



LAVORO PROLUNGATO E WMSDs



***Crisi strutturale
dei sistemi sanitari
nei paesi industrializzati***

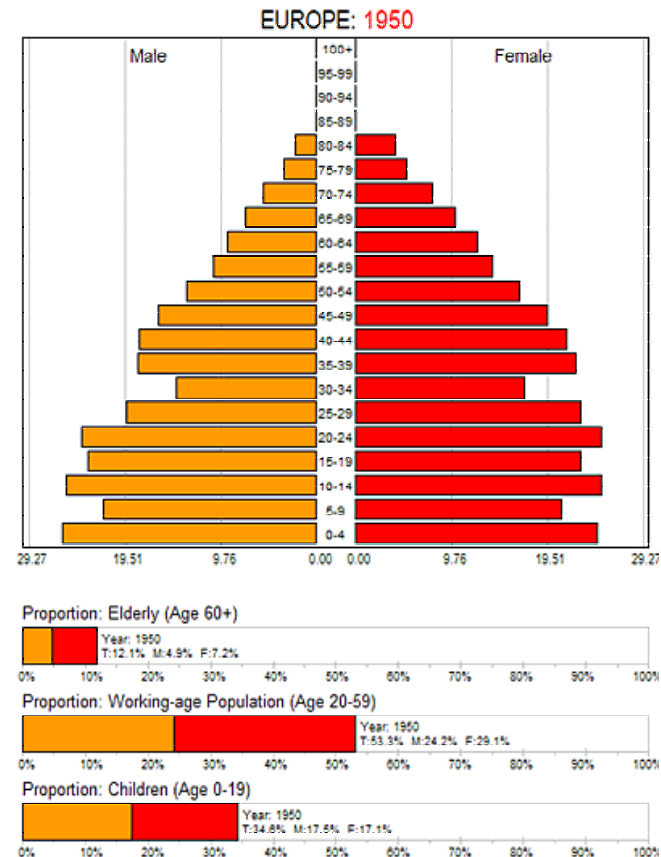


Crescita esponenziale della spesa sanitaria

- ❖ **Andamento demografico**
(invecchiamento progressivo della popolazione, con maggiore incidenza nella spesa sanitaria relativa al trattamento di patologie cronico degenerative e geriatrico)
- ❖ **Aumento dei costi di produzione**
- ❖ **Crescente innovazione tecnologica** nella diagnostica e terapeutica



**Necessità di riforma
dei sistemi sanitari**



Fattori di spesa del SSN: criticità

- ❖ **Costo del personale 35 Mld €
(33% della spesa sanitaria totale)**
- ❖ Alti tassi di ospedalizzazione
- ❖ Alta spesa farmaceutica
- ❖ Prestazioni acquisite da strutture private
- ❖ Acquisto di beni e servizi
- ❖ Inappropriatezza prescrittiva



Disavanzo stimato nel 2008 3,2 Mld €

(Rapporto Italia 2010)

Regione Lazio

13,7 miliardi € di indebitamento (2007)

(27,8% dell'indebitamento del SSN)

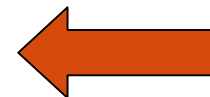
Disavanzo della spesa sanitaria 1,67 miliardi €

(49,5% del disavanzo del SSN)



Obbiettivi dei Piani di Rientro della spesa sanitaria

- ❖ Riorganizzazione della rete ospedaliera, riduzione di posti letto
- ❖ Distribuzione diretta dei farmaci, farmaci generici
- ❖ **Blocco delle assunzioni e del turnover del personale**
- ❖ Determinazione dei budget per gli erogatori privati, adeguamento delle tariffe a quelle stabilite a livello nazionale;
- ❖ Acquisti centralizzati e monitoraggio degli stessi
- ❖ Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva.



Riduzione globale dell'organico

Blocco delle assunzioni (totale o parziale in % rispetto alle cessazioni per fine rapporto)

Es: 12.000 cessazioni per fine rapporto in tre anni nella Regione Lazio (anni 2007-2009)

Piano di Rientro Regione Lazio (2007)

<i>Tabella n. 23</i>			
<i>(valori in migliaia di euro)</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>
<i>Totale cessazioni previste nel triennio</i>	<i>3.900</i>	<i>3.900</i>	<i>4.000</i>
<i>Costo medio regionale 2006</i>	<i>52.735</i>	<i>52.735</i>	<i>52.735</i>
<i>Risparmio effettivo per cessazioni 2007</i>	<i>122.578</i>	<i>122.578</i>	<i>122.578</i>
<i>Ulteriore risparmio su cessazioni 2008 e 2009</i>		<i>51.457</i>	<i>114.925</i>

Nuovo Patto per la salute (23/10/09) : ulteriore blocco delle assunzioni

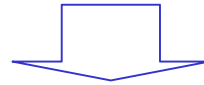
RIDUZIONE DELL'ORGANICO

Blocco delle assunzioni (totale o parziale in % rispetto alle cessazioni per fine rapporto)

Esternalizzazione dei servizi (ditte private, cooperative sociali)

Contratti a tempo determinato, a progetto, part-time, libero- professionale

CARENZA DI PERSONALE DI TIPO STRUTTURALE



- ❖ **Aumento progressivo dell'età media del personale sanitario**
- ❖ **Improvvisi carenze di personale (ferie, assenze per malattie/aspettative)**
- ❖ **Aumento dei carichi di lavoro (straordinari/ordini di servizio/ rinvio delle ferie anche oltre il primo semestre dell'anno successivo)**
- ❖ **Riduzione della competenza: distaccamento dei neo-assunti in aree critiche per far fronte alla carenza di personale**



AUMENTO DEL CARICO DI LAVORO FISICO E PSICOLOGICO

Orario di lavoro



Normativa europea

**DIRETTIVA DI RIFERIMENTO
2003/88/CE**

DIRETTIVA EUROPEA 2003/88/CE

	Articolo	Standard
Massimo orario settimanale consentito	Art. 6 a Art. 6 b Art. 16 b	<i>Il tempo massimo settimanale viene limitato tramite leggi nazionali o accordi collettivi</i> <u>Non più di 48 ore settimanali (compreso lo straordinario)</u> <i>Il periodo di riferimento può essere esteso fino a 4 mesi.</i>
Minimo orario di riposo giornaliero	Art. 3	<u>11 ore continuative nelle 24 ore</u>
Minima pausa giornaliera	Art. 4	<u>Una pausa dopo 6 ore lavorative</u> , come da accordi collettivi o legislazione nazionale
Minimo tempo di riposo settimanale	Art. 5	<u>Un periodo di riposo di 24 ore dopo 7 giorni lavorativi, da cumulare col riposo giornaliero</u>
		<i>Il periodo di riferimento è pari a 14 giorni</i>
Massimo orario di lavoro notturno consentito	Art. 8	<i>Per il lavoratore notturno, <u>non più di 8 ore di lavoro notturno nelle 24 ore</u></i>
Deroghe	Art. 17	<i>Sono possibili deroghe per alcune categorie tramite accordi collettivi, leggi, provvedimenti amministrativi</i>
	Art. 17 comma 3, lettera c	<i>Deroghe agli artt. 3,4,5,8,16 (...) quando si tratta:di servizi relativi all'accettazione, al trattamento e/o alle cure prestati da ospedali o stabilimenti analoghi, comprese le attività dei medici in formazione, da case di riposo (...)</i>

Orario di lavoro

Normativa europea

DEROGHE

La Direttiva prevede inoltre la possibilità di deroghe (art. 17 c. 3, l. c) per numerose categorie di lavoratori, tra i quali quelli impegnati nel settore sanitario, agli articoli

- ❖ 3 - riposo giornaliero
- ❖ 4 - possibilità di pause
- ❖ 5 - riposo settimanale
- ❖ 8 - durata del lavoro notturno
- ❖ 16 - calcolo dei periodi di riferimento

Orario di lavoro

Norma nazionale di riferimento

**Decreto Legislativo
8 aprile 2003, n. 66**



Decreto Legislativo 8 aprile 2003, n. 66

	Articolo	Norma
Massimo orario settimanale consentito	Art. 4 c 1 Art. 4 c 2 Art. 4 c 3	<i>Il tempo massimo settimanale viene limitato tramite leggi nazionali o accordi collettivi</i> Non più di 48 ore settimanali (compreso lo straordinario) <i>I contratti collettivi di lavoro possono in ogni caso elevare il limite di cui al comma 3 fino a sei mesi ovvero fino a dodici mesi a fronte di ragioni obiettive, tecniche o inerenti all'organizzazione del lavoro</i>
Minimo orario di riposo giornaliero	Art. 7	11 ore di riposo consecutivo ogni ventiquattro ore. <i>Il riposo giornaliero deve essere fruito in modo consecutivo fatte salve le attività caratterizzate da periodi di lavoro frazionati durante la giornata o da regimi di reperibilità.</i>
Minima pausa giornaliera	Art. 8	Almeno 10 minuti dopo 6 ore lavorative, o come altrimenti disposto da accordi collettivi
Minimo tempo di riposo settimanale	Art. 9 c. 1	Almeno 24 ore consecutive di riposo ogni 7 giorni, di regola in coincidenza con la domenica, da cumulare con le ore di riposo giornaliero di cui all'articolo 7. <i>il suddetto periodo di riposo consecutivo è calcolato come media in un periodo non superiore a quattordici giorni.</i>
Possibili eccezioni	Art. 9 c. 2 l. a Art. 9 c. 2 l. d	Attività di lavoro a turni ogni volta che il lavoratore cambi turno o squadra e non possa usufruire, tra la fine del servizio di un turno o di una squadra e l'inizio del successivo, di periodi di riposo giornaliero o settimanale. <i>Possibilità di modifiche a seguito di accordi collettivi aziendali</i>
Massimo orario di lavoro notturno consentito	Art. 13	Non più di 8 ore di lavoro notturno nelle 24 ore

Orario di lavoro

Decreto Legislativo 8 aprile 2003, n. 66

DEROGHE

Il D. Lgs. 66/03 prevede la possibilità di deroghe (art. 17 c. 3, l. c)
per numerose categorie di lavoratori, tra i quali quelli impegnati nel
settore sanitario, agli articoli

- ❖ 4 (riposo settimanale)
- ❖ 7 (riposo giornaliero)
- ❖ 8 (possibilità di pause)
- ❖ 13 (durata del lavoro notturno)

***Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro
del Personale del Comparto del Servizio Sanitario Nazionale
Quadriennio normativo 2006-2009***

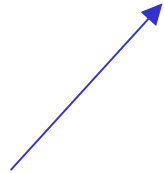
- Il riposo consecutivo giornaliero (art. 7 D.Lgs. 66/2003) può essere oggetto di deroga a seguito di accordo definito con le modalità previste dall'art. 4 c.5 del CCNL 7/04/1999 (contrattazione collettiva nazionale o integrativa a livello aziendale)
- In assenza di accordi tra le rappresentanze sindacali aziendali ed azienda, vale la normativa generale.



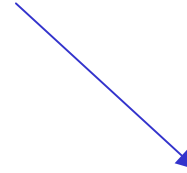
CARENZA DI ORGANICO



ORARIO PROLUNGATO

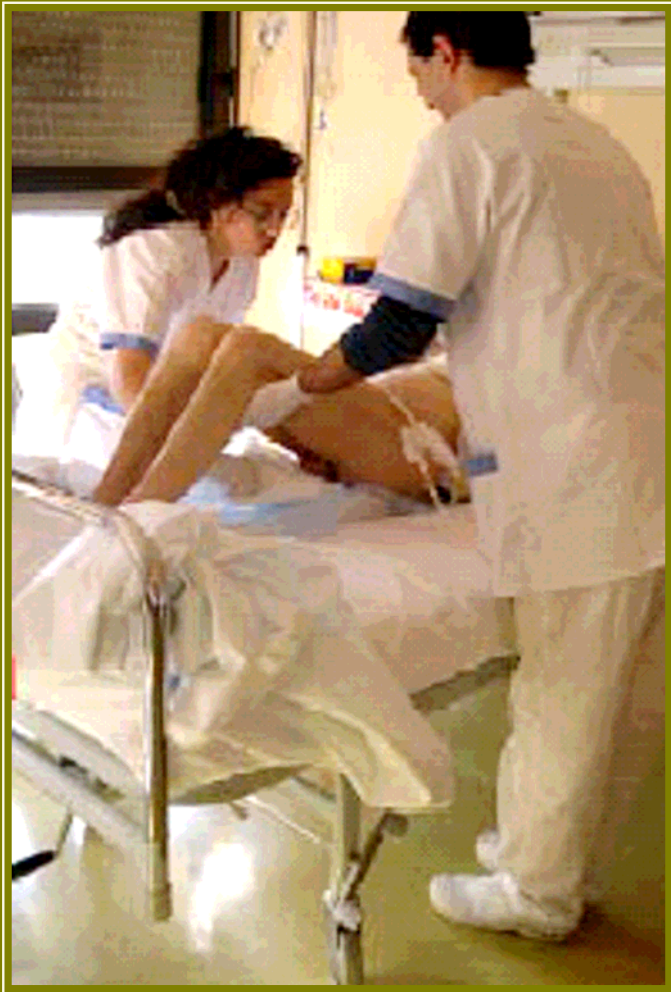


DEROGHE ALLE NORME
in materia di orario di lavoro



***Aumento del tempo
di esposizione***

Significativa associazione con WMSDs



Orario prolungato (più di 8 ore al giorno; più di 12 ore al giorno; più di 40 ore alla settimana)

Turnazione notturna

Turni di reperibilità

Turnazione straordinaria/Ordini di servizio

Turno lavorativo durante una malattia

Turnazione durante i giorni festivi

Interperiodo di riposo tra i turni inferiore alle 10 ore

Turni di lavoro maggiori di 12 ore al giorno combinati a più di 40 ore alla settimana

Significativa associazione con fatica cronica



Turnazioni imprevedibili

Deprivazione di sonno

*Ruoli parentali, per
impossibile o insufficiente
recupero della fatica fisica
correlata soprattutto al
turno notturno*

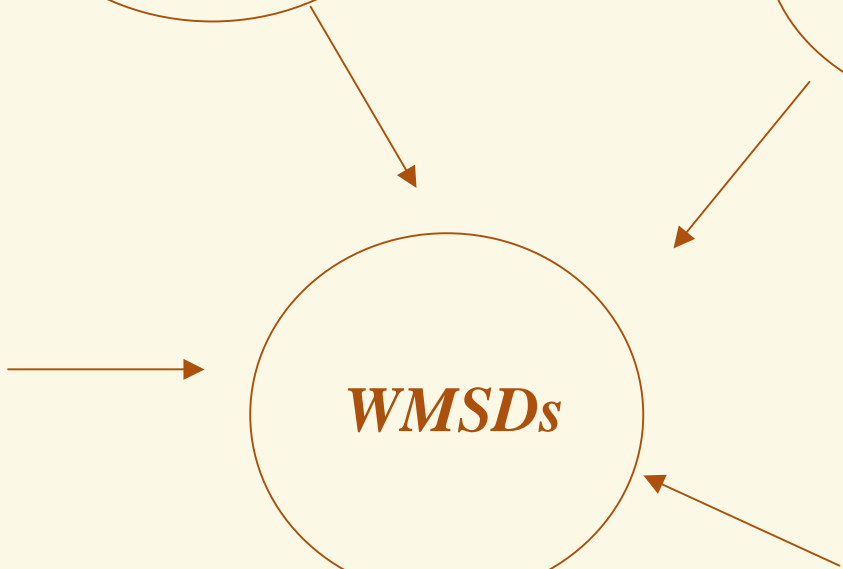
Tempo di esposizione

Fattori individuali

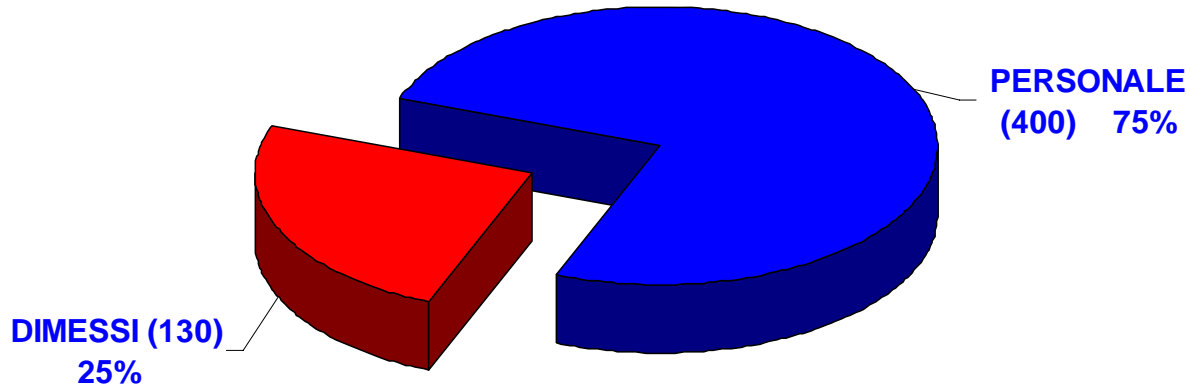


WMSDs

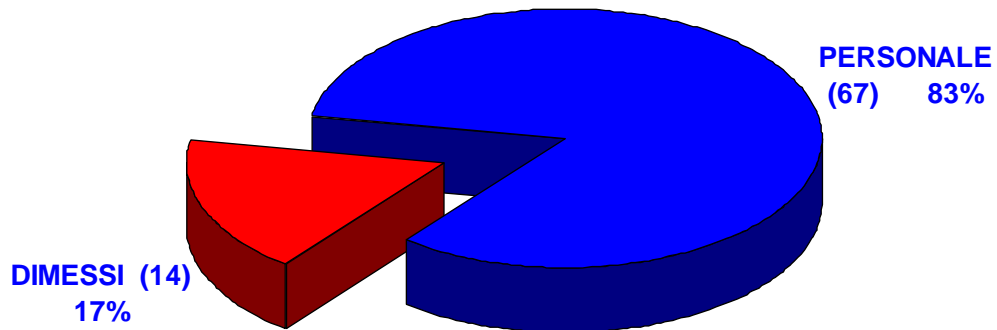
Stress lavoro correlato



PERSONALE INFERMIERISTICO



AUSILIARI



QUESTIONARIO

Scopo dello studio

Valutare l'organizzazione della turnistica e degli orari di lavoro all'interno di un Ospedale Classificato

Verificare la possibile associazione tra lavoro prolungato, stress lavoro-correlato ed insorgenza di disturbi muscoloscheletrici (WMSDs, LBP) nella popolazione lavorativa considerata (circa 400 infermieri)

Materiali e metodi

Utilizzo di un questionario (70 items) diviso in 8 sezioni principali:

- ❖ **data, indicazione del reparto e indice MAPO (laddove misurabile);**
- ❖ **dati generali e biografici;**
- ❖ **informazioni sulla tipologia delle turnazioni;**
- ❖ **percezione del carico lavorativo;**
- ❖ **informazioni sulle patologie intercorrenti, sul consumo di farmaci e voluttuario;**
- ❖ **informazioni sulla presenza di patologie osteoarticolari e muscolari (congenite o acquisite), presenza di familiarità per le patologie riferite;**
- ❖ **comparsa o aggravamento di sintomi a carico dei principali distretti articolari e della colonna vertebrale negli ultimi 12 mesi;**
- ❖ **informazioni sulla recente insorgenza di sintomi stress-correlati;**
- ❖ **dati relativi ad infortuni (recenti e pregressi), denunce INAIL ed assenze per malattia negli ultimi 12 mesi.**

Risultati preliminari

Sono stati raccolti questionari rappresentativi del **11%** circa della popolazione lavorativa considerata.

Reparti e Servizi: Cardiologia/UTIC; Nido/UTIN; B. Operatorio; Medicina; Ginecologia; S.O. Ostetricia; Radiologia; Laboratorio Analisi

Nel **77%** dei casi i lavoratori eseguono la **turnazione H 24 o turnazione “in quinta”**, che prevede la progressione di turni al mattino, pomeriggio, notte, con due giorni di riposo consecutivi (**MPNSR**)

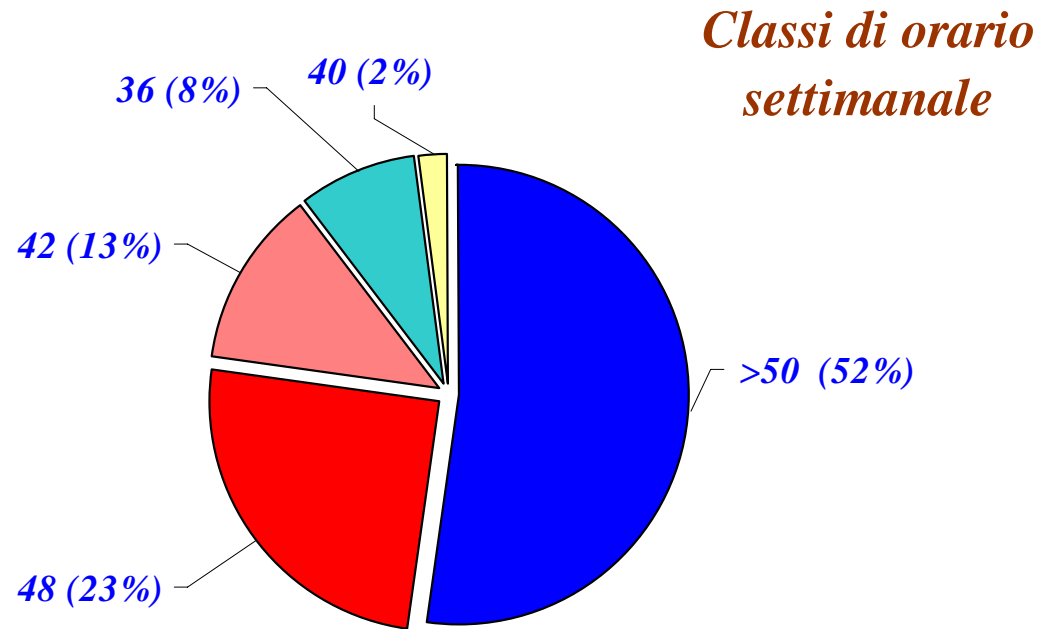
Nel **64%** dei casi **la propria turnazione è stata definita irregolare** (per la presenza di ore di straordinario richieste, per turni di reperibilità, per ordini di servizio che vengono somministrati senza adeguato preavviso, per la presenza di numerosi cambi turno operati tra colleghi) con importanti interferenze col sonno, e con la gestione della vita privata, sociale e familiare.

Risultati preliminari

Oltre il 50% del campione lavora >8 ore giornaliere e >50 ore settimanali (orario comprensivo di straordinari, ordini di servizio, rientri compensativi).

Oltre il 70% del campione effettua almeno 1 turnazione >12 ore giornaliere per settimana (per accorpamento di due turni successivi a causa di straordinario, ordini di servizio, rientri compensativi)

Nel 68% dei casi si dispone di un solo fine settimana libero al mese



Risultati preliminari

Si riferisce inoltre che la turnazione può determinare la presenza di

Interferenza col sonno (65%)

Interferenza con la vita sociale (70%)

Interferenza con la vita familiare (65%)

Patologie insorte a partire dal lavoro a turni

Lombalgie croniche (LBP) (50%)

Disturbi muscoloscheletrici diffusi (MSDs) (46%)

RISK ASSESSMENT: RICONSIDERARE IL MAPO?

*COME VALUTARE CORRETTAMENTE L'ESPOSIZIONE A MMP
IN CONDIZIONI DI LAVORO PROLUNGATO?*

$$(NC/Op \times FS + PC/Op \times FA) \times FC \times Famb \times FF$$

Calcolo n. operatori

*Es: lo stesso operatore nel turno prolungato (MP)
al mattino lavora con altri due colleghi,
ma in quello del pomeriggio con uno solo*

*Operazioni di movimentazione pazienti non autosufficienti
Aumentano di numero per il singolo operatore nei turni >8 ore*

Percentuale di movimentazioni ausiliate

*La carenza di personale ed il relativo aumento dei ritmi di lavoro
tendono a far ridurre la percentuale di movimentazioni ausiliate*

RISK ASSESSMENT: RICONSIDERARE IL MAPO?

COME VALUTARE CORRETTAMENTE L'ESPOSIZIONE TEMPORALE A SOVRACCARICO BIOMECCANICO NELLA MMP?

(NC/Op x FS + PC/Op x FA) x FC x Famb x FF x FT?

- *Ricostruire correttamente la storia espositiva del singolo operatore*
- *Riconsiderare gli strumenti di valutazione del rischio da MMP
(MAPO) IN MODO DA TENERE PRESENTE IL FATTORE TEMPO DI ESPOSIZIONE al
fine di non sottostimare il rischio espositivo del singolo operatore*