

PROMOZIONE DELLA SALUTE MENTALE NEL SETTORE SANITARIO

1. Introduzione

Con circa il 10% dei lavoratori nell'Unione europea, il settore sanitario è uno dei maggiori settori occupazionali europei. Il gruppo principale di operatori sanitari lavora negli ospedali. Altri operatori sanitari sono impiegati in luoghi di lavoro come studi medici, case di cura e altri ambiti sanitari, quali banche per la donazione del sangue o laboratori medici [Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro (EU-OSHA), 2007^o]. Questo settore è caratterizzato da uno squilibrio di genere significativo: quasi l'80% dei dipendenti è di sesso femminile (Fondazione europea per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro, 2008).

Secondo l'Organizzazione internazionale del lavoro (OIL, 2005), i problemi psicosociali possono causare malattie, infortuni, stigmatizzazione, isolamento e persino il decesso. Possono inoltre avere un impatto considerevole sul datore di lavoro, causando la riduzione della produttività e un abbassamento del morale. Il personale del settore sanitario è particolarmente soggetto a tali rischi per la salute mentale [Organizzazione mondiale della sanità (OMS), 2004]. Pertanto, è importante e molto utile investire nella promozione della salute mentale in questo settore.

Secondo l'OMS (2009), la salute mentale può essere concettualizzata come uno stato di benessere in cui l'individuo:

- realizza le proprie capacità;
- riesce a far fronte al normale stress quotidiano;
- sa lavorare in modo produttivo e proficuo;
- è in grado di dare un contributo alla comunità in cui vive.

In questo senso positivo, la salute mentale è la base per il benessere e il funzionamento efficace del singolo e della comunità. Questo concetto fondamentale di salute mentale è coerente con l'interpretazione ampia e varia data dalle diverse culture.

Questo articolo è rivolto ai datori di lavoro, delinea in modo dettagliato i problemi relativi alla salute mentale nel settore sanitario e fornisce informazioni pratiche sugli interventi tesi a promuovere la salute mentale.

2. Fattori di rischio psicosociale della salute mentale e relative conseguenze

2.1. Fattori di rischio psicosociale

I rischi psicosociali sono legati al modo in cui il lavoro è concepito, organizzato e gestito, nonché al contesto economico e sociale di lavoro. Inoltre tali rischi comportano un aumento del livello di stress e possono causare un grave deterioramento della salute fisica e mentale (EU-OSHA, 2007b).

Sono stati sviluppati vari modelli di stress che illustrano il rapporto tra i fattori di rischio e la salute



Promozione della salute mentale nel settore sanitario

dei lavoratori. Uno dei più noti è il modello domanda-controllo-supporto (Karasek, 1979; Karasek e Theorell, 1990; Johnson e Hall, 1988). Questo modello definisce tre principali fattori psicosociali di stress che incidono sul benessere di un lavoratore:

- richieste psicologiche;
- controllo o autonomia decisionale;
- supporto sociale.

Secondo questo modello, le reazioni negative allo stress (come affaticamento, ansia, depressione e malattia fisica) si verificano quando vi sono richieste elevate dal punto di vista psicologico e il controllo del lavoro nel processo decisionale è basso. Il supporto sociale può fungere da tampone.

Esistono molti fattori di rischio psicosociale legati al lavoro (McNeely, 2005; Cox e Griffiths, 1996; Jettinghoff e Houtman, 2009), fra cui:

- turni di lavoro;
- calendario di lavoro troppo serrato o inadeguato;
- scarso controllo sul lavoro;
- richieste di lavoro elevate;
- carico di lavoro elevato;
- scadenze serrate;
- informazioni insufficienti;
- scarsa giustizia organizzativa;
- scarso lavoro di squadra;
- scarse relazioni interpersonali;
- mancanza di supporto sociale;
- lavoro in isolamento;
- ridimensionamento;
- risorse insufficienti.

I fattori di rischio psicosociale legati al lavoro che sono tipici del settore sanitario (McNeely, 2005; Cox & Griffiths, 1996; Jettinghoff & Houtman, 2009) comprendono:

- aspettative elevate associate a tempo, competenze e supporto sociale insufficienti;
- confronto con il dolore;
- assistenza a pazienti moribondi;
- emergenze;
- esposizione a eventi traumatici;
- reclami e contenziosi.

Anche la violenza e le molestie sono pericoli psicosociali presenti nel settore sanitario. I comportamenti violenti possono provenire da pazienti, visitatori o colleghi (EU-OSHA, 2007a). Il settore sanitario e sociale è caratterizzato dalla massima esposizione alla violenza sul luogo di lavoro nell'UE a 27 (15,2%). L'incidenza di bullismo e molestie in questo settore è superiore alla media. Nelle professioni in cui i rischi fisici sono elevati (per es. industria manifatturiera o edilizia), la violenza e le molestie non sono frequenti. Al contrario, nel settore sanitario e sociale (dove i rischi fisici sono piuttosto bassi), l'esperienza di un'effettiva violenza fisica o la minaccia di violenza fisica è otto volte superiore a quello del settore manifatturiero, per esempio (Parent-Thirion e altri, 2007). Secondo il progetto danese intitolato "*Violence as a form of expression*" (La violenza come forma di espressione) (Pedersen, 2007), fino al 32% degli educatori sociali che lavorano in case di cura e del personale infermieristico negli ospedali è esposto a violenza. Nel periodo 2001-2002 nel Regno Unito, i servizi sanitari nazionali hanno registrato 95 501 casi di violenza e aggressione contro il personale sanitario nazionale, e gli infermieri erano le principali vittime di questi atti (National Audit Office, 2003). Secondo le ultime indagini sul personale dei servizi sanitari nazionali, che comprende il personale delle strutture di cura secondarie e di



Promozione della salute mentale nel settore sanitario

emergenza e delle ambulanze, rispettivamente il 29% e il 50% hanno riferito di essere stati vittima di violenza e aggressione nei 12 mesi precedenti.

Gli operatori sanitari sono inoltre esposti a un elevato rischio di abuso di sostanze. A causa di specifici fattori di rischio come l'esposizione a un elevato carico di lavoro, la gestione di malati terminali e pazienti moribondi, una preparazione inadeguata alle esigenze del lavoro, sovraccarico dovuto al lavoro e scarsa conoscenza dei pericoli derivanti da alcol e droga, il personale medico è particolarmente a rischio di abuso di sostanze. Secondo un articolo di Trinkoff e Storr (1998), dal 2% al 3% di tutti gli infermieri sono tossicodipendenti e 40 000 infermieri negli Stati Uniti soffrono di alcolismo. Cicala (2003) indica che anche i medici presentano un alto rischio di abuso di sostanze. Almeno dall'8% al 12% dei medici sviluppa un problema di abuso di sostanze nel corso della carriera. I fattori di rischio specifici dei medici sono stress elevato e orari di lavoro prolungati, l'autotrattamento e l'accessibilità ai farmaci. L'impatto dell'abuso di sostanze è grave: oltre ad avere effetti negativi sulla salute del lavoratore, essere "sotto l'effetto" di droghe o alcol può causare episodi di negligenza professionale e portare ad azioni legali.

2.2. Conseguenze sulla salute

Tutti questi fattori di rischio psicosociale hanno una grande influenza sulla salute fisica e mentale dei lavoratori. I problemi di salute specifici causati da questi fattori di rischio possono includere:

- stress: secondo quanto segnalato il 22% della popolazione attiva è affetta da stress legato al lavoro (Parent-Thirion e altri, 2007) uno dei problemi di salute più comuni associati al lavoro; la sanità, i servizi sociali e l'istruzione sono i settori maggiormente a rischio: fino al 29,4% soffre di questo problema;
- sovraccarico: uno studio dell'*International Hospital Outcomes Research Consortium* 1998-1999 rivela che il 36,2% dei lavoratori inglesi nel settore sanitario soffre di un grave sovraccarico (EU-OSHA, 2007a);
- ansia: l'11,4% degli operatori sanitari soffre di ansia (Parent-Thirion e altri, 2007);
- irritabilità: il 15,2% degli operatori sanitari soffre di irritabilità (Parent-Thirion e altri, 2007);
- depressione: secondo un sondaggio del *Northwestern National Life* di Minneapolis (1991), il 32% degli operatori sanitari intervistati riferisce stati di depressione.

3. Promozione della salute mentale nel settore sanitario

3.1. Promozione della salute mentale

Secondo Pollett (2007), la promozione della salute mentale è il processo di miglioramento dei fattori protettivi che contribuiscono a una buona salute mentale. Molti studi scientifici hanno dimostrato che le capacità e gli aspetti associati a una salute mentale positiva portano a esiti positivi, come una migliore salute fisica e qualità della vita, benessere economico e dignità della persona (*European Mental Health Implementation Project*, 2006).

Il luogo di lavoro è un ambiente appropriato in cui la salute mentale dei lavoratori può essere efficacemente tutelata e promossa. Il Patto europeo per la salute e il benessere mentale (Conferenza di alto livello dell'UE, 2008) elenca fra i settori prioritari la salute mentale sul luogo di lavoro. Raccomanda l'attuazione di programmi per il benessere e la salute mentale insieme alla



Promozione della salute mentale nel settore sanitario

valutazione del rischio e a programmi di prevenzione per le situazioni che potrebbero avere effetti negativi sulla salute mentale dei lavoratori (stress, comportamenti abusivi come violenza o molestie sul luogo di lavoro, alcol, droghe) e regimi di intervento rapido presso i luoghi di lavoro.

3.2. Efficacia delle iniziative intese a promuovere la salute mentale

Alcune organizzazioni hanno già compreso l'importanza della promozione della salute mentale, tuttavia in molti luoghi di lavoro tali misure non sono state ancora attuate. Di conseguenza, i membri della gerarchia del settore sanitario sono spesso molto critici nei confronti dei programmi di promozione della salute mentale, perché si concentrano principalmente sulle cure al fine di raggiungere risultati immediati, anziché concentrarsi su soluzioni preventive a lungo termine (Munn-Giddings, Hart & Ramon, 2005). Accanto alle principali figure professionali della gerarchia, vi sono altre parti interessate che hanno bisogno di prove sull'efficacia della promozione della salute mentale: per esempio i politici per giustificare le spese, i medici per la pianificazione e l'attuazione dei programmi e i lavoratori interessati per sapere se gli interventi saranno loro utili o meno (Barry & McQueen, 2005).

Gli studi dettagliati riguardanti la valutazione degli interventi sullo stress sono scarsi, sia per quanto concerne la valutazione del rapporto costi-benefici sia per la valutazione dell'efficacia delle singole misure di riduzione dello stress (Burke & Richardsen, 2000). A causa della struttura della ricerca, non sempre è possibile determinare quali siano i risultati effettivi di un intervento (Cox, Griffith & Rial-Gonzalez, 2000). Sebbene non sia facile condurre una ricerca scientifica sull'efficacia dei costi, molte organizzazioni e molti politici hanno cercato di determinare i costi e i benefici degli interventi sullo stress sul luogo di lavoro. Il *Sainsbury Center for Mental Health* (SCMH, 2007) in Gran Bretagna fornisce una panoramica dei costi relativi alla salute mentale sul luogo di lavoro e presenta una stima del rapporto costi-benefici degli interventi sullo stress (sulla base di esempi da parte delle organizzazioni in Gran Bretagna).

In Gran Bretagna, il costo annuo a carico di un'azienda per questioni di salute mentale sul luogo di lavoro è suddiviso come segue:

- assenza per malattia: 8,4 miliardi di GBP (circa 9,7 miliardi di EUR);
- riduzione della produttività: 5,1 miliardi di GBP (circa 5,9 miliardi di EUR);
- avvicendamento del personale: 2,4 miliardi di GBP (circa 2,8 miliardi di EUR).

Sulla base di esempi tratti dalla forza lavoro, è possibile elaborare una stima del rapporto costi-benefici dei programmi di salute mentale. Dopo l'attuazione di una strategia sulla salute mentale, British Telecom ha registrato una riduzione del 30% delle assenze per malattia dovute a problemi di salute mentale (SCMH, 2007). Hilton (2005) illustra i risultati di un programma australiano sulla salute mentale. Questo programma era finalizzato alla diagnosi precoce e all'intervento per i lavoratori che mostravano sintomi di depressione. L'idea era di coinvolgere i datori di lavoro per identificare le persone con problemi di salute mentale e di offrire a questi dipendenti una cura a spese dei datori di lavoro. I benefici finanziari si sono concretizzati attraverso una maggiore produttività dei lavoratori. I benefici annuali sono stati cinque volte superiori all'investimento annuale nel programma. Wang e altri (2007) descrivono un programma simile negli Stati Uniti in cui i benefici finanziari annuali erano pari a 1 800 USD (circa 1 268 EUR) per lavoratore, rispetto a un costo annuale per lavoratore di soli 100 USD (circa 70,5 EUR) fino a un massimo di 400 USD (circa 281,8 EUR).



Promozione della salute mentale nel settore sanitario

3.3. *Interventi nel settore sanitario*

Poiché il lavoro svolge un ruolo importante nella vita delle persone, il luogo di lavoro è l'ambiente giusto in cui promuovere la salute mentale (Pollett, 2007). Questi interventi devono concentrarsi sulle aree da migliorare, sia a livello individuale che a livello aziendale. È importante creare una cultura del lavoro in cui i problemi di salute mentale non siano un tabù.

Al fine di ridurre i fattori di rischio psicosociale e promuovere la salute mentale nel settore sanitario, esistono vari tipi di interventi.

3.3.1. **Interventi a livello organizzativo**

A questo livello il datore di lavoro adotta misure dirette a ridurre i fattori di stress nell'ambiente di lavoro. Questi interventi hanno lo scopo di eliminare le cause di stress sul luogo di lavoro (EU-OSHA, 2002).

Gli interventi a livello organizzativo mirano a modificare la struttura dell'organizzazione e/o a modificare i fattori fisici e ambientali. Questi interventi cercano di ridurre gli elementi negativi dell'organizzazione del lavoro. L'intervento nel modello domanda-controllo-supporto si concentra sulla ristrutturazione organizzativa con l'obiettivo di aumentare il controllo che il lavoratore ha sul proprio lavoro e sulle proprie capacità (Luceño & Martín, 2008). I fattori di stress possono essere monitorati attraverso un'analisi del rischio psicosociale. L'analisi mostra quali sono gli elementi dell'organizzazione (a livello di compito, squadra o organizzazione) essenziali e che necessitano di miglioramenti.

Gli interventi a livello organizzativo comprendono:

- richieste psicologiche: migliorare la quantità del lavoro, ottimizzare i requisiti intellettuali, ridurre le pressioni dovute alla mancanza di tempo;
- controllo o autonomia decisionale: migliorare l'uso e lo sviluppo delle competenze, migliorare il controllo sul lavoro, aumentare la partecipazione alle decisioni;
- supporto sociale: migliorare il sostegno sociale fra colleghi e tra colleghi e superiori;
- equilibrio lavoro-vita privata: introdurre orari di lavoro flessibili, fornire servizi di assistenza all'infanzia sul luogo di lavoro, consentire congedi per studio e interruzioni di carriera, consentire ai lavoratori di pianificare e attuare i turni in modo autonomo.

Gli esempi di interventi a livello organizzativo nel settore sanitario includono (EU-OSHA, 2002):

- aumentare la presenza di personale nelle ore di punta; questo consente una riduzione dei carichi di lavoro, una migliore organizzazione dei turni e una copertura per le assenze e le emergenze;
- definire funzioni e responsabilità; ad esempio, per quanto riguarda gli infermieri ausiliari, definire l'assistenza con somministrazione di farmaci, e l'assistenza e il sostegno nella somministrazione delle terapie;
- creare un protocollo di comunicazione per quelle situazioni che, a giudizio dei lavoratori, potrebbero generare rischi per la loro salute e sicurezza;
- introdurre un grado di discrezionalità nello svolgimento di alcuni compiti, in base agli orientamenti stabiliti dal dipartimento corrispondente, per alcuni gruppi di lavoratori allo scopo di migliorare l'autonomia e il processo decisionale;
- promuovere la partecipazione dei lavoratori attraverso incontri, consentendo loro di contribuire con suggerimenti, idee e opinioni.



Promozione della salute mentale nel settore sanitario

3.3.2. Interventi a livello di interfaccia individuale – organizzativa

Questi interventi intendono aumentare la capacità del lavoratore ad affrontare lo stress. Il datore di lavoro deve investire in interventi che aumentino la capacità di gestione dei suoi lavoratori, per esempio attraverso la formazione.

Esempi di tali interventi comprendono (EU-OSHA, 2002; Pollett, 2007; Marine e altri, 2009):

- migliorare i rapporti tra colleghi e dirigenti sul luogo di lavoro;
- costituire gruppi di sostegno;
- migliorare l'adattamento della persona all'ambiente di lavoro;
- chiarire le questioni legate ai ruoli;
- aumentare la partecipazione e l'autonomia;
- organizzare sessioni formative per migliorare l'autostima e l'assertività dei lavoratori, il senso di appartenenza;
- avviare un programma di riduzione dello stress basato sulla consapevolezza, costituito da una formazione per migliorare le capacità di comunicazione, apprendere a gestire le reazioni allo stress, fiducia in se stessi;
- organizzare sessioni formative per migliorare le competenze pratiche per ridurre lo stress e migliorare il rapporto e l'intesa con i pazienti;
- formare il personale affinché sia in grado di far fronte a situazioni come la morte, il dolore e lo stadio terminale della malattia.

3.3.3. Interventi a livello individuale

Gli interventi a livello individuale spesso sono volti a ridurre lo stress tra i lavoratori che già presentano alcuni sintomi. Il loro obiettivo è aumentare la capacità dell'individuo di affrontare lo stress, per esempio attraverso tecniche di rilassamento (EU-OSHA, 2002). Questi interventi fanno in modo che un individuo possa gestire meglio i sintomi dello stress. Con un'assistenza adeguata, le conseguenze dannose dello stress sono ridotte al minimo. Ecco alcuni esempi:

- massaggio terapeutico;
- apprendimento delle strategie di gestione;
- formazione cognitivo-comportamentale;
- formazione sulla gestione dello stress;
- consulenza.

3.4. *Lotta contro la violenza e le molestie nel settore sanitario*

Come discusso precedentemente, oltre allo stress anche la violenza e le molestie sono problemi comuni nel settore sanitario, che incidono negativamente sulla salute. Per contrastare la violenza e le aggressioni nel settore sanitario è possibile seguire gli stessi livelli di intervento utilizzati per prevenire lo stress.

Sul piano organizzativo possono essere adottate le seguenti misure (ILO, 2002; NAO, 2003; *United States Department of Labor*, 2004):

- sviluppo di una cultura del luogo di lavoro incentrata sulla persona ed elaborazione di una politica trasparente in cui sia indicato in modo chiaro che gli atti di violenza o aggressione nei confronti del personale sanitario non sono tollerati; tutte le parti coinvolte dovrebbero essere a conoscenza di tale politica: pazienti, dipendenti e dirigenti;
- impegno da parte della direzione a prevenire la violenza e le aggressioni;
- informazioni e comunicazione chiare;



Promozione della salute mentale nel settore sanitario

- valutazioni di rischio per quanto concerne la violenza, le aggressioni e le molestie sul lavoro;
- controllo ambientale: garantire la sicurezza utilizzando tecnologie e procedure efficaci (per es. sistemi di allarme, creare una distanza tra cliente/paziente e personale, frapponendo un elemento di separazione ecc.);
- informazioni sulle precauzioni necessarie, sui maggiori rischi con taluni pazienti ecc.

A un livello individuale-organizzativo è possibile intraprendere le seguenti misure (ILO, 2002; NAO, 2003; *United States Department of Labor*, 2004):

- segnalazione di tutti gli episodi di violenza e di aggressione;
- formazione preventiva del personale su come riconoscere le minacce reali o possibili sul luogo di lavoro; formazione del personale su come reagire nelle situazioni di violenza.

Infine, esistono alcuni interventi a livello individuale (ILO, 2002; NAO, 2003; *United States Department of Labor*, 2004; Arnetz & Arnetz, 2000):

- assistenza e supporto;
- consulenza;
- procedure di ricorso;
- sessioni informative;
- riabilitazione del personale vittima di un episodio di violenza.

3.5. Buone pratiche

Esistono interventi completi per la promozione della salute mentale, anche se spesso le organizzazioni non prestano la stessa attenzione a tutti e tre i livelli di intervento (Cox e altri, 2000; Kompier e altri, 1998), ma rivolgono maggiore attenzione all'interfaccia individuale-organizzativa e agli interventi individuali. Di conseguenza, gli interventi intesi a ridurre in via preventiva i fattori di stress sul luogo di lavoro sono spesso dimenticati.

Al fine di attuare una buona politica di promozione della salute mentale, ogni organizzazione deve affrontare questo tema da un punto di vista olistico, mediante l'attuazione di azioni a tutti e tre i livelli. Dal momento che le cause di stress sono multifattoriali (per esempio una combinazione di questioni legate al personale, carichi di lavoro, problemi di organizzazione del lavoro e condizioni di lavoro fisiche), tutte queste cause devono essere affrontate contemporaneamente affinché un intervento sia efficace (EU-OSHA, 2002). In questo processo è molto importante la collaborazione tra datori di lavoro e lavoratori (Keleher & Armstrong, 2005).

Di seguito sono riportati due esempi pratici di interventi sul piano organizzativo. L'attenzione viene posta sugli esempi di misure di prevenzione, in quanto affrontano il problema alla radice. Per gli esempi di interventi a livello organizzativo-individuale e individuale si rimanda ai paragrafi precedenti.

Nel riquadro 1 viene fornito un esempio di buona pratica che dimostra come le organizzazioni del settore sanitario possano affrontare i rischi psicosociali e le relative conseguenze sanitarie e come un'organizzazione sia in grado di soddisfare la necessità di partecipazione al processo decisionale. Nel riquadro 2 viene dato un esempio di buona pratica su come contrastare la violenza nei confronti del personale sanitario.



Promozione della salute mentale nel settore sanitario

Riquadro 1. Programma di sostegno agli assistenti sanitari (Jane-Llopis e altri, 2005)

Contesto

Il programma di sostegno agli assistenti sanitari è ideato per aumentare la partecipazione e il supporto sociale nel processo decisionale legato al lavoro per le équipes di assistenti sanitari nelle strutture sanitarie (di salute mentale). Questo programma aumenta efficacemente la capacità degli assistenti sanitari di favorire un atteggiamento di supporto sociale all'interno della squadra e le tecniche per la risoluzione dei problemi.

Programma

- Sei sessioni di formazione (da 4 a 5 ore);
- partecipanti: 10 direttori di istituti e 10 addetti all'assistenza di base;
- obiettivo:
 - comprendere meglio e rafforzare le reti esistenti all'interno delle organizzazioni che potrebbero offrire aiuto e supporto;
 - aumentare la partecipazione dei lavoratori;
 - sviluppare e condurre attività di formazione;
 - imparare le tecniche per conservare nel tempo queste nuove competenze.

Valutazione del programma

- Il programma ha contribuito ad aumentare i riscontri utili sul luogo di lavoro;
- il programma ha rafforzato la convinzione e la percezione dei partecipanti di poter far fronte a dissensi e sovraccarichi di lavoro;
- il programma ha rafforzato il clima di squadra, la salute mentale e la soddisfazione sul luogo di lavoro.

Riquadro 2. La gestione della violenza nei confronti del personale del settore sanitario (EU-OSHA, 2002)

Problema

In Irlanda nel 2000 sono stati segnalati 12 episodi di violenza o comportamento offensivo nei confronti del personale che opera negli ospedali della regione centro-occidentale. Questo numero è aumentato a 64 nel 2001. Il personale ha riferito sensazioni di stress, frustrazione, paura e vulnerabilità.

Soluzione

Insieme al personale esecutivo per la salute e la sicurezza degli ospedali, il dipartimento di gestione del rischio ha deciso di sviluppare una struttura per affrontare sistematicamente la violenza sul luogo di lavoro. Questa struttura è costituita da diverse fasi:

- sviluppare una nuova politica di segnalazione di tali episodi e incoraggiare una politica di segnalazione aperta;
- sviluppare un quadro e un programma generali per la gestione di episodi di violenza e aggressione;
- trattare gli episodi di aggressione e violenza come tutti gli altri pericoli professionali; i rischi di aggressione e violenza devono essere identificati e valutati e devono essere attuate e valutate misure di controllo adeguate; al fine di soddisfare queste esigenze, è stato sviluppato un metodo formale di valutazione del rischio;
- prevedere una formazione specifica per il personale per consentire di affrontare e intervenire in situazioni aggressive e violente (a causa di clienti con disturbi comportamentali); questa formazione mirava a insegnare al personale a eliminare il rischio di infortuni sia per il personale che per i clienti.



Promozione della salute mentale nel settore sanitario

Esempi pratici

Un team multidisciplinare nel dipartimento di emergenza ha condotto una valutazione dei principali rischi insieme ai consulenti della salute e della sicurezza. Dopo l'identificazione di alcuni rischi elevati, sono state intraprese le seguenti azioni:

- programma di formazione "Intervento in caso di crisi non violenta";
- maggiore presenza del personale di sicurezza;
- informazioni nel dipartimento sulla strategia nei confronti degli autori di violenze;
- fornitura di sistemi di allarme personale e antipanico;
- maggiore collaborazione con la Gardai (polizia), un ufficiale di collegamento è stato incaricato di lavorare a stretto contatto con il personale ospedaliero;
- tre procedimenti giudiziari andati a buon fine a carico degli autori dei reati;
- attenzione all'ergonomia del reparto dal punto di vista della prevenzione e della sicurezza del lavoro.

4. Ulteriori informazioni

Siti web

Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro:

http://osha.europa.eu/it/topics/stress/index_html

http://osha.europa.eu/it/topics/whp/index_html

http://osha.europa.eu/it/sub/sme/products/stress_at_work/index.htm

Fondazione europea per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro:

<http://www.eurofound.europa.eu/areas/index.htm>

Commissione europea:

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/index_en.htm

Rete europea per la promozione della salute sul luogo di lavoro:

<http://www.enwhp.org/index.php?id=4>

ProMenPol:

<http://www.mentalhealthpromotion.net/>

Organizzazione mondiale della sanità (OMS):

http://www.who.int/topics/mental_health/en/

Organizzazione internazionale del lavoro (OIL):

<http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/sectors/health.htm>

Agenzia per la salute e la sicurezza del Regno Unito (Health and Safety Executive, HSE)

<http://www.hse.gov.uk/healthservices/stress.htm>

Istituto nazionale per la ricerca e la sicurezza (INRS, Francia):

<http://www.inrs.fr/dossiers/stress.html>



Promozione della salute mentale nel settore sanitario

Progetti:

European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP):

Project Move II 'Mental health at the workplace':

<http://www.enwhp.org/index.php?id=606>

European Mental Health Implementation Project:

<http://mentalhealth.epha.org/index.html>

5. Riferimenti

Arnetz, J., & Arnetz, B., 'Implementation and evaluation of a practical intervention programme for dealing with violence towards health care workers', *Journal of Advanced Nursing*, Vol 31, No 3, 2000, pp. 668-680.

Barry, M. & McQueen, D., 'The Nature of Evidence and its Use in Mental Health Promotion.' In H. Herrman, S. Saxena & R. Moodie (Eds.), *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice* (pp. 108-118). Geneva: World Health Organization, 2005.

Burke, R.J. & Richardsen, A.M., 'Organizational-level interventions designed to reduce occupational stressors.' In P. Dewe, M. Leiter & T. Cox (Eds.), *Coping, Health and Organizations* (pp. 191-210). London: Taylor & Francis, 2000.

Cicala, R.S., 'Substance abuse among physicians: what you need to know.' *Hospital Physician*, July, 2003, pp. 39-46.

Cox, T. & Griffiths, A., 'Assessment of psychosocial hazards at work.' In M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst & C.L. Cooper (Eds.), *Handbook of work and health psychology*. Chichester: John Wiley & Sons, 1996.

Cox, T., Griffith, A. & Rial-Gonzalez, E., '*Research on Work-related Stress*', EU-OSHA-European Agency for Safety and Health at Work, 2000, pp. 1-167. Disponibile all'indirizzo:

<http://osha.europa.eu/en/publications/reports/203/view>

EU high-level conference '*Together for Mental Health and Well-being*', Brussels, 13 June 2008.

European Pact for Mental Health and Well-being. Scaricato il 22 settembre 2009, dal sito

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf

EU-OSHA-Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro, *Prevenzione pratica dei rischi psicosociali e dello stress sul lavoro*, 2002. Disponibile all'indirizzo:

<http://osha.europa.eu/it/publications/reports/104/view>

EU-OSHA-Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro, *E-facts 18: risk assessment in health care*, 2007a. Disponibile all'indirizzo:

<http://osha.europa.eu/fop/bulgaria/en/publications/folder.2007-09-21.2042895509/efact18-en.pdf>

EU-OSHA-Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro, *Factsheet 74: Le previsioni degli esperti sui rischi psicosociali emergenti relativi alla sicurezza e alla salute sul lavoro (OSH)*, 2007b. Disponibile all'indirizzo: <http://osha.europa.eu/it/publications/factsheets/74>



Promozione della salute mentale nel settore sanitario

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. *Living and working in Europe*, 2008, pp. 1- 28. Disponibile all'indirizzo:

<http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2008/90/en/1/EF0890EN.pdf>

European Mental Health Implementation Project (EMIP). 'Implementation of Mental Health Promotion and Prevention Strategies in EU Member States and Applicant Countries', 2006. Scaricato il 22 settembre 2009 dal sito: <http://mentalhealth.epha.org/publications.html>

Hilton, M., 'Assessing the financial return on investment of good management strategies and the WORC project', WORC Project paper, 2005. Disponibile all'indirizzo:

[http://www.qcmhr.uq.edu.au/worc/Documents/Hilton_Paper\(2005\).pdf](http://www.qcmhr.uq.edu.au/worc/Documents/Hilton_Paper(2005).pdf)

International Labour Organization (2005). The SOLVE approach to addressing psychosocial problems at work. Scaricato il 22 settembre 2009 dal sito: http://www.ilo.org/wow/Newsbriefs/lang-en/WCMS_081593/index.htm

International Labour Organization, International Council of Nurses, World Health Organization & Public Services International, *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector*, International Labour Office, Geneva, 2002. Disponibile all'indirizzo:

<http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/guidelines.pdf>

Jané-Llopis, E., Barry, M., Hosman, C. & Patel, V., 'Mental health promotion works: a review', *Promotion & Education*, Vol 2, 2005, pp. 9-25.

Jettinghoff, K. & Houtman, I., *A sector perspective on working conditions*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2009, pp. 1- 30. Disponibile all'indirizzo:

<http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef0814.htm>

Johnson, J.V. & Hall, B.M., 'Job strain, work place social support and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population', *American Journal of Public Health*, Vol 78, No 10, 1988, pp. 1338-1342.

Karasek, R.A., 'Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign', *Administrative Science Quarterly*, Vol 24, 1979, pp. 285-308.

Karasek, R.A. & Theorell, T., *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*, Basic Books, New York, 1990.

Keleher, H. & Armstrong, R., 'Evidence-based mental health promotion resource' Report for the Department of Human Services and VicHealth, Public Health Group, Melbourne, 2005, pp. 1-130.

Kompier, M., Geurts, S., Grundemann, R., Vink, P. & Mulders, P., 'Cases in stress prevention: The success of a participative and stepwise approach' *Stress Medicine*, Vol 14, 1998, pp. 155-168.

Luceño, L. & Martín, J., *Decore. Cuestionario de evaluación de riesgos psicosociales*, Tea Ediciones, Madrid, 2008. p. 17.

Marine, A., Ruotsalainen, J.H., Serra, C. & Verbeek, J.H., 'Preventing occupational stress in healthcare workers (Review)', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, Vol 1.

McNeely, E., 'The consequences of job stress for nurses' health: time for a check-up' *Nursing Outlook*, Vol 53, 2005, pp. 291-9.



Promozione della salute mentale nel settore sanitario

Munn-Giddings, C., Hart, C. & Ramon, S., 'A participatory approach to the promotion of well-being in the workplace: lessons from empirical research' *International review of psychiatry*, Vol 17, No 5, 2005, pp. 409-417.

National Audit Office. 'A Safer Place to Work. Protecting NHS Hospital and Ambulance Staff from Violence and Aggression', 2003. Disponibile all'indirizzo:
http://www.nao.org.uk/publications/0203/protecting_nhs_staff.aspx

Northwestern National Life, *Employee Burnout: America's Newest Epidemic*, Northwestern National Life Insurance Co., USA, 1991.

Parent-Thirion, A., Fernández Macías, E., Hurley, J. & Vermeylen, G. *Fourth European working conditions survey*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2007. Disponibile all'indirizzo:
<http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef0698.htm>

Pedersen, K., 'Violence at the workplace. Danish Experiences with the Prevention of Violence in the Social and Health Care Sector', Social Development Centre SUS, Copenhagen, 2007.

Pollett, H., 'Mental health promotion: a literature review.' Prepared for the Mental Health Promotion Working Group of the Provincial Wellness Advisory Council. June 18th 2007.

SCMH, 'Policy Paper 8: Mental Health at Work: Developing the business case', London: The Sainsbury Centre for Mental Health, 2007.

Trinkoff, A.M. & Storr, C.L., 'Substance use among nurses: differences between specialties' *American Journal of Public Health*, Vol 88, 1998, pp. 581-588.

United States Department of Labor (2004). Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care & Social Service Workers. Scaricato il 22 settembre 2009 dal sito:
<http://www.osha.gov/Publications/OSHA3148/osha3148.html>

Wang, P., Simon, G., Avorn, J., Azocar, F., Ludman, E., McCulloch, J., Petukhova, M. & Kessler, R., 'Telephone screening, outreach and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes', *Journal of the American Medical Association*, Vol 298, No 12, 2007, pp. 1401-1411.

World Health Organization, 'Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options', 2004, pp. 1-67. Disponibile all'indirizzo:
http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf

World Health Organization (2009). Mental health. Scaricato il 22 settembre 2009 dal sito:
http://www.who.int/topics/mental_health/en/