

**La funzione psicologica in un Servizio Prevenzione e Protezione Rischi:
la valutazione del rischio da stress lavoro-correlato/rischio psicosociale come occasione per
sviluppare un orientamento al cliente**

di Elisabetta Atzori*

Abstract

L'articolo contribuisce a delineare lo sviluppo di una funzione psicologica presso un Servizio Prevenzione e Protezione Rischi (SPPR) in ambito ospedaliero. A partire dagli aspetti normativi in merito alla sicurezza nei luoghi di lavoro, si propone una riflessione sulla differenza tra i costrutti di rischio stress lavoro-correlato e rischio psicosociale. Si resoconta un intervento di valutazione del rischio psicosociale in SPPR quale occasione per studiare le componenti culturali dell'organizzazione ospedaliera e sviluppare un orientamento al cliente nel rapporto tra operatori e pazienti e tra operatori e servizio.

Parole chiave: stress lavoro-correlato, rischio psicosociale, prevenzione nei luoghi di lavoro, cultura locale

La funzione psicologica in un ospedale può essere svolta nell'ambito di servizi diversi, quello dove lavoro è un Servizio Prevenzione e Protezione Rischi (SPPR). Parlerò della funzione sviluppata in questo specifico contesto, a partire da una premessa sulle norme che hanno attivato un'attenzione sugli aspetti psicologici nella prevenzione degli infortuni e nella sicurezza sul lavoro. Mi soffermerò sull'attività di valutazione del rischio da stress lavoro-correlato o psicosociale quale pretesto per studiare le culture ospedaliere a rischio e intervenire sulle stesse. Esporrò alcune questioni portate dagli operatori nell'ambito degli interventi formativi finalizzati a trattare le culture a rischio, evidenziando il parallelismo tra lo sviluppo della domanda di diversi clienti (esterni e interni): del paziente nei confronti degli operatori e degli operatori verso SPPR.

Gli SPPR e la normativa che ha portato all'attivazione di una funzione psicologica

Nel 2004, anno in cui ho iniziato a svolgere la mia attività in SPPR, la normativa vigente (D.lgs 626/94) a differenza di quella precedente, pur non contemplando la valutazione del rischio da stress lavoro-correlato, sottolineava l'importanza della valutazione del "rischio" e non del "pericolo". Il "pericolo" è considerato come una condizione oggettiva di probabilità di danno. Il "rischio" è invece definito come un sentimento soggettivo di pericolo. Entra quindi in gioco l'aspetto psicologico. Mi spiego meglio con un esempio. Il pericolo è una condizione data: ogni volta che un infermiere fa un prelievo corre il pericolo di infortunarsi pungendosi con la siringa. Tuttavia diversi infermieri possono sperimentare diversamente lo stesso pericolo: possono vivere il rischio di pungersi in maniera molto bassa e quindi non usare i dispositivi di protezione individuale (i guanti) oppure in maniera molto alta controllando compulsivamente la sequenza di atti legata al prelievo.

Nel 2008 viene emanato il D.lgs 81: compare l'obbligatorietà della valutazione del rischio stress lavoro-correlato. L'ingresso del rischio stress lavoro-correlato entro la normativa concernente la prevenzione degli infortuni e la sicurezza sul lavoro, va a colmare una discrepanza tra il D.lgs 626/94

* Dirigente psicologa, Servizio Prevenzione e Protezione Rischi, Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri di Roma

e la normativa europea sull'argomento. Infatti nel frattempo, dal 1994 al 2008 una serie di input normativi avevano posto l'attenzione sui rischi psicosociali:

- L'art. 21 comma 2 della legge 39/02 (Disposizioni per l'adempimento di obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia alle Comunità europee) che impone al datore di lavoro di valutare "tutti i rischi per la sicurezza e per la salute dei lavoratori", intendendo tra questi anche i rischi psicosociali, trasversali e organizzativi.
- L'articolo 8-bis del D.lgs 195/03 che, modificando ed integrando il D.lgs 626/94, nell'individuare le capacità e i requisiti professionali dei responsabili del servizio prevenzione e protezione, parla di corsi professionalizzanti ove siano trattati anche i rischi di natura ergonomica e psicosociale, di organizzazione e gestione delle attività tecnico amministrative, di tecniche di comunicazione in azienda e di relazioni sindacali.
- L'Accordo Europeo sullo stress lavorativo del 2004 che è finalizzato ad accrescere la consapevolezza e la comprensione dello stress lavoro-correlato, ad attirare l'attenzione sui segnali che potrebbero denotare problemi in tale ambito e offrire un quadro di riferimento per individuare e prevenire o gestire problemi di stress lavoro-correlato. L'Accordo Europeo precisa inoltre che non si pone l'obiettivo di attribuire la responsabilità dello stress all'individuo.

I contenuti dell'Accordo Europeo sono stati recepiti dal legislatore italiano nell'ambito della valutazione dei rischi (D.lgs 81/08) e sono stati trasposti in un accordo interconfederale concluso tra le parti sociali nel 2008. Il D.lgs 81/08 rimanda alla Commissione Consultiva permanente per la salute e la sicurezza del lavoro l'emanazione delle indicazioni "minime" necessarie alla valutazione del rischio da stress lavoro-correlato. Tali indicazioni verranno pubblicate a novembre 2010, nel 2011 l'INAIL diffonde un manuale operativo rivolto alle aziende che dovranno cimentarsi nella valutazione, infine nel 2012 il Coordinamento Tecnico Interregionale della Prevenzione nei Luoghi di Lavoro (CTR) redige le indicazioni per la corretta gestione del rischio e per l'attività di vigilanza sullo stesso.

Rischio psicosociale o stress lavoro-correlato?

Come si può già cogliere dall'exkursus normativo, ci si confronta prima con il costrutto di rischio psicosociale e poi con quello di rischio stress lavoro-correlato.

Nel corso di questi anni sono stati utilizzati anche altri termini, per definire quello che oggi la legge chiama rischio stress lavoro-correlato. Esattamente si è parlato di rischio trasversale e di rischio organizzativo.

In un convegno organizzato dall'ex-ISPEL (Istituto Superiore Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro), a proposito del dibattito sull'appropriatezza della terminologia, ci precisarono che, nella fase di trasposizione dei contenuti dell'accordo europeo, durante i negoziati delle parti sociali, la Confindustria aveva espresso le proprie perplessità sull'uso del termine "organizzativo" in quanto, associandolo agli aspetti manageriali/gestionali, rischiava di diventare un potenziale istigatore della conflittualità tra lavoratori e dirigenza. Il timore era che venissero messe in discussione le modalità organizzative come potenziali agenti stressogeni, che passasse dunque il messaggio "sono i manager e i dirigenti che generano stress lavorativo".

E' interessante notare che tra tutti i vocaboli ha prevalso il termine stress, parola che più di altre evoca dimensioni individuali: posso dire che rischio di "stressarmi" se trovo traffico per strada, ma non direi mai "corro un rischio psicosociale se continuo a rimanere imbottigliata nel traffico". Tant'è che mentre il costrutto di rischio psicosociale era sufficiente ad indicare il rapporto con i contesti lavorativi, usando il costrutto rischio stress il legislatore ha dovuto aggiungere i termini "lavoro-correlato".

Inoltre, se scorriamo gli indicatori che l'INAIL, implementando le linee guida della Commissione Consultiva, ha inserito nel "Manuale ad uso delle aziende che intendono valutare il rischio da stress lavoro-correlato" (2011), potremo trovare dimensioni molto diverse tra loro: l'assenteismo, gli infortuni, l'ambiente di lavoro, i compiti, i carichi di lavoro, la comunicazione, le funzioni lavorative, il ruolo, le potenzialità evolutive della carriera, l'autonomia, i rapporti interpersonali, il rapporto tra lavoro e vita domestica, familiare, ecc., solo per citarne alcuni.

Che relazione è possibile porre tra le diverse dimensioni? Siamo su livelli diversi e, probabilmente, difficilmente confrontabili in una prospettiva di valutazione del rischio che non si ponga solo come somma di dimensioni diverse del rischio stesso.

Tutte le dimensioni sono accomunate dall'aver anche una componente soggettiva data dalla cultura di uno specifico contesto lavorativo, dalla simbolizzazione condivisa di quello specifico contesto, dalle modalità condivise di vivere e porsi rispetto ad esso.

A partire dall'ipotesi che il rischio da stress lavoro-correlato stia in rapporto al modo con cui sono condivise le diverse dimensioni di un contesto, abbiamo effettuato (SPPR in collaborazione con lo Studio di Psicosociologia-SPS) la valutazione e l'intervento sul rischio stesso.

Abbiamo pensato quindi che fosse utile rilevare le componenti culturali per valutare gli elementi di rischio e pianificare interventi volti a prevenirlo.

Da questo momento in poi utilizzerò il costrutto psicosociale in sostituzione di stress lavoro-correlato (termine indicato dalla legge 81/2008) perché ritenuto più coerente con la metodologia di lavoro e la teoria dell'organizzazione utilizzate per intervenire, metodologia e teoria che fanno riferimento alle "relazioni" che si sviluppano nelle diverse componenti dell'organizzazione piuttosto che ai "singoli individui".

Alcune riflessioni sui lavori attualmente in corso: i seminari formativi

Vorrei proporre qualche riflessione su un'attività nella quale siamo al momento impegnati: i seminari formativi rivolti alle unità operative dell'azienda ospedaliera maggiormente in rapporto con le culture a rischio psicosociale.

Ho parlato dettagliatamente di aspetti normativi in quanto ritengo che la conoscenza degli stessi porti ad utilizzarli al meglio. Conoscerli permette di non rischiare di scivolare nel puro adempimento rispetto alla legge, ma considerarli come pretesti utili per trattare culture e vissuti. Sono pretesti che permettono il dialogo con interlocutori interni ad SPPR (i colleghi del Servizio) ed esterni allo stesso (gli operatori dell'ospedale). Da qualche tempo la parte più interessante del lavoro è diventata la sollecitazione e la trattazione delle domande portate da questi interlocutori. La valutazione del rischio psicosociale è quindi doverosa (si tratta di un adempimento di legge) ma nello stesso tempo è un'occasione per migliorare la sicurezza e la salute degli operatori e dei pazienti.

Ho anche voluto precisare la differenza tra i due costrutti, rischio psicosociale e da stress lavoro-correlato, in quanto penso che delinearli significhi anche precisare da quale prospettiva interveniamo, quale metodologia di lavoro sostiene l'intervento.

Ritornando alle riflessioni sui lavori in corso, ritengo necessario inserirle in una cornice di riferimento che tracci le fasi salienti della valutazione e intervento sul rischio psicosociale.

- I fase (2009) - E' stata realizzata un'indagine esplorativa con la partecipazione di 15 Unità Operative rappresentative delle principali linee di attività dell'ospedale.

- II fase (2010) - E' stata effettuata la Valutazione su tutto l'ospedale, mediante la somministrazione di un questionario elaborato utilizzando gli elementi emersi nella precedente fase esplorativa. Sono stati raccolti 965 questionari. Ha risposto quasi il 60% dell'intera popolazione del personale ospedaliero.

- III fase (2011) - Sono stati restituiti i risultati emersi dal questionario.

- IV fase (2011-2012) - Abbiamo organizzato dei seminari formativi rivolti a tutti gli operatori di ciascuna unità operativa, finalizzati a trattare le culture a rischio, a riconoscere e valorizzare l'esistenza della risorsa insita nella creazione di rapporti di scambio in alternativa ai conflitti o all'ignoramento entro la propria struttura di appartenenza.

Abbiamo attivato gli incontri a partire dalle unità operative che, secondo i risultati della ricerca effettuata tramite il questionario, hanno portato le questioni lavorative più significative, emblematiche dell'ospedale.

La ricerca ha mostrato che il rischio psicosociale è in rapporto ai differenti repertori culturali in cui si articola la più complessiva cultura dell'ospedale. Sono emerse due aree di rischio.

In primo luogo, quella associata al rapporto tra dirigenza e operatori sanitari: questi ultimi non sentono rivolta un'adeguata attenzione a obiettivi, risultati e competenza professionale. Ciò conduce a una situazione anomica degli operatori completamente ignorata dalla dirigenza, che dal canto suo non rileva problemi.

La seconda area di rischio è quella associata alla paura di accerchiamento connessa o meno alla difesa rappresentata dall'utilizzo dell'amicizia e della coesione difensiva nei gruppi di lavoro. L'accerchiamento è vissuto a diversi livelli: professionale (pazienti e familiari), organizzativo (turni e carichi di lavoro), gerarchico/strutturale (rischio di perdere il lavoro) e istituzionale (magistratura incombente).

Se le culture sono un fattore di rischio, esse sono anche una risorsa e la loro conoscenza costituisce già un'iniziativa d'intervento. A tal fine i dati di questa ricerca sono stati usati entro comunicazioni mirate a tutto il personale e a piccoli gruppi, entro alcune unità operative nelle quali siamo intervenuti in passato e stiamo intervenendo tuttora.

Lavorando con le unità operative abbiamo avuto modo di cogliere quegli eventi critici che pongono gli operatori sanitari in una posizione difficile, questioni che possono continuare ad essere ignorate, convivendo con un'insoddisfazione lavorativa, o trattate nell'ipotesi di migliorare anche la propria soddisfazione.

Se ad SPPR giungono istanze da parte dei lavoratori che non vedono accolta la propria aspettativa di risposta ad una domanda di salute e sicurezza sul lavoro, nelle unità operative con le quali abbiamo lavorato le problematiche sono presentate dai pazienti e dai loro familiari che non vedono confermata la loro aspettativa di risposta ai problemi di salute portati.

In entrambi i casi si tratta di lavorare affinché le posizioni di dipendenza nelle quali si trovano ora il lavoratore, ora il paziente/familiare diventino di dipendenza utile e non sfocino in una contro dipendenza aggressiva. Adoperarsi in tal senso, sia nel caso del lavoratore che in quello del paziente/familiare, non significa assecondare qualsiasi richiesta ma aiutarli a cogliere il significato delle domande portate condividendo il senso di ciò che si fa.

Per i tecnici di SPPR che effettuano un sopralluogo in un reparto, ad esempio questo significa provare a vedere la richiesta di un adeguato microclima non solo come dato di realtà, ma anche come modalità per chiedere qualcos'altro di più difficile individuazione da parte di un singolo lavoratore o di un gruppo di lavoro.

Per gli psicologi di SPPR che realizzano dei seminari formativi rivolti a gruppi di operatori di un'unità operativa, questo ha significato provare a vedere la richiesta di una direzione/coordinamento adeguato, non solo come un dato di realtà, ma anche come modalità per svincolare l'implicazione diretta su questioni che un gruppo potrebbe invece trattare senza delegarle alla direzione/coordinamento stesso.

Potrei quindi fare l'esempio di alcune questioni portate dai pazienti/parenti e trattabili dagli operatori:

- la difficoltà manifestata da un paziente che improvvisamente si trova al Pronto Soccorso senza aver avuto il tempo di riorganizzarsi emotivamente rispetto ad uno stato di salute che ha avuto un cambiamento repentino;
- i problemi posti da una paziente che partorisce in Ostetricia e si rapporta ad un evento (la nascita del figlio) implicante profonde e complesse trasformazioni;
- le preoccupazioni espresse dai genitori di un bambino patologico ricoverato in Neonatologia, che si confrontano con una realtà diversa da quella attesa;
- i dubbi formulati da un paziente ambulatoriale nell'orientarsi rispetto alla comprensione di un disturbo recentemente insorto.

Per concludere vorrei condividere una riflessione riguardante un aspetto che ho trovato interessante nel lavorare con le unità operative coinvolte nei seminari: si tratta del rapporto tra eventi critici, medicalizzazione delle cure/dipendenza acritica del paziente e sviluppo di competenze relazionali.

Tutti i partecipanti ai seminari ci hanno parlato di eventi critici, di questioni lavorative con le quali si confrontano quotidianamente, problemi spesso legati alle difficoltà di rapporto verso pazienti vissuti minacciosamente e rispetto ai quali non si dispone di criteri di lettura sufficienti per capirne le reazioni: in alcuni casi sono stati ringraziati da pazienti nei confronti dei quali non era stato possibile adoperarsi al meglio, in altri sono stati criticati da pazienti con i quali invece si era lavorato al massimo delle proprie potenzialità.

Tutte le unità operative potrebbero quindi continuare a trattare queste criticità, ma solo con alcune è stato possibile convenire sull'utilità di ulteriori forme di intervento. Si tratta di quei contesti dove la medicalizzazione delle cure è più debole e non può assolvere alla funzione difensiva nei confronti dei pazienti. Si tratta anche di quei contesti meno ancorati alla logica dei DRG (Diagnosis Related Group). Si tratta infine di quei contesti dove più che in altri il paziente nei panni del paziente proprio non vuole stare. Sono quindi quelli dove lo sviluppo di competenze utili a trattare con i pazienti non solo è necessario ma è anche desiderato.

Bibliografia

Coordinamento tecnico interregionale della prevenzione nei luoghi di lavoro (2012). *Stress lavoro-correlato: Indicazioni per la corretta gestione del rischio e per l'attività di vigilanza alla luce della lettera circolare del 18 novembre 2010 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali*. Retrieved from <http://olympus.uniurb.it/images/stories/regioni-stress-faq-2012.pdf>

INAIL (2011). *Valutazione e gestione del rischio da stress lavoro-correlato*. Retrieved from <http://www.inail.it/repository/ContentManagement/node/N1926320722/StressLavoroCorrelato.pdf>

Fonti Normative

Accordo Europeo sullo Stress sul Lavoro (8/10/2004) (Accordo siglato da CES - sindacato Europeo; UNICE "confindustria europea"; UEAPME - associazione europea artigianato e PMI; CEEP - associazione europea delle imprese partecipate dal pubblico e di interesse economico generale).

Circolare del 18 novembre 2010 "*Indicazioni per la valutazione dello stress lavoro-correlato approvate dalla Commissione consultiva per la salute e sicurezza sul lavoro*".

Decreto Legislativo 19 settembre 1994, n. 62 "*Attuazione delle direttive 89/391/CEE, 89/654/CEE, 89/655/CEE, 89/656/CEE, 90/269/CEE, 90/270/CEE, 90/394/CEE, 90/679/CEE, 93/88/CEE, 95/63/CE, 97/42/CE, 98/24/CE, 99/38/CE, 99/92/CE, 2001/45/CE, 2003/10/CE, 2003/18/CE e 2004/40/CE riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro*".

Decreto Legislativo 23 giugno 2003, n.195 "*Modifiche ed integrazioni al decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, per l'individuazione delle capacità e dei requisiti professionali richiesti agli addetti ed ai responsabili dei servizi di prevenzione e protezione dei lavoratori, a norma dell'articolo 21 della legge 1° marzo 2002, n. 39*".

Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 "*Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro*".

Legge 1 marzo 2002, n.39. "*Disposizioni per l'adempimento di obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia alle Comunità europee. Legge comunitaria 2001*".