



STRESS LAVORO CORRELATO contribuito dal Gruppo di lavoro CIIP

Milano 21 ottobre 2015

Laura Bodini per Gruppo CIIP Stress LC



EUROPA → STRESS LC

- Le ricerche europee indicano nei fattori di rischio psicosociali peggiorati dalla crisi elementi importanti e EU-OSHA ha lanciato per 2014-2015 la campagna sulla gestione dello stress LC
- Le ricerche ESENER si focalizzano sui rischi emergenti: la metà dei datori di lavoro considera i rischi psicosociali più difficili da gestire rispetto ai rischi per la salute e la sicurezza sul lavoro "tradizionali" o più ovvi
- I documenti di HIREs (Health in restructuring) indicano che l'impatto delle riorganizzazioni aziendali debba essere considerato nella valutazione dell'esposizione a stress LC

Insieme per la
prevenzione e la
gestione dello



ALCUNE CERTEZZE SUL TEMA

- Tema della “*Campagna Europea 2014-2015*”
- L’organizzazione del lavoro è alla base di molti “altri” rischi quindi occorre migliorarne l’analisi e la capacità di intervento
- Numerosi documenti della Pubblica Amministrazione: FAQ, Linee Guida, oggi progetto CCM 2015-2016 (illustrati nella iniziativa CIIP del 21 ottobre al CCP).
- Molti Seminari delle forze sociali, delle istituzioni e delle associazioni in questi 2 anni (l’ultimo quello ANMA a Venezia il 25 settembre), materiali su siti ASL, associativi
- Documento CIIP , inizio del lavoro del Gruppo di Lavoro materiali nei vari siti delle associazioni e in www.ospedalesicuro.eu
- Tema del Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018 e dei Piani Regionali Prevenzione

Il richiamo normativo e culturale non ancora valorizzato pienamente

Art 28 del DLgs 81/2008 : La valutazione deve riguardare tutti rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, quelli riguardanti le lavoratrici in stato di gravidanza, nonché quelli connessi alle differenze di genere, all'età, alla provenienza da altri Paesi e quelli connessi alla specifica tipologia contrattuale attraverso cui viene resa la prestazione di lavoro

CIIP ha da tempo lanciato un non facile confronto tra le associazioni su questi temi

Temi sottovalutati nelle “ valutazioni “

Fattori organizzativi: lavoro a turni, lavoro notturno

Differenze di Genere

Differenze contrattuali: insicurezza del lavoro, precarietà

Differenze di provenienza

Differenze di età

Valutazioni del rischio troppo aspecifiche e non orientate alla ricerca delle soluzioni

CIIP ha da tempo lanciato un non facile confronto tra le associazioni su questi temi vedi anche il Gruppo gemello “*Invecchiamento e lavoro* “ (materiali del Seminario del 30 settembre su sito www.ciip-consulta.it)

BACKGROUND

NEGLI ULTIMI DECENNI GRANDI CAMBIAMENTI SOCIO-ECONOMICI
globalizzazione dell'economia, con internazionalizzazione del commercio, degli
investimenti e della finanza

mercati di consumo in rapido cambiamento

riduzione della manifattura ed espansione del settore dei servizi

aumentata richiesta di flessibilità nell'organizzazione delle imprese:

outsourcing

privatizzazioni

fusioni e acquisizioni

Conseguenze:

riduzione del personale attraverso licenziamenti e offerte di prepensionamento

aumento dell'utilizzo di lavoratori temporanei o in subappalto

aumento dell'insicurezza lavorativa (job insecurity) tra i lavoratori sopravvissuti ai tagli,
sia permanenti che temporanei

peggioramento delle condizioni di lavoro (aumento delle attività da svolgere e dei ritmi di
lavoro)

aumento della proporzione di lavoratori adibiti a turni (24h-society)

Dalla relazione di Angelo D'Errico Seminario SNOP Milano 18 settembre 2015



ASSOCIAZIONI RIPORTATE IN LETTERATURA SU JOB INSECURITY E SALUTE

peggiore salute fisica (Ferrie et al., 2005; D'Souza et al., 2003; Burgard et al., 2009)

peggiore salute mentale (Swaen et al., 2004; Lau & Knardahl, 2008; Lilley et al., 2011)

ansia (Boya et al., 2008; D'Souza et al., 2003; Edimansyah et al., 2008)

depressione (Andrea et al., 2009; Boya et al., 2008; Rugulies et al., 2006; Burgard et al., 2009; D'Souza et al., 2003; Edimansyah et al., 2008)

burnout (Norlund et al., 2010)

disturbi muscoloscheletrici (Lipscomb et al., 2008; d'Errico et al., 2010; Clays et al., 2007; Cole et al., 2005)

assenze per malattia (Vathera et al., 1997; D'Souza et al., 2006; Kivimaki et al., 2000)

ipertensione arteriosa (Burchell, 1994; Kalil et al., 2010)

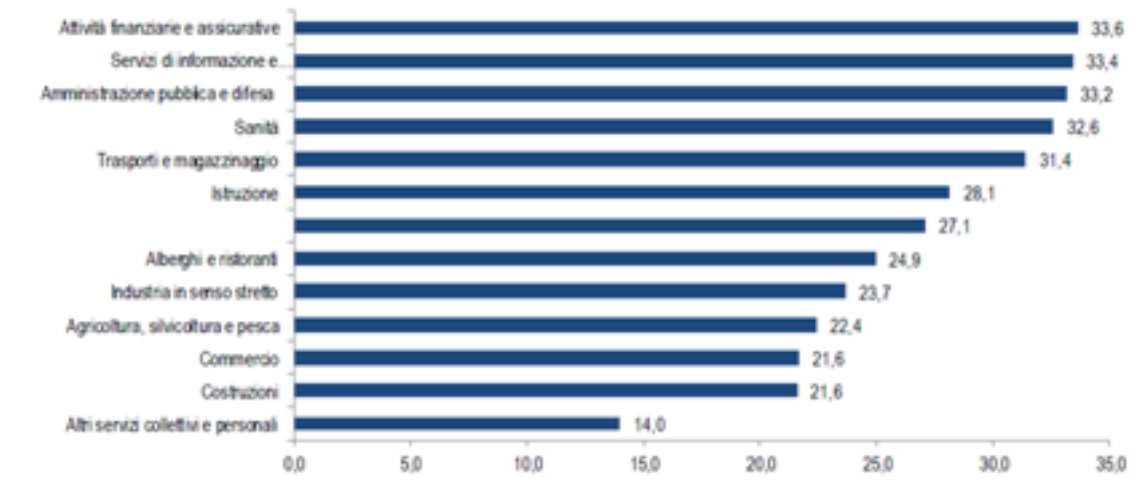
riduzione attività dei linfociti killer → aumento della suscettibilità alle infezioni (Boscolo et al., 2009)

cardiopatìa ischemica (Siegrist et al., 1990; Lee et al., 2004)

Dalla relazione di Angelo D'Errico Seminario SNOP Milano 18 settembre 2015

Alti carichi di lavoro, per settore Italia - Forze di Lavoro 2013

FIGURA 4 - OCCUPATI CHE HANNO DICHIARATO DI ESSERE ESPOSTI A TEMPISTICHE DI LAVORO PRESSANTI O CARICO DI LAVORO ECCESSIVO SUL LUOGO DI LAVORO PER SETTORE DI ATTIVITÀ ECONOMICA. Valori percentuali, Il trimestre 2013



TOTALE: UOMINI: 25.4%
DONNE: 25.1%

Dalla relazione di Angelo D'Errico Seminario SNOP Milano 18 settembre 2015

OMS → STRESS LC



L'OMS ritiene che, entro il 2020, la depressione diventerà la causa principale d'inabilità al lavoro.

Il luogo di lavoro può costituire un ambiente privilegiato per la prevenzione dei disturbi psicologici e per la promozione di una migliore salute mentale.

(Migliorare la qualità e la produttività sul luogo di lavoro: strategia comunitaria 2007-2012 per la salute e la sicurezza sul luogo di lavoro)

STRESS LC – EFFETTI SULLA SALUTE

Diverse revisioni di letteratura hanno trovato un **consistente aumento del rischio di sviluppare patologie in lavoratori esposti a stress lavoro-correlato**, soprattutto:

- **malattie cardiovascolari** (Hemingway and Marmot 1999, Eller et al. 2009, Kivimaki et al. 2006, Netterstrøm & Kristensen 2005, Belkic et al. 2004)
- **disturbi psicologici comuni** (Mausner-Dorsch & Eaton 2000; de Lange et al. 2003; Stansfeld & Candy 2006)
- **depressione** (Bonde 2008; Netterstrom et al. 2008)
- **disturbi muscoloscheletrici del rachide e dell'arto superiore** (Linton et al. 2001, Van der Windt et al. 2000; Ariens et al., 2000; da Costa & Vieira, 2010)
- **assenze per malattia** (Michie & Williams 2003; Duijts et al 2007, Bekker et al. 2009)

EUROPA: STRESS LC – COSTI

- La Commissione Europea nel 2002 ha stimato che il costo annuale dello stress lavoro-correlato, dovuto ai suoi effetti sulla salute e alle relative assenze per malattia, **nei 15 paesi EU pre-2004** era in media tra il 3-4% del PIL, pari a **265 miliardi di Euro** (Levi 2002).
- L' EU-OSHA ha stimato che il costo delle malattie dovute a stress lavoro-correlato era (EU-OSHA 2009):
 - in **Francia** tra **830 milioni e 1,7 miliardi di Euro**
 - in **Germania** **3 miliardi di Euro**
- Un altro studio sui costi dello stress LC in **Francia** ha stimato un costo annuale **tra 1,2 e 2 miliardi di Euro** (Béjean & Sultan-Taieb 2005)
- In **Gran Bretagna**: malattie e assenze dovute a stress LC hanno per la società un costo annuale stimato in **5,7 miliardi di Euro** (HSE 2010)
- In **Olanda**: costo annuale di malattie psicologiche correlate al lavoro stimato in **2,3 miliardi di Euro** (Koukoulaki 2004)

EUROPA → Criteri per la valutazione e gestione dello stress LC

I principali criteri per la valutazione e gestione dello stress LC a livello aziendale sono comuni a diverse linee guida europee (Leka et al 2008) e nazionali (HSE 2007, UK; Satzer & Geray 2009, DE; Moncada et al. 2002, ES), inclusi:

- **l'informazione dei lavoratori** sui principali fattori di stress sul lavoro e sulle loro conseguenze sulla salute (vedi anche Accordo europeo del 2004)
- la **creazione di un gruppo di lavoro permanente ad hoc** per la valutazione e la gestione dello stress comprendente i lavoratori o loro rappresentanti
- **l'identificazione di gruppi omogenei di lavoratori**, in termini di mansione e attività svolte
- un'**analisi iniziale** dell'esposizione a stress LC mediante l'esame **di dati su eventi sentinella** potenzialmente associati (assenteismo, turnover, turni, produttività, sanzioni, infortuni, malattie professionali) per gruppo omogeneo
- la **partecipazione dei lavoratori** sia alla fase della **valutazione** dell'esposizione a fattori di stress, sia a quella dell'**implementazione di interventi** per la loro riduzione
- **l'utilizzo combinato di dati oggettivi** (sopralluoghi e check list) e **soggettivi** (questionari, focus group) **per la valutazione** dell'esposizione a stress LC

DIFFUSIONE DELLO STRESS LC

Nei paesi europei si stima che il 25-30% di lavoratori siano esposti a «rischio organizzativo» elevato (da cui la scelta del biennio europeo 2014-2015)

Ma in Italia ?

Il Paradosso Italia (1)

Malgrado in Italia negli ultimi anni si siano verificati:

- Peggioramento delle condizioni contrattuali con blocco dei contratti e il blocco del turnover nella pubblica amministrazione (sanità, scuola..)
- Aumento della precarietà nelle varie forme e pesanti ristrutturazioni aziendali
- Modifiche significative degli orari di lavoro
- Criticità gestionali di alcuni diritti (assenze per malattia, maternità, ridotta capacità lavorativa)
- Indicatori di malessere (aumento consumo fumo, alcool, psicofarmaci, dipendenza da gioco d'azzardo, comportamenti aggressivi nella società e nei luoghi di lavoro, suicidi...) che emergono anche dai dati correnti gestionali delle ASL

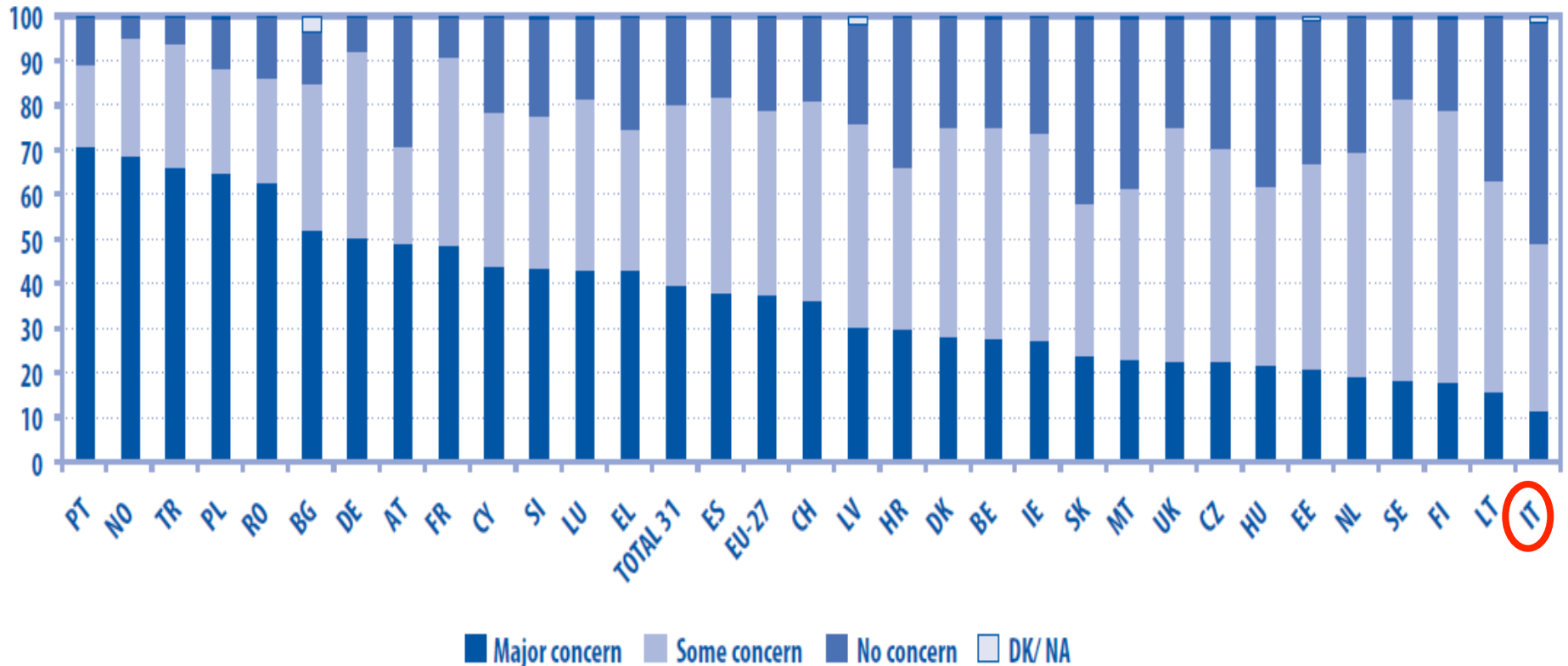
Il Paradosso Italia (2)

- Malgrado queste “premesse”, i primi risultati delle indagini e della valutazioni dei rischi su stress LC (2010-2014) non rispecchiano i risultati degli altri paesi europei“, ma in Italia vi è frequentemente un anacronistico e tranquillizzante «**semaforo verde**»
- Anche in settori critici indicati dal mondo scientifico e dall'Europa: sanità, scuola, grande distribuzione, trasporti, etc.
- Anche in situazioni di pesante ristrutturazione aziendale

Perché?

Preoccupazione dei datori di lavoro verso lo stress LC EU-OSHA, ESENER Report 2010

Figure 22: Concern regarding work-related stress, by country (% establishments)



Base: all establishments.

Qualche causa possibile (1)

- **Mancanza di cultura del benessere da parte di molte aziende** (sottovalutazione del problema difensivismo, paura di contenziosi medico-legali, burocratismo) **valutazione rischio stress obbligo burocratico o opportunità organizzativa ?**
- **Limitata adozione dell'Accordo Quadro Europeo SLC** come strategia di miglioramento dell'efficienza delle aziende (art.1 com3) e partecipazione dei lavoratori nella ricerca delle soluzioni (art.4. com3)
- **Frequente affidamento ad esterni della VDR** con scarsa valorizzazione delle competenze e conoscenze interne all'impresa
- **Mancanza di (uso strumenti di) ascolto e scarsa partecipazione informata e formata di lavoratori e RLS**
- **Mancata valorizzazione e scarso coinvolgimento dei medici competenti**

Qualche causa possibile (2)

- Dibattito sugli strumenti (oggettivo/soggettivo) e non sulle soluzioni
- Confusione, più o meno intenzionale, tra stress e stress al lavoro
- Confusione tra valutazione dello stress e valutazione del RISCHIO stress
- Nelle VDR da sempre maggiore attenzione a safety (attrezzature, impianti, DPI) rispetto a security (ruoli, benessere, organizzazione)
- Ristrutturazioni aziendali significative non sono prese in considerazione con i sistemi di valutazione esistenti

Altre possibili cause (3)

- Uso di indicatori non mirati
- Assenteismo → presenteismo
- Infortuni → poco mirato in molti settori del terziario
- patologie professionali → ancora largamente sottostimate
- disturbi soggettivi, aumento consumo farmaci → non raccolti con sistematicità
- Scarsa attitudine alle soluzioni dei problemi organizzativi individuati

E ancora (4)

- Mancata o errata analisi per gruppi omogenei, aspecificità, mancato coinvolgimento degli RLS
- Mancata attenzione ai problemi man mano rilevati e scarsa attitudine alle soluzioni (ergonomiche, formative, organizzative) dei problemi individuati
- Predilezione per interventi di prevenzione rivolti al singolo ed al sostegno delle sue capacità di far fronte allo stress, invece che verso aspetti di progettazione, organizzazione, gestione del lavoro

Malattie professionali riconosciute da Inail per Regione e per Codice sanitario nel 2013

Codice Sanitario	Piemonte	Lombardia	Veneto	Friuli-V. Giulia	Emilia-Romagna	Liguria	Toscana	Umbria	Marche	Abruzzo	Lazio	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna	Totale 17 regioni	Totale Italia
055 Altri tumori maligni dell'apparato digerente e del peritoneo e retroperitoneo	5	7	8	4	5	0	8	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	27	27
060 Tumore maligno delle cavità nasali, orecchio medio e seni annessi	5	10	7	2	2	1	7	2	4	0	1	3	1	0	1	4	4	54	50
082 Tumore maligno della trachea, dei bronchi, del polmone non specificato come secondario	18	31	15	45	10	15	13	12	4	1	9	19	21	8	1	8	4	268	266
083 Tumore maligno della pleura	82	129	44	51	48	37	55	8	12	2	12	9	18	1	2	17	2	529	534
077 Tumore maligno della vescica	31	1	0	3	2	4	14	0	1	0	2	3	4	0	2	3	1	71	71
Totale 20 Tumori	161	185	95	106	68	59	108	80	26	4	32	63	48	12	7	85	16	1.048	1.059
344 Disturbo dell'adattamento cronico	0	0	1	0	2	0	8	2	0	1	1	2	0	0	0	1	1	19	19
345 Disturbo post traumatico da stress cronico	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	5	5
Totale 22 Disturbi psichici	0	1	2	0	2	1	10	2	0	1	7	2	0	0	0	1	2	58	63
380 Ipcacuzia	111	318	143	79	204	22	210	81	150	164	79	36	135	25	85	85	84	2.061	2.082
381 Sordità	0	7	3	0	3	0	3	2	2	0	1	0	1	10	5	1	0	37	37
Totale 24 Malattie sistema nervoso e org. senso	121	344	157	97	292	24	270	89	186	239	89	36	141	35	79	89	101	2.471	2.404
252 Asbestosi	15	5	5	1	14	37	33	10	5	2	3	192	1	10	1	8	29	371	377
253 Pneumoconiosi da silice e silicati	10	6	2	1	2	6	7	0	1	1	7	3	2	0	18	2	9	75	75
254 Pneumoconiosi da altre polveri inorganiche	1	7	0	0	3	2	3	0	1	3	2	0	2	2	2	4	8	37	38
284 Piacche pleuriche, ispessimenti pleurici	20	41	58	70	29	34	76	18	15	1	6	166	21	24	0	29	5	613	618
Totale 26 Malattie dell'apparato respiratorio	57	92	79	81	74	82	144	43	36	18	39	378	25	19	34	65	80	1.376	1.396
Totale 30 Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	13	42	36	9	37	0	60	5	10	11	0	6	9	3	5	10	12	276	282
Totale 31 Malattie del sistema osteo-articolare, dei muscoli, tendini e legamenti	144	811	630	503	3013	112	2566	412	1762	1427	567	451	337	81	422	194	1366	15.006	15.343
Totale	697	1.488	1.010	799	3.488	278	3.124	585	2.022	1.699	737	942	574	170	548	894	1.607	20.198	20.608

Calabresi C. Riflessioni sulle malattie professionali nei dati Inail. Roma, 18 giugno 2015

Malattie professionali psichiche da stress denunciate e riconosciute da
INAIL nel periodo 2008-2013, per anno e tipo di definizione

ICD-X = F430, F431 e F432 (reazione acuta da stress)

Tipo definizione	2008	2009	2010	2011	2012	2013
non ancora definite	0	0	1	1	3	16
non riconosciute	30	62	133	133	126	121
riconosciute	19	23	37	34	34	24
TOTALE	49	85	171	168	163	161

Proposte : confrontarsi su analisi e soluzioni

Alcuni materiali interessanti per comparto prodotti anche in Itali (oltre che in Europa) ci indicano percorsi più mirati e virtuosi, ad esempio quelli prodotti da:

- da Europa su trasporti, alberghi, sanità
- da FIASO su sanità (ha partecipato ai due Convegni CIIP su Invecchiamento e Lavoro e Stress LC)
- da MIUR su scuola
- da Regioni e ASL su PMI, banche, GDO.... vedi anche materiali del Seminario CIIP del 21 ottobre

Proposte : che fare nel sistema impresa

Maggiore specificità:

- dare risposte a invecchiamento della popolazione lavorativa, alle questione di genere, ai bisogni e aspettative di giovani generazioni spesso con livelli di scolarità elevate
- orientamento alle soluzioni dei problemi organizzativi evidenziati con scambio, messa in rete di buone pratiche ...

Proposte: valorizzare il ruolo del Medico Competente

Ci vuole partecipazione e tempo per tutte le figure della prevenzione

Il medico competente deve essere nel cuore delle dimensioni e dinamiche relazionali, conosce il contesto, conosce le persone perché è un soggetto di ascolto qualificato e sa riconoscere e distinguere il disagio collettivo e individuale → quindi ha un ruolo centrale nella valutazione del rischio organizzativo (*come per altre tipologie valutative: rischio chimico, muscolo-scheletrico....*)

Proposte: valorizzare questo importante tema nel sistema pubblico Ministero/Regioni/ASL

- e' un punto importante del Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018 e dei Piani Regionali prevenzione
- deve essere un impegno forte per tutte le Regioni sia oggi nel progetto CCM (monitoraggio, formazione..) che nella programmazione delle attività di prevenzione (sostegno RLS, confronto con medici competenti, materiali..) e controllo
- garantire una maggiore uniformità di approccio e importanza nella programmazione territoriale in tutto il paese

ITALIA 2016 Stress LC : come migliorare ?

CIIP e le associazioni aderenti si impegnano a:

- Mantenere nel tempo il gruppo di lavoro sullo stress LC
- Sostenere con iniziative la sensibilizzazione alla cultura del benessere anche nel percorso della promozione della salute nelle aziende (benessere organizzativo)
- Rivalutare il percorso sostenendo le figure interne al sistema di prevenzione di impresa
- Raccogliere e diffondere esperienze, strumenti e soluzioni sulla gestione dello stress LC in settori specifici (es. sanità, istruzione, trasporti....)
- Riprendere l'ascolto dei soggetti, cominciando dal mondo di chi lavora e il loro ruolo: lavoratori, RLS, dirigenti, medico competente, ... fino ad ora poco valorizzati

Ripetiamo, per fare questo è necessario:

Le associazioni CIIP devono mettere a disposizione le tante competenze sanitarie, politecniche, epidemiologiche, ergonomiche, psicologiche e formative nel sistema pubblico e di impresa per:

- mantenere un costante aggiornamento nei vari siti associativi e su quelli CIIP www.ospedalesicuro.eu e www.ciip-consulta.it dei materiali e delle documentazioni su questi temi
- valorizzare appieno l' effetto moltiplicativo verso le tante figure del sistema di prevenzione, della pubblica amministrazione e delle forze sociali per migliorare valutazioni e soluzioni, per dare un contributo "nazionale" migliore a questo tema importante.
- Continuare il confronto anche dopo il biennio europeo



I COMMIT MYSELF TO PREVENTION
Environmental Food Health Safety Work



Gruppo di lavoro CIIP Stress LC

Annie Alemani
Antonia Ballottin
Laura Bodini
Danilo Bontadi
Marie Cantone

Paola Cenni
Giovanni Costa
Angelo d'Errico
Marie Frassine
Michele Maisetti
Franco Ottenga