisce la collaborazione con associazioni di volontariato: la struttura si trova lontano dal centro città e dai centri abitati.

Il tema della **soddisfazione lavorativa** è apparso, come prevedibile, molto importante per gli operatori, i quali lamentano uno scarso riconoscimento del lavoro svolto: *“Noi ASA non siamo*

considerati, il nostro lavoro non è ritenuto gravoso” (ASA del reparto SO), “Gli unici che ti danno un po’ di soddisfazione a volte sono gli ospiti.. Non chiedo un aumento di stipendio, figurati! Ma ogni tanto magari un apprezzamento, qualcuno che ti dica: Com’è ordinato oggi il reparto! Come avete vestito bene i pazienti!” (ASA del reparto SO). Alcuni ASA non si sentono apprezzati dai superiori né dai famigliari, e questo produce disaffezione verso il proprio lavoro: gli ingressi di ospiti nuovi vengono vissuti come un ulteriore aggravio, generando sentimenti negativi ed un clima ostile: “Domani arriva in reparto un ospite nuovo.. Non ti puoi neanche lamentare! Se dici che questo reparto non ti va bene ti spostano in un altro, e gli altri sono anche peggio..” (ASA del reparto SC).

3.4 DISCUSSIONE DEI RISULTATI, INTERPRETAZIONI E PROPOSTE DI INTERVENTO

3.4.1 Analisi dinamica del campo

Il fenomeno studiato può essere visto come un esempio di cambiamento non riuscito. Lewin (2005) suggerisce di concettualizzare il cambiamento come un processo più che uno stato, pensando cioè al passaggio dallo stato presente (rappresentato in questo caso dalle procedure di mobilitazione rischiose) a quello desiderato (l’adozione di procedure di mobilitazione sicure) e non semplicemente al nuovo livello da raggiungere. Secondo l’Autore è necessario, quindi, sostituire il campo di forza presente con un nuovo campo avente come punto di equilibrio il livello desiderato. Prima di intraprendere mutamenti è opportuno analizzare tutte le forze presenti, identificando quelle che favoriscono e quelle che ostacolano il cambiamento. Per farlo, Lewin propone di sfruttare una combinazione di metodi (qualitativi e quantitativi) volti ad analizzare aspetti soggettivi ed oggettivi. Sulla base dei dati raccolti verranno di seguito elencate le **forze che possono favorire l’adozione di procedure sicure:**

- Formazione (re-training)
- Storia infortunistica degli operatori
- Cultura e clima di sicurezza positivi
- Comunicazione tempestiva ed attenta alla sicurezza
- Controllo del rispetto delle norme di sicurezza (da parte di superiori, RSPP, RLS)

- Pressione sociale (da parte dei colleghi) all'uso degli ausili
- Percezione di rischio elevato
- Percezione dell'efficacia protettiva degli ausili
- Disponibilità degli ausili
- Ambiente adatto all'uso degli ausili
- Buone relazioni con i colleghi, con i famigliari e con gli ospiti

Di seguito verranno elencate, invece, le **forze che possono ostacolare l'adozione di procedure sicure**:

- Pressione temporale
- Ripetitività del lavoro
- Interruzioni frequenti
- Dilazione delle conseguenze negative dei comportamenti rischiosi
- Percezione della sicurezza come una non-priorità di superiori, RSPP, RLS
- Mancanza di comunicazione (o ritardi comunicativi) sulla sicurezza
- Pressione sociale (da parte dei colleghi) al non-uso degli ausili
- Presenza nella coppia di un operatore di genere maschile
- Presenza nella coppia di operatori con età lavorativa elevata (superiore a 20 anni)
- Percezione di rischio basso
- Percezione dell'inefficacia protettiva degli ausili
- Indisponibilità degli ausili
- Ambiente inadatto all'uso degli ausili
- Non riconoscimento del ruolo dei formatori per la sicurezza
- Interferenze e conflitti con i famigliari

Per garantire il successo e la persistenza del cambiamento è possibile utilizzare due strategie:

- 1) Potenziare le forze che spingono verso un nuovo livello di equilibrio (per esempio la formazione al corretto utilizzo degli ausili);
- 2) Indebolire le forze che vi si oppongono (per esempio la pressione temporale).

La portata trasformatrice di queste forze dipende dal significato ad esse attribuito dalle persone che compongono il campo. Come spiega Lewin (2005), queste due strategie hanno effetti secondari diversi che portano, nel primo caso, allo sviluppo di un livello di tensione elevato, mentre nel secondo caso il grado di tensione apparirà piuttosto basso. Lo psicologo tedesco suggerisce di privilegiare la seconda, poiché da livelli elevati di tensione possono sorgere fenomeni negativi quali aggressività e stress. All'interno della Fondazione, in effetti, il re-training sull'uso degli ausili svolto ogni anno dai fisioterapisti è accompagnato da insofferenza ed emozioni negative da parte degli ASA.

Le procedure adottate in un gruppo di lavoro rappresentano comportamenti affini alle abitudini sociali studiate da Lewin (comportamenti alimentari, comportamenti produttivi degli operai nelle fabbriche) e come queste tendono a raggiungere un equilibrio quasi-stazionario. Le abitudini sociali, secondo l'Autore, sono le fonti primarie di resistenza al cambiamento: l'applicazione di una forza aggiuntiva (per esempio la formazione sull'uso degli ausili) ad un campo che ha raggiunto un equilibrio quasi-stazionario (in cui la somma delle forze è pari a 0) dovrebbe portare il livello ad un valore nuovo, che Lewin rappresenta con l'espressione $L + \Delta$. Il nuovo livello raggiunto in seguito all'applicazione della forza, tuttavia, risulterà inferiore a $L + \Delta$ proprio a causa dell' "attrito" generato dalle abitudini sociali (rappresentate, nel caso della Fondazione, dalle routines di mobilitazione manuale dei pazienti e dalle personalizzazioni nell'uso degli ausili). Sarà dunque necessario applicare un nuovo tipo di forza con l'obiettivo di "scongellare" l'abitudine sociale presente. Lewin indica due possibili punti di applicazione della forza: l'individuo ed il gruppo. Si consideri il caso in cui il punto di applicazione della forza è l'individuo: un operatore ASA (A) può mostrare un livello di performance di sicurezza (L^A) differente dal livello di performance di sicurezza che si potrebbe definire "normativo" per il gruppo (L^{GR}). Quando questa differenza supera una certa soglia (il cui valore è differente a seconda dei gruppi) non viene più tollerata dagli altri membri: il "deviante", pur di non essere emarginato, spesso finisce per uniformarsi a quelli che Lewin ha definito "standard di gruppo", cioè norme che arrivano ad assumere valore di per sé. Risulta difficile produrre cambiamenti senza modificare l'intensità del valore di queste norme o, almeno, il livello percepito di questo valore. Per modificare l'entità del valore della norma percepito dal singolo, secondo l'Autore, è molto più utile applicare la forza sul gruppo: il mutamento del comportamento degli individui all'interno dei gruppi, dice Lewin, è più semplice del mutamento del comportamento degli stessi

individui presi singolarmente. Se viene cambiata la norma, viene indebolita la resistenza che gli individui oppongono al cambiamento. La decisione di gruppo, inoltre, è risultata la strategia più efficace per tradurre la motivazione al cambiamento in azione.

Per questo motivo è importante lavorare sul clima di sicurezza (aspetto che riguarda gruppi di lavoratori) e non solo sul comportamento dei singoli o di coppie di operatori: in questo modo, infatti, è possibile agire sugli standard di gruppo alterandone il valore percepito. Lavorare sul clima di sicurezza aiuta a scongelare le abitudini sociali presenti.

Una volta implementato il cambiamento è opportuno “proteggere” il nuovo campo di forze raggiunto al fine di garantirne la permanenza. Questa, secondo Lewin, sarà favorita dalla ristrutturazione del campo sociale: per esempio, dopo aver implementato l’uso corretto degli ausili all’interno della Fondazione, è possibile che si instaurino un’organizzazione del lavoro e procedure di approvvigionamento degli ausili che faciliteranno il mantenimento del livello raggiunto. Anche il gruppo in cambiamento, secondo l’Autore, può aver bisogno di un periodo di distacco o addirittura di isolamento quando i valori della cultura condivisa sono in aspro conflitto con il cambiamento proposto. Questo distacco, tuttavia, in un’organizzazione sanitaria si scontra con il dovere di garantire la continuità del servizio.

3.4.2 Discussione dei risultati e proposte di intervento

Come dimostrato dai dati contenuti nelle Tabelle 4 e 10, **l’età lavorativa**, da sola, non può spiegare le resistenze all’uso degli ausili. Anche il **genere** non costituisce di per sé una chiave di lettura esauriente del fenomeno: le ipotesi 1 e 2, quindi, possono essere accolte solo in parte. Una spiegazione unica di un fenomeno complesso come la performance di sicurezza sarebbe riduttiva (oltre che incoerente con le premesse teoriche dello studio); le ipotesi interpretative saranno quindi diverse ed interdipendenti. Il genere e l’età, comunque, rimangono fattori utili per individuare sotto-popolazioni con bisogni formativi particolari.

In accordo con le affermazioni della RSU/RLS della Fondazione, i dati riportati nella Tabella 10 dimostrano che la tipologia di coppia che ha utilizzato meno gli ausili è stata quella composta da un operatore lavorativamente giovane (G) e da un anziano (V). Anche le coppie formate da soli operatori anziani hanno realizzato prevalentemente mobilitazioni manuali: gli ASA esperti,

tuttavia, si sono dimostrati particolarmente disponibili all'uso degli ausili durante il lavoro con colleghi di età lavorativa intermedia (M).

La proposta avanzata dal medico competente relativa all'introduzione di quote azzurre dev'essere valutata con attenzione: come dimostrano i dati quantitativi, infatti, soprattutto nel reparto SO le coppie miste sono le più propense ad adottare pratiche lavorative rischiose. L'eventuale introduzione di quote azzurre, quindi, dovrebbe essere accompagnata da un attento processo di selezione del personale e da un monitoraggio continuo.

Osservando il lavoro degli operatori sanitari appare chiaro che una mobilitazione effettuata seguendo la procedura consigliata (con i due teli Maxi Slide sovrapposti) richiede più tempo di una mobilitazione manuale (e lo stesso discorso vale per i sollevamenti). Questo punto gioca a sfavore dell'adozione di pratiche sicure; allo stesso tempo, però, queste procedure permettono di risparmiare fatica muscolare e di compiere movimenti meno bruschi.

Parlando con gli operatori si ha l'impressione che la **percezione del rischio** di incorrere in infortuni durante le mobilitazioni e di sviluppare nel tempo malattie professionali sia elevata: il loro comportamento, però, non appare coerente con le credenze dichiarate. Una possibile spiegazione di questo fatto è la **sottovalutazione del potere protettivo dei teli ad alto scorrimento**. Come affermano Tversky e Kahneman (1981), un'azione protettiva che riduce la probabilità di un danno da 1% a 0 è valutata più positivamente di un'azione che riduce la probabilità dello stesso danno dal 2% all'1%: in altre parole, un'azione protettiva che azzeri il rischio è valutata meglio (e quindi più probabilmente realizzata) di un'azione che riduce il rischio nella stessa misura, senza però azzerarlo. L'utilizzo dei teli è visto dagli operatori come un'azione protettiva incapace di azzerare il rischio di incorrere in infortuni o di sviluppare disturbi muscolo-scheletrici: rimangono infatti diverse mansioni (vestire i pazienti, alzare ed abbassare le tapparelle, girare le manovelle dei letti, alzare ed abbassare le spondine) percepite come faticose, che devono essere necessariamente svolte quotidianamente e per cui non vi sono ausili. La formazione potrebbe avere un'efficacia maggiore incorniciando in modo nuovo l'azione protettiva: potrebbe essere utile proporre l'utilizzo corretto dei teli ad alto scorrimento (due teli Maxi Slide sovrapposti) come una procedura capace di azzerare il rischio di sviluppare DMS causati dalla mobilitazione manuale dei pazienti (e non il rischio generale di sviluppare DMS).

Come precedentemente spiegato, secondo Lewin (2005) non è importante solo potenziare le forze che spingono nella direzione desiderata, ma anche indebolire quelle che spingono in direzione contraria. Non sarà sufficiente, quindi, erogare una formazione che spinga all'uso corretto dei teli ad alto scorrimento: sarà opportuno lavorare sugli elementi che ostacolano l'adozione di procedure corrette, tra cui, appunto, la percezione della scarsa capacità protettiva dei teli.

Il **cambiamento** introdotto nella Fondazione al momento dell'acquisto dei teli ad alto scorrimento non ha rispettato il modello a tre fasi di Lewin: la fase di scongelamento, infatti, è stata praticamente inesistente. Questo fatto spiega la genesi della resistenza al cambiamento da parte degli operatori M e V.

Il lavoro nel reparto di **Riabilitazione**, ad oggi, è risultato lo strumento più efficace per la formazione al corretto utilizzo degli ausili: diversi operatori, infatti, hanno spiegato di aver imparato ad usare correttamente i teli in questo contesto. In questo reparto la presenza di un coordinatore-fisioterapista e l'interazione quotidiana tra ASA e fisioterapisti ha generato un clima più attento alla sicurezza.

È necessario prendere atto del **fallimento della modalità formativa adottata**: il re-training non ha portato nessuna coppia di operatori ad utilizzare correttamente i teli ad alto scorrimento. Potrebbe aver aumentato nel tempo la frequenza d'utilizzo degli ausili in generale: anche in questo caso, però, rimangono molte coppie che effettuano quotidianamente mobilizzazioni senza teli e sollevatori. Questa constatazione è in accordo con i risultati della ricerca condotta da Kaneklin e Scaratti (2005) sull'efficacia dell'azione formativa per la sicurezza. La mancanza di un momento di **valutazione** al termine della formazione, come indicato da Bisio (2009), ha portato l'organizzazione a replicare negli anni un modello didattico che non risponde agli obiettivi di sicurezza che lo originano. Il re-training costituisce infatti un addestramento capace di incidere principalmente sulla sfera comportamentale: i suoi effetti sulla sfera cognitiva ed emotiva sono molto più deboli. Questo strumento incide in misura limitata sulla cultura e sul clima di sicurezza e, di conseguenza, ha poche probabilità di influenzare la performance. È possibile, inoltre, che i bisogni formativi degli operatori siano cambiati nel tempo: appare utile, quindi, aprire spazi di riflessione che coinvolgano più professionalità per l'individuazione di obiettivi realistici e rispondenti ad un reale bisogno.

Alla luce di quanto spiegato nel paragrafo 3.4.1 è possibile ipotizzare che un addestramento destinato a singoli o a coppie di operatori non sia in grado di influenzare le norme condivise dal

gruppo professionale che, come spiegato, tendono ad assumere valore di per sé. Seguendo il consiglio di Bisio (2009) di Colligan e Cohen (2004) e di DeJoy (1996), sarebbe più utile lavorare con **gruppi di persone**, fornendo loro un feedback al termine della formazione stessa. La performance di sicurezza, anche nella Fondazione, viene vista come l'adesione di singoli lavoratori (o coppie) a standard imposti, trascurando la natura sociale e negoziata della stessa (Kaneklin e Scaratti, 2005). Un punto di forza del re-training, però, è il **collegamento stretto con il contesto lavorativo**: viene infatti svolto nei reparti in orario di lavoro, durante i giri di mobilitazione svolti quotidianamente dagli operatori.

Un'altra questione importante riguarda i **messaggi** che giungono (direttamente ed indirettamente) ai lavoratori da parte dei **coordinatori** e dei **fisioterapisti**: come affermato nell'ipotesi 4, infatti, queste due fonti inviano messaggi diversi. Se i coordinatori spingono per l'uso dei teli, tollerando preferenze e personalizzazioni da parte degli ASA, i fisioterapisti cercano di implementare una particolare procedura (considerata la più sicura sulla base di evidenze scientifiche). Come sottolineato da Bisio (2009), è importante che vi sia uno sforzo condiviso per trasmettere al personale un messaggio unitario ed omogeneo di attenzione alla sicurezza, senza delegarla a figure periferiche rispetto al management. È significativo, a questo proposito, che la formazione sulla sicurezza sul lavoro sia completamente separata dagli altri tipi di formazione presenti nella Fondazione: cambiano le figure responsabili (che normalmente sono il Direttore Sanitario ed il Coordinatore d'area) i formatori e le modalità didattiche (convegni, lezioni frontali). Secondo quanto affermato da Bisio (2009) la formazione per la sicurezza sul lavoro dovrebbe essere **integrata** in un progetto formativo più ampio, destinato allo sviluppo professionale della risorsa umana.

Il re-training coinvolge i lavoratori per pochissime ore l'anno: una volta terminato, gli operatori tornano alle metodologie usate quotidianamente. Il corretto utilizzo dei teli, quindi, è visto dagli operatori come una "fissa dei fisioterapisti" che, secondo loro, hanno un'idea molto vaga del lavoro quotidiano degli ASA. È anche possibile che durante il re-training si generino incomprensioni dovute al lessico diverso utilizzato dai due gruppi professionali: come segnalato dal coordinatore della Riabilitazione, infatti, talvolta i fisioterapisti e gli ASA utilizzano gli stessi termini per riferirsi ad operazioni diverse. Il ruolo di formatori assegnato ai fisioterapisti non viene riconosciuto dagli ASA e, di conseguenza, le istruzioni fornite vengono tenute in scarsa considerazione. Potrebbe essere interessante sperimentare un cambiamento di ruolo: se, infatti,

fino ad ora è stata adottata una formazione “a cascata” (produttori degli ausili → fisioterapisti → ASA), potrebbe essere utile introdurre un ulteriore passaggio (**produttori** → **fisioterapisti** → **ASA formatori** → **altri ASA**). Creare un gruppo di ASA che condividano con i fisioterapisti la responsabilità e l’interesse per la formazione alla sicurezza sul lavoro potrebbe favorire il superamento dei problemi legati al mancato riconoscimento dei fisioterapisti come formatori e, al contempo, favorire lo sviluppo di una cultura di sicurezza forte.

Il controllo quotidiano delle procedure di mobilitazione non è praticabile: la routine che prevede la chiusura della porta per ragioni di privacy durante i giri di mobilitazione fa sì che gli unici attori a conoscenza delle pratiche utilizzate siano gli operatori stessi. È impossibile per i coordinatori esercitare un vero e proprio controllo sul lavoro degli ASA: la spinta verso la conformità alle norme deve necessariamente venire da altre fonti. Il **controllo dei colleghi** sembra essere lo strumento più adatto per questo tipo di situazione. Appare necessario, quindi, responsabilizzare gli operatori stessi: anche per questo la sperimentazione del ruolo di formatori potrebbe giocare un ruolo importante. Come proposto da Kaneklin e Scaratti (2005), lo strumento delle **comunità di pratica** potrebbe rivelarsi prezioso per migliorare gli esiti di sicurezza, abbandonando la logica trasmissiva che ha supportato i vecchi modelli formativi in favore di strumenti più partecipativi. Secondo gli Autori questo sarebbe il mezzo più efficace per agire sulla cultura e sul clima organizzativo: si ricordi che il clima rappresenta una variabile in grado di rinforzare anche gli effetti positivi generati dal contesto. La comunità di pratica permetterebbe di lavorare su più aspetti al fine di migliorare il clima: come sostenuto da Bisio (2009), infatti, migliorare la sicurezza non significa solo lavorare sulla sicurezza. Per la Fondazione potrebbe essere utile superare gradualmente la cultura che vede l’età lavorativa come principale fattore di rischio ed abbracciare una visione più ampia ed integrata. La comunicazione non centrata sul paziente (sia top-down che bottom-up), per esempio, potrebbe essere migliorata creando anche artefatti culturali per la segnalazione di guasti al coordinatore del reparto: si potrebbe, ad esempio, riservare un riquadro delle lavagnette collocate nei gabbionetti a queste segnalazioni, predisponendone un monitoraggio frequente. Questi interventi andrebbero a stimolare la safety participation concettualizzata da Griffin e Neal (2000). È proprio su questa componente, più che sulla compliance, che le comunità di pratica potrebbero agire in modo significativo.

Una riflessione sulla sicurezza all’interno delle organizzazioni sanitarie non può prescindere, come dimostrato dai dati qualitativi raccolti, dal rapporto che gli operatori intrattengono con i

famigliari degli ospiti. In un'organizzazione di questo tipo è necessaria la collaborazione di tutti per costruire sicurezza: come lamentato dagli ASA, le questioni legate alla biancheria appesantiscono il loro lavoro, creano conflitti e nervosismi che incidono negativamente sul clima organizzativo. Lavorare per migliorare la comunicazione tra operatori e parenti (come proposto dal Direttore Sanitario e dal Coordinatore d'area per la formazione dell'anno 2015) può favorire non solo l'alleanza terapeutica, ma anche il benessere lavorativo degli ASA.

Durante i colloqui con il personale sono emerse questioni molto interessanti (il volontariato, i pregiudizi dei famigliari verso gli operatori, i vincoli strutturali e le credenze errate che guidano l'uso degli ausili) insieme alla disponibilità e alla voglia, manifestata da alcuni ASA, di lavorare ed impegnarsi per migliorare la propria professionalità: tutti questi elementi rappresentano risorse importanti a disposizione della Fondazione e potrebbero essere sfruttate per il miglioramento della qualità del servizio e del benessere dei lavoratori. L'apertura di spazi di discussione durante le osservazioni è stata valutata positivamente dagli operatori stessi, i quali si sono sentiti considerati ed ascoltati. La costituzione di momenti di riflessione sulle pratiche (con il coinvolgimento di professionalità diverse) potrebbe avere effetti positivi anche sulla soddisfazione lavorativa.

CONCLUSIONI

Lo studio osservativo-correlazionale condotto presso la Fondazione “D.F.” ha confermato la riflessione di Kaneklin e Scaratti (2005) sull’inefficacia dell’azione formativa sulla sicurezza: anche in questo caso è possibile osservare che le risorse investite non hanno prodotto i risultati sperati. Questo dato in apparenza scoraggiante costituisce un punto di partenza fondamentale per l’apertura di uno spazio di riflessione sulle teorie implicite che guidano la progettazione dell’azione formativa. Riprendendo la definizione di performance di sicurezza fornita da Griffin e Neal (2000) è possibile affermare che la maggior parte degli interventi per la promozione della sicurezza mirano a generare ottemperanza più che partecipazione: durante il re-training viene richiesta agli ASA la conformità a procedure di mobilitazione standard. La partecipazione ad azioni volontarie che incidono indirettamente sulla sicurezza è molto meno sollecitata. Questa osservazione apre un interrogativo importante: per cambiare la cultura di sicurezza all’interno di un’organizzazione è necessario agire sulla *compliance* o sulla partecipazione dei lavoratori? La letteratura non riporta dati sufficienti per rispondere a questa domanda. È probabile che entrambe le componenti giochino un ruolo rilevante: sono necessari ulteriori studi per comprendere le dinamiche che legano i diversi aspetti. Nel caso delle procedure di mobilitazione dei pazienti, tuttavia, la *safety participation* potrebbe fare la differenza. Come spiegato, infatti, è molto difficile per i coordinatori esercitare un controllo sull’ottemperanza alle norme di sicurezza da parte degli ASA durante i giri di mobilitazione: la responsabilizzazione ed il coinvolgimento degli operatori stessi potrebbe favorire lo sviluppo di un controllo reciproco tra pari durante il lavoro in coppia. Il gruppo professionale può essere vettore di cambiamento come concettualizzato da Lewin (2005).

La teoria che collega la performance di sicurezza all’età lavorativa, condivisa da vari membri della Fondazione, blocca l’azione: nelle parole del medico competente, dei coordinatori e della responsabile del personale è possibile percepire un certo grado di rassegnazione e senso di impotenza. Questo atteggiamento porta a pensare che il comportamento degli operatori più anziani non possa essere modificato e che livelli di sicurezza migliori saranno raggiunti soltanto con il ricambio generazionale. Una riflessione di questo tipo non favorisce la promozione di una cultura di sicurezza e rende in parte vano il lavoro svolto dai fisioterapisti durante il re-training

annuale. Questa teoria, inoltre, non rende conto della totale assenza di compliance alle procedure di mobilitazione sicure anche da parte degli operatori giovani.

Per migliorare la performance di sicurezza è importante lavorare su conoscenze, abilità e motivazione del singolo (Campbell et al., 1993) ma anche sul clima (Griffin e Neal, 2000): per farlo è necessario un monitoraggio del clima stesso, al fine di rilevare la presenza di criticità o di punti di forza. L'analisi del clima svolta nel 2013 all'interno della Fondazione, tuttavia, è stata considerata alla stregua di un adempimento burocratico e non come uno spunto per la programmazione di azioni future. A fronte della consapevolezza del ruolo giocato dalla cultura organizzativa (sottolineato fin dai primi incontri con il Direttore Generale) manca un'azione mirata su questo costrutto che, come affermato in letteratura, orienta l'attività quotidiana dei lavoratori. Come affermato da DeJoy (1996), il clima di sicurezza ha anche il potere di mitigare gli effetti negativi di fattori ambientali problematici: i vincoli posti dalla struttura fisica della Fondazione (la lunghezza dei corridoi, la carenza di spazio nelle stanze, l'inadeguatezza di alcuni ausili) potrebbero così avere un'incidenza minore sulla performance degli ASA.

Un lavoro su clima e cultura di sicurezza presuppone l'esistenza di una rappresentazione condivisa dell'organizzazione ed una condivisione degli obiettivi nel gruppo dei coordinatori e dei formatori: la frammentazione dei messaggi che giungono agli ASA relativamente all'uso degli ausili non favorisce l'adesione alle procedure consigliate.

Queste osservazioni portano a riflettere sull'attualità del pensiero di Lewin: la teoria del campo appare ancora oggi uno strumento prezioso per la lettura della vita organizzativa. Le osservazioni nei reparti hanno fatto emergere un quadro complesso: le forze che agiscono sulla sicurezza, infatti, non riguardano solo la sicurezza in senso stretto. La comunicazione (tra operatori, con i superiori e con i familiari), la soddisfazione lavorativa e l'organizzazione del lavoro influenzano indirettamente le percezioni dei lavoratori sul *safety climate*. L'idea di una ricerca comparata sull'efficacia di diverse forme di azione rappresenta uno strumento utile per la programmazione di azioni formative nuove e per il superamento del modello trasmissivo tradizionale (Lewin, 2005).

La scelta della ricerca-azione si è rivelata particolarmente adatta allo studio di un tema complesso come quello della sicurezza sul lavoro: la flessibilità di questa metodologia permette un aggiustamento progressivo del disegno di ricerca, costringendo i partecipanti ad un esercizio continuo di capacità negativa. La capacità di tollerare l'incertezza e di sospendere il giudizio, di

rimandare il bisogno di saturazione e l'attribuzione di significato permette di adottare una postura mentale utile a far progredire il percorso di ricerca e a far emergere aspetti impliciti, non immediatamente visibili (Bion, 1962).

Il caso analizzato dimostra ancora una volta che la presenza di procedure di valutazione dei rischi e di strumenti di prevenzione degli infortuni, di per sé, non genera necessariamente sicurezza. Il sapere medico ed ingegneristico, fondamentali per la conoscenza dei pericoli e per la produzione di dispositivi di protezione, potrebbero avere un'efficacia maggiore se combinati al sapere psicologico. Le potenzialità di strumenti psicosociali quali, appunto, la ricerca-azione e le comunità di pratica potrebbero giocare un ruolo cruciale per il miglioramento dell'efficacia della formazione per la sicurezza sul lavoro.

BIBLIOGRAFIA

- 1) AA.VV. (2003) *Guidelines for nursing homes – ergonomics for the prevention of musculoskeletal disorders*, report interno, U.S. Department of Labor Occupational Safety and Health Administration, OSHA 3182.
- 2) AA.VV. (2008) *Malattie da lavoro: obblighi del medico*, report interno, ISPESL Dipartimento di Medicina del lavoro.
- 3) AA. VV. (2009) *Metodi per la valutazione del rischio da sovraccarico biomeccanico del rachide e sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti*, report interno, Centro operativo regionale di riferimento per l'ergonomia occupazionale (CRREO) della Regione Veneto.
- 4) AA. VV. (2012) *I disturbi muscoloscheletrici lavorativi*, opuscolo INAIL, Edizioni Inail–Aprile 2012.
- 5) AA. VV. (2014) *Codice del Lavoro* (Edizione XVIII). Napoli: Edizioni Giuridiche Simone.
- 6) AA. VV. (2014) *MALPROF 2009-2010. Il sesto rapporto INAIL-Regioni sulle malattie professionali*, opuscolo INAIL, Edizioni Inail-Luglio 2014.
- 7) AA.VV. (2014) *Storia della prevenzione*, opuscolo INAIL, Edizioni Inail-Luglio 2014.
- 8) Alastra, V. (2009) *Prendersi cura delle comunità di pratica attraverso progetti di ricerca-formazione-intervento. Esperienze nella azienda sanitaria di Biella*, in “Ricerche di psicologia”, 3 (4), pp. 151-168.
- 9) Alvesson, M. (1993) *Cultural perspectives on Organizations*. Cambridge: Cambridge University Press.
- 10) Argentero, P., Zanaletti, W. e Dell’Olivo B. (2005) *Percezione dei rischi occupazionali, formazione alla sicurezza e prevenzione degli infortuni*, in “Risorsa Uomo”, 3.
- 11) Aymard, A. (2002) *Dynamique des groupes*, in *Vocabulaire de psychosociologie, références et positions*. A cura di J. Barus-Michel, E. Enriquez e A. Lévy, Ramonville Saint-Ange, Édition Érès; trad. it. *Ricerca-azione e intervento*, in *Dizionario di psicopsicologia*, Milano: Cortina, 2005, pp. 338-351.
- 12) Bargal, D., Gold, M. e Lewin, M. (1992) *Introduction. The heritage of Kurt Lewin*, in “Journal of Social Issues”, n. 48(2), pp. 3-13.

- 13) Battevi, N., Menoni, O., Ricci, M. G. e Cairoli, S. (2006) *MAPO index for risk assessment of patient manual handling in hospital wards: a validation study*, in "Ergonomics", n. 49 (7), pp. 671-687.
- 14) Benner, P. (2003) *L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere. L'apprendimento basato sull'esperienza*. Milano: McGraw-Hill Companies.
- 15) Berra, A. e Prestipino, T. (1996) *La sicurezza del lavoro: psicologia, prevenzione, organizzazione*. Milano: Franco Angeli.
- 16) Bion, W.R. (1962) *Learning from experience*. Londra: William Heinemann Medical Books (tr. It. *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Armando, 1972).
- 17) Bisio, C. (2009) *Psicologia per la sicurezza sul lavoro*. Firenze: Giunti OS.
- 18) Bobbio, A., Manganelli, A.M. e Filippini, V. (2008) *La resistenza al cambiamento. Validità della versione italiana della scala di Oreg (2003)*, in "Ricerche di psicologia", 4, pp. 7-30.
- 19) Borman, W.C. e Motowidlo, S.J. (1993) *Expanding the criterion domain to include elements of contextual performance*. In *Personnel selections in organizations* (pp. 71-98), N. Schmitt, W.C. Borman & Associates (Eds.), San Francisco: Jossey-Bass.
- 20) Brown, R.L. e Holmes, H. (1986) *The use of a factor-analytic procedure for assessing the validity of an employee safety climate model*, in "Accident Analysis and prevention", 18, pp. 455-470.
- 21) Bruner, J.S. (1966) *Toward a theory of instruction*. (tr. it. Verso una teoria dell'istruzione. Roma: Armando, 1967).
- 22) Campbell, J.P., McCloy, R.A., Oppler, S.H. e Sager, C.E. (1993) *A theory of performance*. In *Personnel selections in organizations* (pp. 35-70), N. Schmitt, W.C. Borman & Associates (Eds.), San Francisco: Jossey-Bass.
- 23) Cavadi, G. (2007) *Psicologia della sicurezza*, Milano: Edizioni Libreria Cortina.
- 24) Christian, M.S., Bradley, J.C., Wallace, J.C. e Burke, M.J. (2009) *Workplace safety: a meta-analysis of the roles of person and situation factors*, in "Journal of Applied Psychology", 11, pp. 315-327.
- 25) Clot, Y. (2006) *La funzione psicologica del lavoro*. Roma: Carocci.
- 26) Colligan, M.J. e Cohen, A. (2004) *The role of training in promoting workplace safety and health*, in "The Psychology of Workplace Safety", 3, pp. 204-223.

- 27) Colombo, M., Castellini, F. e Senatore, A. (2008) *Sviluppi della ricerca intervento*. In *La ricerca-intervento* (pp. 61-94), F.P. Colucci, M. Colombo, L. Montali (a cura di), Bologna: Il Mulino.
- 28) Colucci, F.P. (2008) *Alle origini della ricerca-azione: l'eredità di Kurt Lewin*. In *La ricerca-intervento* (pp. 29-60), F.P. Colucci, M. Colombo, L. Montali (a cura di), Bologna: Il Mulino.
- 29) Creswell, J.W. (1998) *Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing among five traditions*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- 30) Creswell, J.W. (2003) *Research design. Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- 31) De Castro, A.B. (2004) *Handle with care: the American Nurses Association's campaign to address work-related musculoskeletal disorders*. Online J Issues Nurs 9(3):3
- 32) De Pasquale, J. e Geller, E. (1999) *Critical success factors for behavior-based safety: a study of twenty industry-wide applications*, in "Journal of Safety Research", 30 (4), pp. 237-249.
- 33) Dedobbeleer, N. e Beland, B. (1991) *A safety climate measure for construction sites*, in "Journal of Safety Research", 22, pp. 97-103.
- 34) DeJoy, D.M. (1996) *Theoretical models of health behavior and workplace self-protective behavior*, in "Journal of safety research", 27 (2), pp. 61-72.
- 35) DeJoy, D.M., Schaffer, B. S., Wilson, M.G., Vandenberg, R.J. e Butts, M.M. (2004) *Creating safer workplaces: assessing the determinants and role of safety climate*, in "Journal of safety research", 35, pp. 81-90.
- 36) Dubost, J. e Lévy, A. (2002) *Recherche-action et intervention*, in *Vocabulaire de psychosociologie, références et positions*. A cura di J. Barus-Michel, E. Enriquez e A. Lévy, Ramonville Saint-Ange: Édition Érès; trad. it. *Ricerca-azione e intervento*, in *Dizionario di psicopsicologia*, Milano: Cortina, 2005, pp. 377-402.
- 37) Engkvist, I.L., Wigaeus Hjelm, E., Hagberg, M., Menckel, W. e Ekenwall, L. (2000) *Risk indicators for reported over-exertion injuries among female nursing personnel*, *Epidemiology* 11: 519-22.
- 38) Faverge, J.M. (1970) *L'homme agent d'infiabilité et de fiabilité du processus industriel*, in "Ergonomics", 13, n° 3, pp. 301-327

- 39) Fochsen, G., Josephson, M., Hagberg, M., Toomingas, A. e Lagerström, M. (2006) *Predictors of leaving nursing care: a longitudinal study among Swedish nursing personnel*, *Occup Environ Med* 63: 198-201.
- 40) Froneberg, B. (2006) *National and international response to occupational hazards in the healthcare sector*. *Ann NY Acad Sci* 1076:607-14.
- 41) Gilardi, S., Benozzo, A., Bruno, A. e Colombo, M. (2010) *Pratiche riflessive nella ricerca-azione*, in *La ricerca-azione. Cambiare per conoscere nei contesti organizzativi* (pp.249-269), C. Kaneklin, C. Piccardo e G. Scaratti (a cura di), Milano: Raffaello Cortina Editore.
- 42) Greenwood, M. e Woods, H.M. (1919) *A report on the incidence of industrial accidents with special reference to multiple accidents*. London: Industrial Fatigue Research Board No. 4 Her Majesty's Stationery Office.
- 43) Griffin, M.A. e Neal, A. (2000) *Perceptions of Safety at work: a framework for linking safety climate to safety performance, knowledge and motivation*, in "Journal of Occupational Health Psychology", 5 (3), pp. 347-358.
- 44) Grundy, S. (1982) *Three modes of action research*, in *The Action Research Reader*, a cura di S. Kemmis e R. Mc Taggart, Geelong: Deakin University Press.
- 45) Hull, C.L. (1943) *Principles of behavior*. Oxford, England: Appleton-Century. (tr. It. *I principi del comportamento*. Roma: Armando, 1978).
- 46) International Atomic Energy Agency (IAEA) (1991) *Safety Culture* (International Atomic Energy Agency Safety Series 75-INSAG-4). Vienna: Author.
- 47) James, L.A. e James, L.R. (1989) *Integrating work environment perceptions: explorations into the measurement of meaning*, in "Journal of applied psychology", 74, pp. 739-751.
- 48) Kaneklin, C. e Scaratti G. (2005) *La formazione alla sicurezza: una sfida di senso e di efficacia*, in "Risorsa Uomo", 3.
- 49) Karasek, R. (1979) *Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign*. In "Administrative Science Quarterly", 24, pp. 285-306.
- 50) Lave, J., Wenger, E. (2006) *L'apprendimento situato. Dall'osservazione alla partecipazione attiva nei contesti sociali*. Trento: Edizioni Erickson.
- 51) Lewin, K. (1944) *Constructs in psychology and psychosocial ecology*, in "University of Iowa Studies in Child Welfare", 20, pp. 17-20; trad.it. in Lewin (2005, 71-90).

- 52) Lewin, K. (2005) *La teoria, la ricerca, l'intervento*. A cura di F.P. Colucci, Bologna: Il Mulino.
- 53) Mariano, S. (2007) *La ricerca qualitativa*. Roma: Aracne editrice.
- 54) Mark, B.A., Hughes, L.C., Belyea, M., Chang, Y., Hofmann, D., Jones, C.B. e Bacon, C.T. (2007) *Does safety climate moderate the influence of staffing adequacy and work conditions on nurse injuries?*, in "Journal of Safety Research", 38, pp. 431-446.
- 55) Melià, J.L., Mearns, K., Silva, S. e Lima, M.L. (2008) *Safety climate responses and the perceived risk of accidents in the construction industry*, in "Safety Science", 46, pp. 949-958.
- 56) Menoni O. (2011) *Il metodo MAPO per l'analisi e la prevenzione del rischio da movimentazione dei pazienti*. Milano: Franco Angeli.
- 57) Menoni, O., Ricci, M.G., Panciera, D., Battevi, N., Colombini, D., Occhipinti, E. e Grieco, A. (1999) *La movimentazione manuale dei pazienti nei reparti di degenza delle strutture sanitarie: valutazione del rischio, sorveglianza sanitaria e strategie preventive*, in "La medicina del lavoro", 90.
- 58) Meyerson, D. e Martin, J. (1987) *Cultural change: an integration of three different views*, in "Journal of Management Studies", 24, pp. 623-647.
- 59) Monteau, M. e Pham, D. (1993) *Gli infortuni sul lavoro: evoluzione delle concezioni*. In *Trattato di psicologia del lavoro*, a cura di C. Lévy-Leboyer e J.C. Sperandio (a cura di), Roma: Borla.
- 60) Muchinsky, P.M. (2000) *Psychology applied to work*. Belmont, CA: Wadsworth.
- 61) Piaget, J. (1977) *La nascita dell'intelligenza nel bambino*. Firenze: La Nuova Italia.
- 62) Rapoport, R.N. (1970) *Three dilemmas in action research*, in "Human Relations", n. 23(6), pp. 499-513.
- 63) Richter, A. e Koch, C. (2004) *Integration, differentiation and ambiguity in safety cultures*, in "Safety Science", 42, pp. 703-722.
- 64) Roberts, G. e Dick, B. (2003) *Emancipatory design choices for action research practitioners*, in "Journal of Community and Applied Social Psychology", n. 13(6), pp. 229-224.
- 65) Schein, E.H. (1985) *Organizational culture and leadership*. San Francisco: Jossey Bass.

- 66) Schneider, B. (1975) *Organizational climates: an essay*, in "Personnel Psychology", 28, pp. 447-479.
- 67) Silvia, C., Bloswick, D.S., Lillquist, D., Wallace, D. e Perkins, M.S. (2002) *An ergonomic comparison between mechanical and manual patient transfer techniques*, in "Work", 19, pp. 19-34.
- 68) Susman, G.I. e Evered, R.D. (1978) *An assessment of the scientific merits of action research*, in "Administrative Science Quarterly", n. 23, pp. 582-603, 1978; trad. It. *Una valutazione dei meriti scientifici della ricerca-intervento*, in "Studi organizzativi", n. 2, pp. 25-56, 1985.
- 69) Tesluck, P. e Quigley, N.R. (2003) *Group and normative influences on health and safety. Perspectives from taking a broad view on team effectiveness*. In *Health and safety in organizations. A multilevel perspective* (pp. 131-172), D. A. Hofmann e L.E. Tetrick (Eds.), San Francisco: Jossey-Bass.
- 70) Turner, N., Barling, J. e Zacharatos, A. (2002) *Positive Psychology at work*. In *Handbook of Positive Psychology*, a cura di C. R. Snyder e S.J. Lopez, Oxford UK: Oxford University Press.
- 71) Tversky, A. e Kahneman D. (1981) *The Framing of decisions and the psychology of choice*, in "Science", Vol. 211, No. 4481, pp. 453-458.
- 72) Vitale, R. (2007) *Postfazione*, in G. Cavadi (a cura di), *Psicologia della sicurezza*. Milano: Edizioni Libreria Cortina.
- 73) Weick, K.E. (1995) *Sensemaking in organizations*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- 74) Wenger, E. (2005) *Communities learning, organizational practices, learning process: the contribution of social learning theory*. Relazione presentata al Seminario "Making knowledge in/for organizations", Milano, Università Cattolica del Sacro Cuore.
- 75) Zohar, D. (1980) *Safety climate in industrial organizations: Theoretical and applied implications*, in "Journal of Applied Psychology", 65, pp. 96-102.
- 76) Zohar, D. (2003) *Safety Climate: conceptual and measurement issues*. In *Handbook of occupational health psychology*, a cura di J.C. Quick e L.E. Tetrick, Washington, DC: American Psychological Association.

- 77) Zohar, D. e Luria G. (2005) *A multilevel model of safety climate: cross-level relationships between organization and group-level climates*, in “*Journal of Applied Psychology*”, 90, pp. 616-628.
- 78) Zohar, D. (2010) *Safety Climate. Conceptual and measurement issues*. In *Handbook of occupational health psychology* (2nd Edition, pp. 123-142), J. C. Quick e L.E. Tetrick (Eds.), Washington, DC: American Psychology Association.

SITOGRAFIA

- 1) <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42651/1/924159053X.pdf?ua=1> (Protecting workers' health n° 5, Preventing musculoskeletal disorders in the workplace)
- 2) <https://osha.europa.eu/it/publications/e-facts/efact28> (Hazards and risks associated with manual handling in the workplace)
- 3) <https://osha.europa.eu/it/topics/msds> (Disturbi Muscolo-Scheletrici)
- 4) www.arjohuntleigh.it/it/
- 5) www.fondazionegermani.it
- 6) www.inail.it/internet_web/wcm/idc/groups/salastampa/documents/document/ucm_portstg_076099.pdf (Relazione Annuale INAIL 2013)
- 7) www.inail.it/internet_web/wcm/idc/groups/internet/documents/document/ucm_142692.pdf (Rapporto MALPROF 2009-2010)
- 8) www.inail.it/internet_web/wcm/idc/groups/internet/documents/document/ucm_142697.pdf (Storia della prevenzione)
- 9) Costituzione Italiana agg. 2/11/2014 www.normattiva.it/
- 10) D. Lgs 81/2008 agg. 23/10/2014 www.normattiva.it/
- 11) www.osha.gov/ergonomics/guidelines/nursinghome/final_nh_guidelines.pdf (Guidelines for nursing homes)
- 12) www.prontoinfermieri.it
- 13) www.pubblicitaprogredito.org
- 14) www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_166_allegato.pdf (I disturbi muscolo-scheletrici lavorativi)

APPENDICE

DATA _____ ORA _____ REPARTO _____	
CODICE IDENTIFICATIVO ASA 1 _____	
CODICE IDENTIFICATIVO ASA 2 _____	
<p>TELI: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p> 1 Maxislide 2MS 1MaxiMini Freestyle Nulla</p>	
<p>PRENDE IL TELO <input type="checkbox"/></p>	<p>PRENDE IL TELO <input type="checkbox"/></p>
<p>SOLLEVATORE: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p> Mynstrel/Maxi Twin Sara3000 Nulla</p>	
<p>PAZIENTE: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p> Parz. collaborante non collaborante</p>	<p>MOVIMENTAZIONE:</p>
<p>TAGLIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p> S M L</p>	<p> VERSO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p> Alto basso dx sx rotazione</p>
<p>PEG <input type="checkbox"/> SCHEMA <input type="checkbox"/></p>	<p>CAMB. POSTURALE <input type="checkbox"/></p> <p>TRASF. CARROZZINA-LETTO <input type="checkbox"/></p> <p>IGIENE <input type="checkbox"/></p>
<p>INTERRUZIONI: _____</p> <p>_____</p>	
<p>PROBLEMI E COMMENTI:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

Tabella 12: griglia osservativa

COPPIA	SOLLEVAMENTO	MAXI TWIN o MYNSTREL	SARA 3000	NESSUNO
G+G	1	1	0	0
G+M	7	5	0	2
G+V	16	7	1	8
M+M	18	9	3	6
M+V	22	8	3	11
V+V	15	6	2	7
TOTALE	79	36	9	34

Tabella 13: ausili utilizzati da coppie di operatori durante sollevamenti nei due reparti osservati (V.I.= età lavorativa)

COPPIA	SOLLEVAMENTO	MAXI TWIN o MYNSTREL	SARA 3000	NESSUNO
F+F	61	29	6	26
M+F	18	7	3	8
TOTALE	79	36	9	34

Tabella 14: ausili utilizzati da coppie di operatori durante sollevamenti nei due reparti osservati (V.I.= età lavorativa)

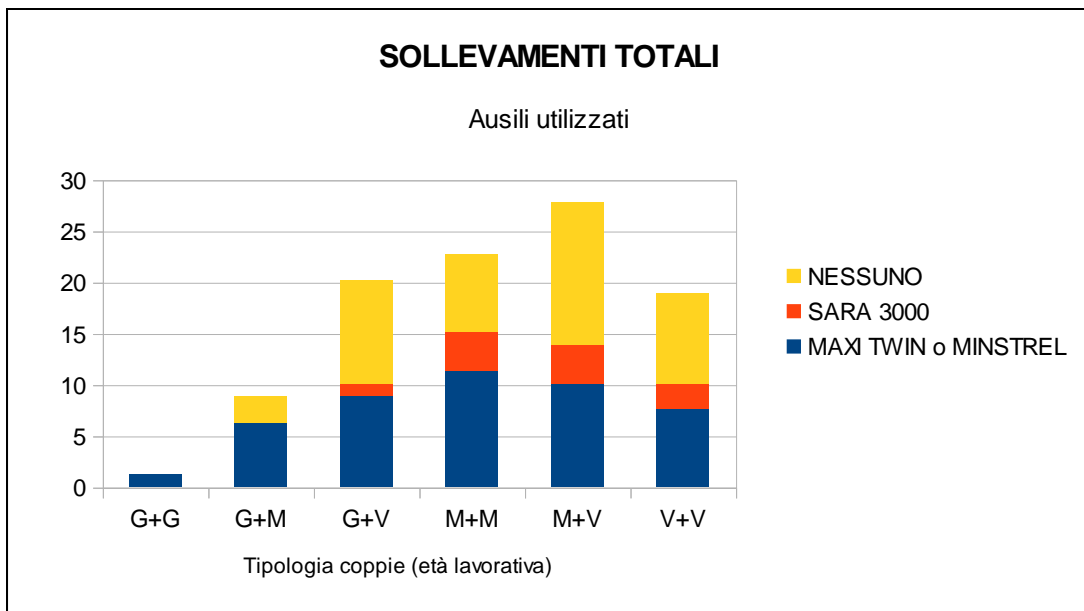


Figura 11: ausili utilizzati da coppie di operatori nel corso di mobilizzazioni nei reparti osservati (V.I.=età lavorativa)

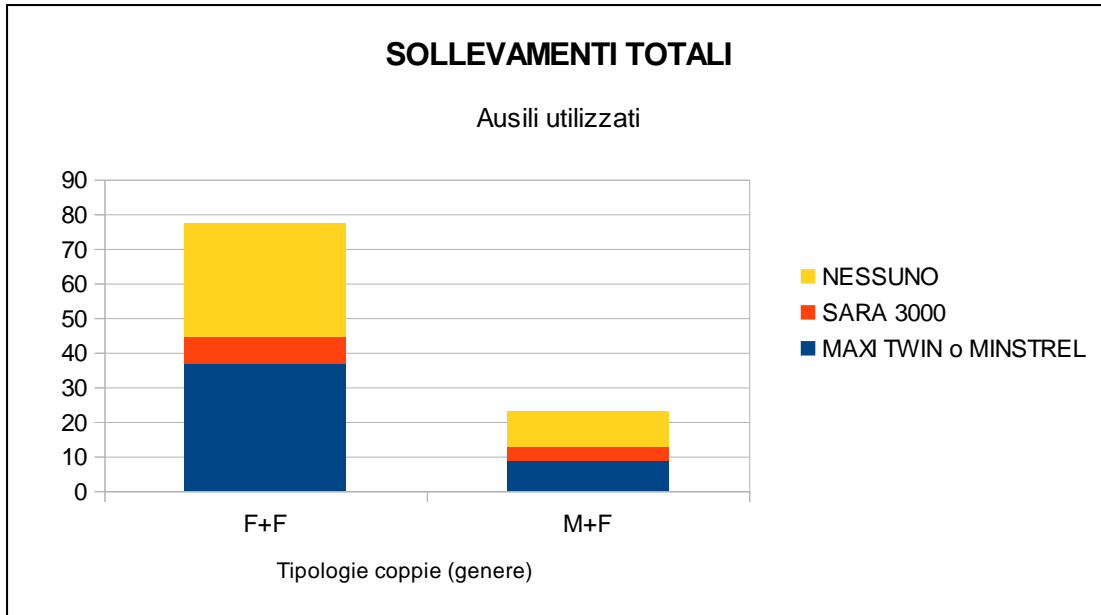


Figura 12: ausili utilizzati da coppie di operatori nel corso di mobilitazioni nei reparti osservati (V.I.=genere)

REPARTO SO (PIANO 1):

COPPIA	SOLLEVAMENTO	MAXI TWIN o MYNSTREL	NESSUNO
G+G	1	1	0
G+M	2	2	0
G+V	9	4	5
M+M	10	4	6
M+V	9	1	8
V+V	7	3	4
TOTALE	38	15	23

Tabella 15: ausili utilizzati da coppie di operatori durante sollevamenti nel reparto SO 1 (V.I.= età lavorativa)

COPPIA	SOLLEVAMENTO	MAXI TWIN o MINSTREL	NESSUNO
F+F	31	15	16
M+F	7	0	7
TOTALE	38	15	23

Tabella 16: ausili utilizzati da coppie di operatori durante sollevamenti nel reparto SO 1 (V.I.= genere)

REPARTO SC:

COPPIA	SOLLEVAMENTO	MAXI TWIN o MINSTREL	SARA 3000	NESSUNO
G+G	0	0	0	0
G+M	5	3	0	2
G+V	7	3	1	3
M+M	8	5	3	0
M+V	13	7	3	3
V+V	8	3	2	3
TOTALE	41	21	9	11

Tabella 17: ausili utilizzati da coppie di operatori durante sollevamenti nel reparto SC (V.I.= età lavorativa)

COPPIA	SOLLEVAMENTO	MAXI TWIN o MINSTREL	SARA 3000	NESSUNO
F+F	30	14	6	10
M+F	11	7	3	1
TOTALE	41	21	9	11

Tabella 18: ausili utilizzati da coppie di operatori durante sollevamenti nel reparto SC (V.I.= genere)