

Osservatorio Nuovi lavori, nuovi rischi

In collaborazione con il Centro Studi Internazionali e Comparati Marco Biagi

In evidenza

Le condizioni di lavoro del personale infermieristico e socio-assistenziale di Sara Ferrua

pag. 2

Valutazione dei rischi ed esposizione a rischi particolari di Sara Ferrua

pag. 4

L'assistenza domiciliare ed il caso delle badanti di Sara Ferrua

pag. 11

All'interno

Rassegna stampa

pag. 16

Approfondimenti e documentazione

pag. 19

Per saperne di più

Per maggiori approfondimenti si rinvia al sito di Adapt: www.adapt.it. All'interno della sezione dalla A alla Z troverete la voce **Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro**

Salute e sicurezza dei lavoratori: il caso dei servizi sanitari di assistenza alla persona

a cura di Sara Ferrua e Maria Giovannone

Il settore sanitario e dei servizi di assistenza alla persona è vasto e complesso e costituisce uno dei più corposi comparti occupazionali in Europa, caratterizzato come è da una pluralità di figure professionali, mansioni ed attività lavorative. Si contraddistingue, inoltre, per una importante presenza di forza lavoro femminile, che rappresenta circa il 77% del totale.

I dati europei rilevano che il tasso di infortuni sul lavoro in questo settore è del 34% superiore rispetto alla media Ue in altri comparti. Come confermato dalla Agenzia europea per la salute e sicurezza sul lavoro, i principali fattori di rischio sono strettamente connessi alle peculiari modalità di organizzazione del lavoro e si riconducono prevalentemente a: sollecitazioni muscoloscheletriche; esposizione ad agenti chimici, fisici e biologici nocivi; articolazione del lavoro su turni.

Sui rischi cosiddetti classici, si innesta-

no poi fattori di natura più strettamente psico-sociale (violenza, mobbing e stress) e socio-demografica, considerata la presenza sempre più massiccia di operatori stranieri ed extracomunitari, le cui prestazioni sono spesso confinate nell'area del lavoro sommerso ed irregolare, a dispetto della grande rilevanza ed utilità sociale del servizio reso.

Anche il nostro Paese è del tutto allineato al contesto europeo, presentando un quadro in cui alla elevata richiesta di figure professionali sanitarie non apicali (con in testa gli infermieri), non sembra fare da pendant un elevato grado di tutela della salute e sicurezza sul lavoro, specie quando le relative prestazioni sono destinate a svolgersi al di fuori di una struttura organizzata.

Per i servizi di assistenza alla persona, infatti, il quadro normativo sembra essere ancora incerto. L'art. 2, comma 1, lett. a, del d.lgs. n. 81/2008, infatti, definisce lavoratore la «persona che,

* Il presente Dossier è realizzato nell'ambito del Progetto di ricerca n. 1403 (convenzione del 25 settembre 2006) su *Lavoro in ambiente domestico, telelavoro e lavoro a progetto: linee guida e buone prassi per la prevenzione dei rischi, anche in chiave comparata, alla luce della riforma del mercato del lavoro in Italia*, commissionato dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

indipendentemente dalla tipologia contrattuale, svolge un'attività lavorativa nell'ambito dell'organizzazione di un datore di lavoro pubblico o privato, con o senza retribuzione, anche al solo fine di apprendere un mestiere, un'arte o una professione, esclusi gli addetti ai servizi domestici e familiari», tagliando fuori, in modo non del tutto chiaro, molteplici figure professionali, anche di grande rilievo sociale. Pare, tuttavia, che l'esclusione di tali soggetti, delineata dal TU, operi soltanto per gli addetti ai servizi di cura del rispettivo datore di lavoro, e non per gli addetti mes-

si dal loro datore di lavoro a disposizione di terzi (dipendenti di cooperative sociali, di agenzie di somministrazione, di strutture sanitarie pubbliche chiamati a prestare la propria attività presso il domicilio privato dell'assistito). Proprio nel solco della scarsa incisività del quadro normativo si colloca l'esigenza di potenziare da una parte la codificazione delle tutele formali e lo sviluppo di buone pratiche di valutazione e gestione del rischio, dall'altra la messa a punto di capillari strumenti di rilevazione del lavoro sommerso ed irregolare in un settore di grande rilievo sociale. In

questa ottica di approccio integrato si pone il presente *Dossier*, nel tentativo di fornire un contributo ricostruttivo e critico delle principali problematiche legate alla tutela della salute e sicurezza nei servizi di cura e assistenza alla persona, anche alla luce dell'accelerazione del processo di invecchiamento della popolazione e della correlata crescente richiesta di tali prestazioni sul mercato.

Maria Giovannone

Le condizioni di lavoro del personale infermieristico e socio-assistenziale

di Sara Ferrua

La carenza di personale infermieristico e socio-assistenziale in Italia

Il sistema sanitario italiano si caratterizza per un alto numero di medici; in effetti vi è un medico ogni 165 abitanti, per cui l'incidenza percentuale è dello 0,6% (¹). Altro dato interessante è la prevalenza dei medici sugli infermieri; questi ultimi sono in totale 342 mila, la loro incidenza percentuale è dello 0,58% e del 5,8 ogni mille residenti (²). Nel periodo 2002-2003 è stato curato un confronto internazionale dall'OCSE, dal quale risulta che la media in Italia è stata di 5,4 infermieri ogni mille abitanti, con un'incidenza molto più bassa rispetto alla media auspicata per i Paesi industrializzati (6,9‰) e a quella riscontrata negli altri Paesi

dell'Unione europea (Francia 7,3‰, Regno Unito 9,1‰; Germania 9,7‰, Olanda 12,8‰, Irlanda 14,8‰) e nei Paesi dell'area OCSE (Stati Uniti 7,9‰, Canada 9,8‰, Svizzera 10,7‰). Secondo un'indagine mondiale sulle professioni più ricercate (³), in Italia gli infermieri si trovano al quinto posto dopo gli operai specializzati, gli addetti alla ristorazione, gli addetti ai servizi amministrativi e gli autisti. Ad un anno dal conseguimento della laurea, nel 2005 è risultato occupato il 97% dei laureati in discipline inerenti alle professioni sanitarie infermieristiche e ostetriche rispetto al 77% dei laureati in Medicina e Chirurgia (⁴). Nel 2005 i neolaureati in scienze infermieristiche in Italia sono stati 6.700. Il ricambio fisiologico degli addetti è stato ipotizzato

per il 2005 di 15.265 unità dalle Regioni o di 17.200 dall'Ipsavi. Gli immatricolati ai corsi per infermieri sono stati invece circa 11 mila, con un discreto aumento rispetto agli anni precedenti. Da uno studio dell'Ipsavi del 2006 risulta che il 14,5% dei posti disponibili per la formazione infermieristica è rimasto inutilizzato per mancanza di iscritti, percentuale che scende al 7,3% nell'Italia meridionale. Da questi dati risulta una disaffezione rispetto alla professione infermieristica; i motivi possono essere ricercati nella sostituzione delle scuole regionali per infermieri professionali, gratuite, con gli onerosi corsi di laurea in Scienze infermieristiche, nell'inadeguatezza dello stipendio e nel mancato riconoscimento del prestigio sociale; per quanto riguarda il percor-

so formativo richiesto, ricordiamo che dopo il diploma di istruzione secondaria occorre conseguire una laurea triennale, da completare con un periodo di tirocinio, durante il quale la retribuzione è di 486,58 euro mensili⁽⁵⁾.

Secondo le stime dell'Ipasvi e dell'OCSE⁽⁶⁾ il fabbisogno di nuovi infermieri da inserire nelle strutture sanitarie (ad esclusione, quindi, degli operatori necessari per l'assistenza domiciliare) nel 2004 è oscillato tra le 62 mila e le 99 mila unità. Nell'ipotesi massima il fabbisogno è di 37 mila nel nord (28 mila nel nord est, 9 mila nel nord ovest), quasi 15 mila al centro, 31 mila nel sud e 14 mila nelle Isole. A livello regionale le situazioni più critiche si registrano soprattutto in Lombardia, con un fabbisogno pari a 12 mila nuovi infermieri, e in Campania, dove ne mancano circa 10 mila. Altre Regioni estremamente bisognose di personale infer-

mieristico specializzato sono la Sicilia e il Piemonte, con un ammanco rispettivamente di 7.700 e 7.500 nuovi infermieri. Situazioni difficili si registrano anche in Calabria (-5 mila), Lazio (-4,6 mila), Puglia (-4,1 mila), Trentino Alto Adige (-3,5 mila) e Veneto (-3,2 mila).

La carenza di infermieri è affrontata, in primo luogo, attraverso il ricorso a operatori sanitari stranieri. Al riguardo, l'art. 27, lett. *r-bis*, del d.lgs. n. 286/1998 svincola questa figura professionale dalle quote annuali dei flussi; ricordiamo, tuttavia, che, a differenza dei comunitari, gli infermieri extracomunitari devono ot-

tenere il riconoscimento del titolo di studio. La cosiddetta equipollenza del titolo è concessa da una Commissione nazionale del Ministero della salute; segue l'iscrizione al Collegio Ipasvi del luogo di lavoro o di domicilio, ma a condizione di aver superato un esame di lingua italiana e uno di deontologia e leggi professionali.

La tutela degli operatori sanitari stranieri

È in un contesto così deficitario che gli infermieri stranieri stanno conoscendo un aumento rilevante e sono passati negli ospedali da 2.612 nel 2002 a 6.730 nel 2005. Se si vuole una stima della presenza complessiva, bisogna tenere conto che l'Ipasvi parla di 20 mila infermieri professionali stranieri operanti in Italia, non solo nelle corsie di ospedali, ma anche negli ospizi e nelle case di cura.

Dai dati forniti risulta chiaro che l'apporto dato dagli stranieri al settore infermieristico è un utile strumento di risposta ai bisogni della società italiana. Al loro impegno e alla loro importanza deve corrispondere un pari livello di protezione e sicurezza da parte del "datore di lavoro". È, infatti, necessario fare particolare attenzione alla loro formazione e informazione in merito ai rischi presenti sul luogo di lavoro. Il problema maggiore da affrontare è sicuramente la comprensione linguistica e la differenza nella percezione dei rischi. In questo contesto, sembra necessario valutare i rischi specifici e adottare

delle misure di intervento *ad hoc*. Ricordiamo che, secondo l'art. 28, comma 1, del d.lgs. n. 81/2008, la valutazione dei rischi deve riguardare tutti i rischi ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui anche quelli connessi alla provenienza da altri Paesi.

Le misure da adottare si focalizzano sull'informazione, nonché sulla formazione. Per quanto attiene alla prima, risulta utile approntare modelli che consentano di superare le difficoltà linguistiche e culturali; con riferimento alla formazione è irrinunciabile la messa a punto di strumenti comunicativi sufficientemente dettagliati e comprensibili.

È, inoltre, necessario percorrere la strada della crescita della consapevolezza del rischio e della cultura della sicurezza. A tale fine, risulta utile organizzare campagne di informazione e formazione nei diversi gruppi di lavoratori stranieri, nonché iniziative mirate per superare le carenze culturali, linguistiche e conoscitive.

Dati sugli infortuni e sulle malattie professionali nel settore sanitario

Nel settore "sanità e servizi sociali", secondo gli ultimi dati Inail, sono stati denunciati 35.302 infortuni nel 2006, pari al 3,8% del totale complessivo⁽⁷⁾. Questo settore si caratterizza per un aumento dello 0,6% rispetto all'anno precedente, registrando una controtendenza rispetto all'andamento generale (-1,3% considerando i lavoratori di tutti i settori). Rispetto al 1999 gli infortuni nel settore sanitario sono

addirittura aumentati del 50,7%. In aumento anche gli infortuni mortali, che sono stati 27 nel 2006, quasi il doppio rispetto a quelli avvenuti negli ultimi 2 anni (erano 17 nel 2004 e 14 nel 2005). La frequenza relativa d'infortunio nel settore sanitario è superiore alla media dei Servizi, con 25,7 casi ogni mille addetti contro 22,12. Rispetto alla media totale, invece, il settore registra livelli più bassi, poiché nell'industria si concentrano i settori più rischiosi per i lavoratori⁽⁸⁾. Il maggior numero di casi di infortunio è dichiarato dagli infermieri (il 35,2% del totale degli infortuni), seguiti dagli operatori (24,0%), dagli ausiliari sanitari e i portantini (10,8%) e dagli assistenti sanitari (22,1%)⁽⁹⁾. Per le lavoratrici il settore sanitario si presenta come ad altissimo rischio: su 35.302 infortuni in totale, ben 25.713 sono

denunciati da donne (il 73%), anche in conseguenza della loro elevata presenza tra gli occupati⁽¹⁰⁾. Il 9,1% degli infortuni coinvolge lavoratori extracomunitari. Nel settore sanità il numero di malattie professionali denunciate dai lavoratori ha subito un forte aumento tra il 2002 e il 2005, mentre nel 2006 si registra un'inversione di tendenza, con il 18,9% dei casi in meno rispetto l'anno precedente⁽¹¹⁾.

Sara Ferrua

Scuola internazionale di Dottorato
in Diritto delle relazioni di lavoro
Università degli Studi
di Modena e Reggio Emilia
Adapt – Fondazione Marco Biagi

Note

⁽¹⁾ FNOMCEO (Federazione Nazionale Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri).

⁽²⁾ Ipasvi (Federazione nazionale dei collegi di infermieri professionali, assistenti sanitari e vigilatrici d'infanzia), 2006.

⁽³⁾ Manpower, *Talent Shortage Survey*, Milwaukee, 2006.

⁽⁴⁾ AlmaLaurea, 2006.

⁽⁵⁾ Rapporto Isfol 2005.

⁽⁶⁾ Caritas/Migrantes, *Dossier Statistico Immigrazione 2006*. Elaborazioni su dati Ministero della Salute, Collegio Ipasvi, OCSE.

⁽⁷⁾ Per un approfondimento si veda lo studio Ires, Inail, *I rischi da agenti chimici nella percezione dei lavoratori. Il caso del comparto del settore sanitario della regione Lazio*, aprile 2008. Si veda anche A. Brusco, *Sanità, un settore da risanare*, in *Dati Inail*, gennaio 2007, n. 1.

⁽⁸⁾ A. Baldaconi, *Infortuni sul lavoro nell'UE e nel settore sanitario*, in *Igiene & Sicurezza del Lavoro*, 2007, n. 5.

⁽⁹⁾ O. Ortolani, *Indaco, il colore della sicurezza in ospedale*, in *Dati Inail*, gennaio 2003, n. 1.

⁽¹⁰⁾ Nel complesso istruzione, sanità e altri servizi il 67% degli occupati sono donne (Istat 2006).

⁽¹¹⁾ Dati Inail 2007.

Valutazione dei rischi ed esposizione a rischi particolari

di Sara Ferrua

Nelle strutture ospedaliere e di cura della persona, il problema della sicurezza assume una dimensione di estrema complessità in quanto gli operatori risultano esposti a pericoli per la salute che comprendono non solo agenti chimici, fisici e biologici, ma anche lo stress che sorge dalla tensione legata alla natura del lavoro e all'organizzazione dell'orario di lavoro. Proprio a fronte di quest'ultima considerazione risultano spesso in contrapposizione la tutela della salute e della sicurezza dell'operatore e la ga-

ranzia di assistenza al paziente. Ecco che il tema in questione è particolarmente delicato; qui, si tratta di salute, ma vista secondo due prospettive diverse: la salute del lavoratore e i rischi a cui è sottoposto, e la salute del paziente⁽¹⁾.

Le patologie correlate ai rischi presenti in ambiente sanitario possono essere riassunte nel modo seguente:

1) patologia da fatica nervosa legata all'organizzazione del lavoro (stress lavorativo) e alla tipologia di lavoro (*burn-out*);

2) patologie da agenti chimici, fisici, biologici;
3) rischio da allergie;
4) patologie da fatica fisica.

Lo stress lavorativo legato all'orario di lavoro

L'art. 28, comma 1, del d.lgs. n. 81/2008 prevede che la valutazione dei rischi coinvolga tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, compresi quelli collegati allo stress lavoro-correlato. Risulta, quindi, necessario

analizzare il clima interno in relazione alla qualità, alla sicurezza, alla gestione e allo sviluppo delle risorse umane per la prevenzione di disfunzioni organizzative fonte di stress ⁽²⁾. Nel settore sanitario occorre, inoltre, prestare particolare attenzione all'organizzazione dell'orario di lavoro. A tale proposito si segnala un recente provvedimento, di dubbia legittimità, a fronte del quale il diritto a 11 ore di riposo giornaliero consecutive ogni 24 ore non spetta al personale sanitario del servizio nazionale (art. 3, comma 85, della l. n. 244/2007, c.d. Legge Finanziaria 2008). Tale disposizione nasce, senza dubbio, dalle gravi carenze degli organici del Servizio Sanitario Nazionale, come sopra esposte.

L'organizzazione di turni estenuanti, di riposi insufficienti, di straordinari continui sembra trovare giustificazione nel diritto all'assistenza del paziente. Ma dove finiscono le misure di tutela del lavoratore? Non dimentichiamo che un numero elevato di ore lavorate si traduce in una peggiore condizione di salute, sia fisica che psicologica, e in una minore attenzione; il tutto si ripercuote sul paziente.

In particolare, per quanto riguarda i lavoratori turnisti e notturni, i rischi per la salute si manifestano attraverso i seguenti effetti:

- problemi cardiovascolari e gastro-intestinali;
- disturbi alimentari;
- disturbi del sonno;
- sindrome del *jet-lag*;
- abuso di fumo di tabacco;
- stress e ansia;
- patologie sulla funzione riproduttiva femminile ⁽³⁾.

Durante le ore notturne, le funzioni del cervello e del corpo so-

no più lente e hanno un rendimento inferiore; la combinazione di perdita di sonno e lavoro effettuato quando il corpo ha un basso livello di energie può causare eccessivo affaticamento e sonnolenza. Il lavoro a turni desincronizza i lavoratori rispetto ai ritmi generali della loro vita. Vengono coinvolti i ritmi biologici del corpo, che sono diversi di giorno e di notte, e i ritmi sociali della famiglia e della società. In merito a questo ultimo punto, sembra potersi affermare che una vita domestica e sociale felice è una buona base per una buona salute mentale; il lavoratore turnista cerca così di mantenere rapporti sociali e familiari soddisfacenti organizzando la propria vita quotidiana con modalità stressanti e non sane, quali il non dormire abbastanza o interrompere il sonno per mangiare con la famiglia. Il tutto diventa emotivamente e psicologicamente stressante; possono, inoltre, sorgere problemi in famiglia, con i figli e il partner. A questo si aggiunge la fatica cronica e l'organismo può reagire negativamente producendo malattie psicosomatiche.

Un ruolo strategico è giocato dal datore di lavoro, che deve valutare tutti i rischi, compresi quelli legati all'orario di lavoro e allo stress lavorativo correlato; ne deriva che la valutazione dei rischi va aggiornata ogni volta che si introducono o modificano i turni di lavoro o le persone che lo svolgono. Una volta individuati i rischi, occorre adottare misure di prevenzione e protezio-

Durante la notte le funzioni del cervello e del corpo sono più lente e hanno un rendimento inferiore

ne adeguate, tra le quali un miglioramento dei criteri di turnazione, una formazione adeguata, informazione e sorveglianza sanitaria.

Per quanto riguarda la scelta del sistema di turnazione, è dimostrato che uno schema di turnazione breve (il numero di notti

consecutive è minimo) o uno schema di rotazione che segue la rotazione del sole (mattina, pomeriggio, notte) producono rischi minori per la salute e hanno effetti positivi sulla vita non lavorativa. Dove il lavoro richiede alti livelli di concentrazione è consigliabile, durante il turno, ruotare su diverse attività all'interno di un gruppo di lavoratori. Essenziale è comunicare i turni con largo anticipo; in questo modo il lavoratore può pianificare la propria vita familiare. Per facilitare il mantenimento delle relazioni sociali, occorre prevedere il maggior numero possibile di giorni festivi o fine-settimana liberi. Altro accorgimento è quello di assegnare il giorno di riposo, subito dopo il turno notturno, in modo da consentire un immediato recupero della fatica e del deficit di sonno. Buona pratica potrebbe essere quella di permettere ai lavoratori di scambiarsi il turno in modo da far fronte a possibili impegni improvvisi e per meglio gestire gli impegni familiari. Naturalmente è importante evitare gli straordinari quando i turni sono prolungati e garantire pause nel corso del turno ⁽⁴⁾.

Alle misure sull'organizzazione della turnistica e dell'orario di

lavoro si aggiungono quelle destinate ad adeguare i posti di lavoro e gli ambienti lavorativi al lavoro notturno e a turni. A tale proposito è utile allestire mense con pasti sani o macchine automatiche con una varietà di cibi salubri e un forno a microonde in un locale adeguato, assicurare una buona ventilazione e installare luci adeguate nelle aree di lavoro.

Seguono le misure individuali, destinate cioè al singolo lavoratore. Si tratta di accorgimenti che, se adottati, aiutano ad affrontare meglio il lavoro notturno e a turni. Tra questi ricordiamo: esercizio fisico, riposo, pasti regolari e equilibrati, cercare l'aiuto e il sostegno della famiglia, ridurre lo stress⁽⁵⁾.

Il burn-out

La sindrome del *burn-out*⁽⁶⁾ ha elementi in comune con numerosi disturbi a carattere depressivo, legati allo stress occupazionale. Tuttavia, essa si configura come un fenomeno dotato di caratteristiche peculiari, la più importante delle quali è il suo manifestarsi con maggiore frequenza all'interno di particolari realtà operative, proprie di ambienti lavorativi specifici (*helping profession*); queste ultime si definiscono come professioni d'aiuto, che contengono implicitamente nel loro mandato una finalità di aiuto, basata sul contatto interumano, e fanno leva sulle capacità personali in misura spesso più consistente rispetto alle abilità tecnico-professionali.

Il concetto di *burn-out* fu introdotto per la prima volta nel 1975 dallo psichiatra Herbert J. Freudenberger per indicare una sindrome caratterizzata da un particolare tipo di reazione allo stress, sperimentata da operatori sanitari che si trovavano a contatto con pazienti affetti da patologie di marcata gravità.

Il *burn-out* è stato variamente descritto; tutte le definizioni, comunque, evidenziano, in forma differente, l'esaurimento psicofisico dell'operatore che perde la capacità di adattamento nel quotidiano confronto con la propria attività lavorativa.

La definizione ancora oggi più diffusamente adottata è quella elaborata dalla sociologa Christina Maslach secondo cui il *burn-out* è «una sindrome di esauri-

Publicazioni



II TESTO UNICO DELLA SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO

Commentario al decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81

a cura di Michele Tiraboschi

con la collaborazione di Lorenzo Fantini, Luigi Golzio,
Paolo Pennesi

Giuffrè, 2008

Per informazioni sull'acquisto rivolgersi all'editore, tel. 02.38089200,
oppure scrivere una mail all'indirizzo vendite@giuffre.it.

mento emotivo, di depersonalizzazione e di riduzione delle capacità personali che può presentarsi in soggetti che svolgono professioni d'aiuto»⁽⁷⁾.

Secondo una lettura psicologica, la sindrome del *burn-out* è il risultato di un processo nel quale lo

stato di tensione emozionale cronico si trasforma in un meccanismo di difesa e in una strategia di risposta a questa stessa tensione, con conseguenti comportamenti di distacco

emozionale e di evitamento, accompagnati da alcuni sintomi quali l'apatia, la perdita di entusiasmo e il senso di frustrazione⁽⁸⁾.

Il cambiamento di atteggiamento verso le persone, spesso inconsapevole, che segue a una fase di squilibrio tra le risorse personali disponibili e le richieste percepite, con vissuti di ansia, tensione e irritabilità, può portare l'operatore ad adottare un modello lavorativo stereotipato, caratterizzato da procedure rigide e standardizzate. La scelta di questo modello, che aiuta a ridurre o annulla completamente il rischio di coinvolgimento e di identificazione, non sembra però essere la soluzione allo stato di disagio, in quanto non agisce sulle cause che lo determinano.

Un intervento che può invece avere un valore preventivo è quello formativo⁽⁹⁾, che può facilitare nell'operatore il riconoscimento di alcune variabili esterne e interne di rischio insite nelle professioni di aiuto: problemi emotivi personali irrisolti, correlati con le esperienze del

paziente; l'eccessiva identificazione; la personale sensibilità alla sofferenza altrui; la continua esposizione all'esperienza dolorosa dell'altro. La formazione può anche rappresentare un importante sostegno al processo di separazione dall'angoscia del paziente e alla soddisfazione per il lavoro.

Al di là della formazione, è necessario che vi sia una buona organizzazione capace di impedire la nascita di quei fattori ambientali⁽¹⁰⁾ che facilitano la comparsa del *burn-out*.

Maslach ritiene che la gestione del fenomeno sia possibile a livello individuale e a livello socio-istituzionale: individualmente è essenziale stabilire obiettivi realistici, modificare la metodologia di lavoro senza modificare l'attività professionale, creare dei momenti di pausa, privilegiando l'autoanalisi allo scopo d'individuare capacità e debolezze personali prima di incorrere nel *burn-out*. Dal lato istituzionale è importante basare la solidarietà tra colleghi sulla fiducia, partecipare alle decisioni e alle attività del gruppo, pur mantenendo la propria identità; non va dimenticata l'importanza di ridistribuire il lavoro in maniera da evitare sovraccarichi e situazioni stressogene, nonché modificare il rapporto con gli utenti, utilizzando la loro valutazione come critica costruttiva e non fine a se stessa⁽¹¹⁾.

Il rischio chimico

Il rischio chimico è definito come la probabilità che una sostanza o un preparato allo stato solido, liquido o gassoso, presente durante l'attività lavorativa, possa interagire con l'organismo, generando effetti o danni per la salute. In ambito sanitario tale rischio può essere ricondotto ai rischi irritativi e allergici da sostanze chimiche, nonché ai rischi da esposizione a cancerogeni, chemioterapici, gas anestetici. Gli agenti chimici si trovano, inoltre, nei disinfettanti utilizzati per l'antisepsi della cute, di strumenti, di attrezzature e ambienti; tali sostanze possono contaminare l'ambiente di lavoro sotto forma di gas e vapori.

Il datore di lavoro deve informare i lavoratori ed i loro rappresentanti fornendo i dati relativi alla valutazione dei rischi, le informazioni sugli agenti pericolosi presenti sul luogo di lavoro, la formazione ed informazione su precauzioni ed azioni adeguate da intraprendere per proteggere loro stessi e gli altri lavoratori sul luogo di lavoro. La prevenzione si attua mediante il rispetto delle norme di sicurezza e l'adozione di comportamenti adeguati riguardanti l'ambiente, le sostanze impiegate, gli strumenti e i macchinari.

Il rischio fisico

Nell'ambito dei rischi fisici presenti in ambito sanitario, particolarmente importante è l'esposizione a radiazioni ionizzanti (assistenza a pazienti in terapia con radioisotopi, durante l'esecuzione di radiografie, per uso di radionuclide diagnostico, sottopo-

sti a radioterapia), e non ionizzanti (luce laser, microonde, radiazioni infrarosse e ultraviolette, radio frequenze, radiazioni ottiche del visibile, ultrasuoni).

Anche nel caso della protezione dalle radiazioni, la base culturale e la formazione di responsabili, di personale qualificato e di lavoratori del settore occupa uno spazio fondamentale. Al di là dell'inserimento della materia di radioprotezione nei piani didattici, è opportuno adeguare la formazione di quanti si trovano ad operare nel settore senza avere un adeguato bagaglio culturale in materia di radioprotezione medica. Naturalmente, le attrezzature radiologiche in uso devono essere tenute sotto stretta sorveglianza⁽¹²⁾.

Il rischio biologico

Gli operatori sanitari corrono il rischio di acquisire infezioni da agenti biologici patogeni venendo a contatto con i pazienti o con i loro liquidi biologici. La conoscenza di questo rischio, degli agenti biologici che lo determinano, della loro modalità di trasmissione, delle precauzioni da adottare è fondamentale per prevenirlo. In ambiente ospedaliero i microrganismi patogeni pericolosi con i quali gli operatori sanitari entrano più frequentemente in contatto sono i virus dell'epatite B e C, il virus dell'AIDS e il batterio della tubercolosi. Tali agenti biologici possono causare malattie gravi e costituiscono un serio rischio per i lavoratori. Gli operatori della sanità, in mi-

sura diversa in relazione alla mansione svolta, sono soggetti al rischio di contatto accidentale con liquidi biologici potenzialmente contaminati. La contaminazione può avvenire per contatto accidentale di cute o mucose o attraverso punture, tagli o ferite e per via aerea attraverso le minute goccioline generate da colpi di tosse, starnuti, ecc. I banchi da lavoro, la strumentazione, il vestiario e le superfici in genere possono rimanere contaminati per diversi giorni. I momenti e le situazioni a maggiore rischio sono le seguenti: attività che comportano l'utilizzo di oggetti appuntiti; smaltimento di aghi, taglienti, biancheria e rifiuti; deterzione e disinfestazione di materiale tagliente; manipolazione e trasporto di materiale biologico; attività chirurgiche e medicazioni; attività di laboratorio; manovre invasive compiute sul paziente.

La prevenzione del rischio biologico si attua in particolar modo attraverso l'applicazione delle seguenti misure:

- precauzioni universali (contenute nel d.m. 28 settembre 1990): misure da adottare per prevenire l'esposizione parentale, cutanea e mucosa nei casi in cui si preveda un contatto accidentale con liquidi biologici;
- uso di abbigliamento di protezione, dei dispositivi di protezione individuale per la protezione delle mani e degli arti superiori, degli occhiali di protezione, dei sistemi per la protezione dell'apparato respiratorio e del viso⁽¹³⁾;
- vaccinazione del personale sanitario.

Il rischio da allergie

I principali fattori di rischio allergologico in ambito sanitario sono di origine chimica e vegetale. Fra le sostanze di sintesi chimica i detergenti e, in particolare, i disinfettanti rappresentano uno dei fattori di rischio più rilevanti in questo settore a causa della loro ampia utilizzazione e della numerosità del personale esposto; essi causano dermatite da contatto alle mani, ai polsi e agli avambracci e asma professionale.

Fra le sostanze di origine vegetale vi è il lattice, presente nei guanti chirurgici e con elevato potere allergogeno. È potenzialmente esposto al rischio tutto il personale sanitario che indossa regolarmente i guanti di lattice o che svolge la sua attività in ambienti confinati in cui tali guanti vengono estesamente utilizzati anche in assenza di un contatto diretto con essi. Infatti, poiché le particelle di lattice possono aderire alle particelle di polvere lubrificante contenuta all'interno dei guanti stessi, esse possono liberarsi nell'aria al momento dell'apertura della confezione sigillata in cui i guanti sono contenuti e scatenare reazioni da inalazione. Le misure di prevenzione si basano sull'adozione di pratiche di comportamento che minimizzano i fattori favorevoli la sensibilizzazione e sull'utilizzo di guanti il più possibile ipoallergenici fin dall'inizio dell'attività lavorativa⁽¹⁴⁾.

La movimentazione manuale dei carichi

Le patologie muscolo-scheletriche hanno raggiunto il primo po-

sto per diffusione tra le malattie da lavoro. Esse, sotto il profilo della molteplicità delle sofferenze e dei costi economici e sociali indotti ⁽¹⁵⁾, rappresentano uno dei principali problemi sanitari nel mondo del lavoro, tanto da essere state collocate dal National Institute of Occupational Safety and Health al secondo posto nella lista dei dieci problemi di salute più rilevanti nei luoghi di lavoro.

Per movimentazione manuale di carichi si intende una delle seguenti azioni svolte da uno o più lavoratori: sollevare, tenere, deporre, spingere, tirare, portare o spostare un carico pesante ⁽¹⁶⁾.

La movimentazione manuale dei carichi può essere causa di:

- disturbi cumulativi dovuti alla graduale usura cumulativa dell'apparato muscolo-scheletrico riconducibile a operazioni continue di sollevamento o movimentazione;
- traumi acuti quali ferite o fratture in seguito a infortuni.

Il mal di schiena è uno dei principali disturbi professionali riferiti nell'Unione europea (23,8%) ⁽¹⁷⁾.

Le patologie in oggetto sono molto diffuse tra gli operatori sanitari, così come confermato da numerosi studi in letteratura. A tale proposito, è stato osservato che nel personale sanitario il mal di schiena compare spesso in età giovanile (prima dei 30 anni nel 46%

dei casi), e a breve distanza dall'inizio del lavoro (entro 3 anni nel 50% dei soggetti studiati); la comparsa della sintomatologia è improvvisa e viene fatta risalire

ad un episodio traumatico nel 45% dei casi, mentre nei restanti l'insorgenza è silente. Dai risultati di studi condotti su larghe casistiche di infermieri è poi possibile rilevare che la localizzazione più frequente dei disturbi al rachide è, di solito, quella a carico del tratto lombare (46,8%), seguita da quella al segmento cervicale e al dorsale con frequenze più o meno simili. Secondo altri studi, la patologia muscolo-scheletrica sarebbe la causa del 30% circa di tutti i giorni lavorativi persi per malattia dalle infermiere. Sulla base dei dati epidemiologici, i reparti ospedalieri nei quali la frequenza di patologie muscolo-scheletriche (mal di schiena, dolore al rachide) è più elevata risultano essere la rianimazione e la terapia d'urgenza, la riabilitazione e recupero funzionale, la terapia intensiva, l'ortopedia e la geriatria, ma anche la chirurgia ⁽¹⁸⁾.

All'interno degli ospedali, oltre alla movimentazione di carichi inanimati (apparecchiature, materiale di consumo, ecc.) svolta dal personale ausiliario di reparto e dal personale delle aree tecniche, tutto il personale impegnato nelle attività assistenziali (infermieri, operatori tecnici dell'assistenza e operatori socio-sanitari) effettua la movimentazione di carichi del tutto particolari ovvero i pazienti, che possono essere collaboranti, poco collaboranti o non collaboranti. Pro-

prio in ragione di tale realtà, occorre cercare di individuare la soglia di compatibilità tra la tutela delle condizioni fisiche della persona non autosufficiente e le

condizioni di sicurezza sul lavoro dell'operatore che deve garantire l'assistenza.

Il datore di lavoro, nella valutazione di tali rischi, deve, inoltre, tener conto anche dei fattori soggettivi che potrebbero influire sul rischio di lesione dorso-lombare, ossia: mancanza di esperienza, formazione e familiarità con l'attività svolta; età; corporatura fisica; precedente storia di disturbi dorso-lombari.

Una volta effettuata la valutazione soggettiva, è necessario valutare se sia possibile eliminare ogni rischio utilizzando, per esempio, apparecchiature di movimentazione automatiche o meccaniche sostitutive; qualora la meccanizzazione non sia tecnicamente possibile, il datore di lavoro dovrà adottare misure organizzative quali la rotazione degli incarichi e l'introduzione di intervalli di durata sufficiente.

Indispensabili sono le attività di informazione e formazione sui rischi e sugli effetti negativi per la salute nonché sull'uso di tecniche di movimentazione corrette ⁽¹⁹⁾.

Riassumendo, le misure di prevenzione maggiormente necessarie risultano essere:

- disponibilità di letti regolabili in altezza, in modo da evitare la flessione del rachide;
- servizi igienici con spazio adeguato per muovere pazienti non collaboranti;
- disponibilità di sollevatori meccanici per i trasferimenti letto-carrozzina, letto-barella, letto-servizi igienici, con addestramento del personale all'uso corretto;
- cinture con maniglie sui fianchi da allacciare a pazienti scarsamente collaboranti, per afferrarli meglio e con minor sforzo;

Le patologie muscolo-scheletriche occupazionali hanno raggiunto il primo posto per diffusione tra le malattie da lavoro

- rotazione delle mansioni che presentano rischi per il tratto dorso-lombare e sollevamento dei pazienti a cura di due operatori, e non uno;
- informazioni e formazione adeguate e sufficienti dei lavoratori, in particolare per quanto attiene la movimentazione corretta dei carichi;
- sensibilizzazione ad un'appropriate attività motoria che sviluppi i muscoli più sollecitati e protegga le articolazioni più a rischio⁽²⁰⁾.

Ricordiamo che il Titolo VI del d.lgs. n. 81/2008 ha sostituito il Titolo V del d.lgs. n. 626/1994. Il rischio di patologie da sovraccarico biomeccanico viene codificato mantenendo sempre il riferimento specifico ai rischi dorso-lombari, ma ampliando lo spettro a tutti i rischi derivanti dai movimenti ripetitivi che coinvolgono soprattutto gli arti superiori. Per quanto riguarda la formazione e l'informazione, viene inclusa ora la previsione espressa dell'addestramento alle manovre e procedure di movimentazione manuale dei carichi. Viene, inoltre, eliminato il riferimento ai 30 chilogrammi quale peso massimo movimentabile manualmente da un solo uomo. Residua, pertanto, quale unico parametro, il riferimento generico ad un rischio derivante da «carico troppo pesante».

I dispositivi medici

La direttiva n. 93/42/CEE definisce i dispositivi medici come «qualsiasi strumento, apparecchio, impianto, sostanza o altro prodotto, utilizzato da solo o in combinazione, compreso il software informatico impiegato per

il corretto funzionamento, e destinato dal fabbricante ad essere impiegato nell'uomo a scopo di diagnosi prevenzione, controllo, terapia o attenuazione di una malattia». La direttiva riporta i criteri generali da utilizzare nella progettazione e realizzazione di alcune categorie di dispositivi medici; essa è stata recepita dal governo italiano tramite il d.lgs. n. 46/1997⁽²¹⁾, ai sensi del quale ogni dispositivo medico deve essere accompagnato dalla documentazione tecnica, dal foglio illustrativo di accompagnamento e dalla dichiarazione di conformità CE. L'allegato I indica i requisiti essenziali di tali dispositivi:

1) i dispositivi devono essere progettati e fabbricati in modo che la loro utilizzazione non comprometta lo stato clinico e la sicurezza dei pazienti, né la sicurezza e la salute degli utilizzatori ed eventualmente di terzi quando siano adoperati alle condizioni e per i fini previsti, fermo restando che gli eventuali rischi debbono essere di livello accettabile, tenuto conto del beneficio apportato al paziente, e compatibili con un elevato livello di protezione della salute e della sicurezza;

2) le soluzioni adottate dal fabbricante per la progettazione e la costruzione dei dispositivi devono attenersi a principi di rispetto della sicurezza, tenendo conto dello stato di progresso tecnologico generalmente riconosciuto; tali principi sono (in ordine gerarchicamente ordinato): a) eliminare o ridurre i rischi nella misura del possibile (integrazione della sicurezza nella progettazione e nella costruzione del dispositivo); b) se del caso, adottare le opportune misure di protezione nei confronti dei rischi che non possono essere eliminati even-

tualmente mediante segnali di allarme; c) informare gli utilizzatori dei rischi residui dovuti a un qualsiasi difetto delle misure di protezione adottate.

Sara Ferrua

Scuola internazionale di Dottorato
in Diritto delle relazioni di lavoro
Università degli Studi
di Modena e Reggio Emilia
Adapt – Fondazione Marco Biagi

Note

⁽¹⁾ S. Del Grosso, K. Ripamonti, V. Valentini, F. Tomei, *Tutela della salute in ambiente sanitario*, Giornate Romane di Medici del Lavoro “Antonello Spinazzola”, Sezione Regionale Laziale/Abruzzese della S.I.M.L.I.I., Scuola di specializzazione in Medicina del lavoro, Università degli Studi di Roma “La Sapienza”, 27 settembre 2005, in <http://w3.uniroma1.it/medicinadellavoro>.

⁽²⁾ Per un approfondimento si veda M. Depolo, R. Tartaglia, E. Maier, V. Majer, G.A. Mancini, G. Giorgi, R. Ghersi, L. Amovilli, L.F. Ruini, *Clima organizzativo e performance dell'ambiente di lavoro*, in *Igiene & Sicurezza del Lavoro*, 2005, n. 7.

⁽³⁾ P. Boisard, D. Cartron, A. Valeyre, M. Gollac, *Time and work: duration of work*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublino, 2002.

⁽⁴⁾ G. Costa, *Lavoro a turni e notturno. Organizzazione degli orari di lavoro e riflessi sulla salute*, Editore SEE, Firenze, 2003. Dello stesso Autore si veda anche *Lavoro a turni e salute*, in *Medicina del Lavoro*, 1999, vol. 90, n. 6.

⁽⁵⁾ Gruppo donne-salute-lavoro Cgil, Cisl, Uil di Milano (a cura di), *Lavoro a turni e notturno: strategie e consigli per i datori di lavoro, le lavoratrici e i lavoratori*, Ufficio Attività editoriali per l'impresa della Camera di commercio di Milano, novembre 2006.

⁽⁶⁾ Sia consentito rinviare a S. Ferrua, *Il burn-out: malattia professionale moderna*, in *Igiene & Sicurezza del Lavoro*, 2006, n. 8.

⁽⁷⁾ G. Tomei, E. Tomao, *Burn-out*, Giornate Romane di Medici del Lavoro “Antonello Spinazzola”, Sezione Regionale Laziale/Abruzzese della

S.I.M.L.I.I., Scuola di specializzazione in Medicina del Lavoro, Università degli Studi di Roma "La Sapienza", 27 settembre 2005, in <http://w3.uniroma1.it/medicinadellavoro>.

⁽⁸⁾ M. Malagutti, *L'operatore sociale cortocircuitato: la burning-out sindrome in Italia*, 4 novembre 2002, in www.psichiatria.it.

⁽⁹⁾ In tema di interventi formativi, è utile richiamare il lavoro di Leiter che mise in relazione di proporzionalità diretta l'incidenza del *burn-out* e il lasso di tempo intercorso dall'ultimo corso di aggiornamento professionale.

⁽¹⁰⁾ Caratteristiche del lavoro (carico di lavoro esageratamente elevato, scadenze pressanti, conflitti di ruolo ed ambiguità di ruolo, mancanza di supporto da parte dello staff e dei supervisori, mancanza d'informazione e poca partecipazione alle decisioni); caratteristiche organizzative (violazione delle aspettative riguardo alla distribuzione degli spazi, presenza di gerarchie, regolamenti operativi e risorse, violazione del

contratto psicologico ovvero di quei meccanismi che inducono insicurezza sulle opportunità di carriera, sugli impegni a tempo determinato e sulle conseguenti incertezze economiche).

⁽¹¹⁾ M.M. Milano, *Aspetti medico legali della sindrome del burn-out*, in *Minerva Medicolegale*, 2004, vol. 124, n. 3-4, 73.

⁽¹²⁾ Per un approfondimento si veda S. Sandri, *La protezione dalle radiazioni ionizzanti nel settore sanitario*, in *Igiene & Sicurezza del lavoro*, 2004, n. 6.

⁽¹³⁾ Sull'uso dei guanti si veda paragrafo successivo.

⁽¹⁴⁾ Per un approfondimento si veda G. Feltrin, G. Maggio, *Guanti come dispositivi medici o come DPI: normativa vigente e corretto impiego in ambito sanitario*, in *Medicina del Lavoro*, 2008, vol. 99, n. 2.

⁽¹⁵⁾ Assenze per malattia, cure, cambiamenti di lavoro, invalidità.

⁽¹⁶⁾ Direttiva del Consiglio n. 90/269/CEE relativa alle prescrizioni minime di sicurezza e di salute concer-

nenti la movimentazione manuale dei carichi.

⁽¹⁷⁾ Fondazione europea per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro, *Quarta indagine europea sulle condizioni di lavoro*, 2005.

⁽¹⁸⁾ F.M. Gobbi, D. Sali, *Rischi professionali in ambito ospedaliero*, McGraw-Hill, Milano, 1995.

⁽¹⁹⁾ Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul luogo di lavoro, *Pericoli e rischi associati alla movimentazione manuale di carichi sul posto di lavoro*, Facts, 2007, n. 73, IT.

⁽²⁰⁾ R. Dubini, *Aspetti di prevenzione dei rischi nel lavoro ospedaliero*, in *Igiene & Sicurezza del Lavoro*, 1998, n. 8.

⁽²¹⁾ Si veda F. Gellona (a cura di), *Linee guida per la gestione dei dispositivi medici in applicazione della Direttiva 93/42/CEE e della relativa legislazione nazionale di recepimento (D.Lgs. 46/97 e succ. modifiche)*, Guide Pratiche, n. 3, Centro Studi Assobiomedica, marzo 1999.

L'assistenza domiciliare ed il caso delle badanti

di Sara Ferrua

La maggior parte dei rischi trattati nel precedente contributo riguarda tutti gli operatori sociali ⁽¹⁾, ma occorre chiedersi se il sistema legislativo posto a tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori è rivolto a qualsiasi operatore, indipendentemente dal luogo di lavoro. Secondo l'art. 2, comma 1, lett. a, del d.lgs. n. 81/2008, si intende per lavoratore la «persona che, indipendentemente dalla tipologia contrattuale, svolge un'attività lavorativa nell'ambito dell'organizzazione di un datore di lavoro pubblico o privato, con o senza retribuzione, anche al solo fine di apprendere un mestiere, un'arte o una professione, esclusi gli addetti ai servizi domestici e familiari». Gli operatori sanitari, che opera-

no presso il domicilio dell'assistito, sembrano rientrare nella definizione di addetti ai servizi domestici; in particolar modo la cosiddetta categoria delle "badanti" è una forma di lavoro domestico, che si specifica per essere destinata a garantire assistenza di persone che non sono in condizioni di piena autosufficienza, o che comunque hanno bisogno di assistenza in ragione di condizioni di salute o di età ⁽²⁾. L'esclusione di cui sopra sembra riguardare esclusivamente gli addetti ai servizi di cura del rispettivo datore di lavoro, e non gli addetti messi dal loro datore di lavoro a disposizione di terzi. Pare opportuno, quindi, soffermarsi sul primo caso, tralasciando di analizzare i dipendenti di

cooperative sociali, di agenzie di somministrazione, di strutture sanitarie pubbliche chiamati a prestare la propria attività presso il domicilio privato dell'assistito ⁽³⁾.

Un essenziale riferimento della disciplina applicabile alle badanti è il contratto collettivo nazionale di lavoro ⁽⁴⁾, il quale contiene gli obblighi in capo al datore di lavoro e al lavoratore in merito a numerosi aspetti quali la costituzione e la cessazione del rapporto di lavoro, l'orario di lavoro, la tutela delle lavoratrici madri, il trattamento di malattia, gli infortuni, il trattamento economico.

Per quanto riguarda la tutela della salute e della sicurezza di colf e badanti contenute nell'ultimo Ccnl, particolarmente importanti

sono le disposizioni in merito all'orario di lavoro: il riposo settimanale è di 36 ore e deve essere goduto per 24 ore preferibilmente di domenica e per 12 ore in qualsiasi altro giorno della settimana; la media totale delle ore lavorative settimanali è stabilita in 40 ore per i lavoratori non conviventi e in 48 ore per i conviventi; questi ultimi hanno diritto a un riposo giornaliero di

8 ore consecutive e a un riposo intermedio retribuito, nelle ore pomeridiane, normalmente non inferiore a 2 ore; il periodo di ferie annuali è pari a 26 giorni. Alla lavoratrice madre si applicano tutte le norme previste per la generalità delle lavoratrici. Particolarmente interessanti sono le disposizioni in merito al vitto e all'alloggio; infatti, l'ambiente di lavoro non deve recare pregiudizio all'integrità fisica e morale del lavoratore e il vitto dovuto deve assicurargli una nutrizione adeguata per qualità e quantità. Nonostante tali disposizioni, risultano non essere garantite sufficienti informazioni sui rischi legati all'assistenza di una persona non autosufficiente o malata, come sopra descritti, e sui rischi legati all'ambiente domestico.

Definizione di “badante”

La categoria delle cosiddette “badanti” è una forma di lavoro domestico, che si specifica per essere destinata a garantire assistenza a persone che non sono in condizioni di piena autosufficienza, o che, comunque, hanno

bisogno di assistenza in ragione di condizioni di salute o di età.

La badante, nella maggioranza dei casi, svolge contemporaneamente sia attività per la casa (pulizia degli ambienti, preparazione dei pasti, lavanderia), sia attività per la persona (igiene, compagnia, sorveglianza), sia attività che garantiscono il mantenimento di relazioni con l'esterno. Questa mescolanza è tipica del

ruolo: le attività per la casa e per la persona procedono parallelamente e si intrecciano tra loro. Tale caratteristica rende necessario un confronto con la figura della cosiddetta “colf”; mentre quest'ultima ha come obiettivo prioritario la cura della casa e come attività marginale la cura dei suoi abitanti, nella figura della badante le priorità si rovesciano: la persona viene assunta espressamente per aiutare una o più persone che non sono in grado di badare a se stesse.

Per molto tempo non vi è stata una definizione normativa della figura della badante, essendoci solo una previsione riconducibile ad una categoria del contratto nazionale di categoria del lavoro domestico. Una prima vera definizione normativa di tale figura è stata introdotta con la Finanziaria 2005, ovvero con la l. n. 311/2004 ⁽⁵⁾, la quale ne parla nei termini di «addetti alla propria assistenza personale nei casi di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana» ai fini di individuare dei dipendenti, non necessariamente stranieri, del contribuente che consentono delle deduzioni fisca-

li.

Per quanto, invece, riguarda la definizione di “assistiti non autosufficienti”, una precisazione è stata fornita dalla circ. n. 2/2005 della Agenzia delle Entrate, secondo la quale si specifica che «sono considerati non autosufficienti nel compimento degli atti della vita quotidiana i soggetti che non siano in grado, ad esempio, di assumere alimenti, di espletare le funzioni fisiologiche e provvedere all'igiene personale, di deambulare, di indossare gli indumenti. Inoltre, deve essere considerata non autosufficiente anche la persona che necessita di sorveglianza continuativa. Lo stato di non autosufficienza può essere indotto dalla ricorrenza anche di una sola delle condizioni, come sopra esemplificativamente richiamate, che lo determinano. Lo stato di non autosufficienza deve risultare da certificazione medica. La deduzione non compete pertanto per spese di assistenza sostenute a beneficio di soggetti come, ad esempio, i bambini quando la non autosufficienza non si ricollega all'esistenza di patologie».

Inoltre, il d.P.R. n. 334/2004 ⁽⁶⁾, introducendo l'art. 30-bis al d.P.R. n. 399/1999, al comma 8 prevede che, in relazione alla richiesta di assunzione di lavoratori stranieri residenti all'estero, «la disposizione relativa alla verifica della congruità in rapporto alla capacità economica del datore di lavoro non si applica al datore di lavoro affetto da patologie o handicap che ne limitano l'autosufficienza, il quale intende assumere un lavoratore straniero addetto alla sua assistenza».

Le badanti in Italia e i dati infortunistici

Un'indagine del 2007 de *Il Sole 24 Ore* ⁽⁷⁾ ha stimato la presenza nel nostro Paese di quasi due milioni di colf e badanti, solo un terzo delle quali iscritte all'Inps. Per il 90% sono donne, con età tra i 31 e i 50 anni e per lo più straniere, di origine rumena, ucraina, albanese e filippina. In genere vivono in Italia senza la famiglia, alla quale però destinano gran parte dei 700 euro di guadagno medio mensile stimato. Le famiglie italiane, che spendono oltre 11 miliardi di euro l'anno per questi servizi, ne risparmiano in pratica 7 affidando gli anziani a badanti piuttosto che a case di riposo, con vantaggi non solo economici, ma anche sociali ed umani, perché l'anziano non perde i propri punti di riferimento, rimanendo nella casa dove magari vive da sempre. In ogni caso, tra il 2000 ed il 2007, si è assistito ad una crescita esponenziale degli addetti in questo settore. Diversi fattori spingono in questa direzione: l'invecchiamento della popolazione, la diffi-

coltà di conciliare tempi di vita e tempi di lavoro nelle coppie a "doppia carriera", l'inconsistenza delle politiche sociali nel nostro Paese e, non ultimi, i cambiamenti nelle migrazioni internazionali.

I dati rilevati nel 2007 hanno trovato conferma nel 2008; in particolare, a fine 2008, si sono registrati più di un milione e mezzo di rapporti di lavoro attivi presso l'Inps e 600 mila lavoratori domestici registrati, in gran parte donne straniere. Ma le stime che comprendono le colf e le badanti irregolari arrivano a calcolarne fino al doppio ⁽⁸⁾. L'ultimo decreto flussi 2008 ha previsto l'ingresso per poco più di 100 mila (105.400) colf, in aggiunta al decreto precedente, che aveva registrato 420.366 domande per lo svolgimento di attività domestiche e di cura sul totale di 740.813 istanze presentate. Dei circa 600 mila lavoratori domestici regolarmente registrati la maggioranza proviene da Paesi stranieri, solo il 22,3% del totale, meno di un quarto, è di nazionalità italiana. Le donne sono l'87% fra i lavoratori stranieri, il

96% fra gli italiani. Per quanto riguarda la nazionalità delle assistenti familiari, il 20% proviene dalla Romania, il 12,7% dall'Ucraina, il 9% circa dalle Filippine e il 6% dalla Moldavia, per citare le comunità etniche e nazionali più numerose. Seguono Perù, Ecuador, Polonia e Sri Lanka, con percentuali che vanno dal 3,6 al 2,8% e rappresentanze minori di numerosi altri Paesi, europei, asiatici, africani e sudamericani.

La distribuzione degli infortuni rispecchia fedelmente quella della popolazione lavorativa: il 90% degli infortuni riguarda, infatti, donne (per lo più di età compresa tra i 35 e i 64 anni) e per il 62% donne di origine straniera (ucraine, rumene, ecuadoriane, filippine e polacche). Gli infortuni nel settore sono quasi raddoppiati, passando dai 1.590 casi del 2002 ai 2.767 casi del 2006 ⁽⁹⁾.

Osservazioni e proposte di buone prassi ⁽¹⁰⁾

I servizi domiciliari di cura alla persona sono caratterizzati dalla presenza di numerosi rischi, sia

Tabella 1 – Infortuni denunciati dal personale addetto ai servizi domestici per Paese di nascita e sesso (anno 2002)

Paese di nascita	Maschi	Femmine	Totale
Italia	78	817	895
Ucraina	2	18	20
Romania	13	48	61
Ecuador	3	29	32
Filippine	28	61	89
Polonia	3	23	26
Perù	8	56	64
Altri Paesi	98	305	403
Totale	233	1.357	1.590

Tabella 2 – Infortuni denunciati dal personale addetto ai servizi domestici per Paese di nascita e sesso (anno 2006)

Paese di nascita	Maschi	Femmine	Totale
Italia	75	932	1.007
Ucraina	9	266	275
Romania	20	200	220
Ecuador	9	169	178
Filippine	38	105	143
Polonia	4	131	135
Perù	17	104	121
Altri Paesi	122	566	688
Totale	294	2.473	2.767

con riferimento all'ambiente di lavoro, sia con riferimento all'attività lavorativa svolta. In particolare, i rischi domestici possono essere così elencati:

- rischio cadute;
- rischio incendi;
- rischio gas (l'esplosione e l'intossicazione da ossido di carbonio);
- rischio elettrico;
- rischio chimico (uso di detersivi, candeggianti, acidi, ecc.);
- rischio alimentare.

A tali rischi si aggiungono quelli legati all'assistenza della persona anziana o malata, già analizzati relativamente al personale infermieristico. Tra questi prevalgono il rischio da stress lavorativo legato all'orario di lavoro, il *burn-out*, la movimentazione manuale dei carichi, cui si aggiunge il cosiddetto "rischio da isolamento". Con riferimento a quest'ultimo rischio, occorre osservare che, nella maggior parte dei casi, la badante presta la propria attività lavorativa a favore di un unico datore di lavoro (monocommitenza); la totalità di tali rapporti lavorativi è determinata dalla convivenza che spesso ne risulta.

Questa situazione viene, poi, aggravata e resa più problematica dal fatto che i figli della badante rimangono, nella maggior parte dei casi, in patria, assieme al coniuge. Si tratta, quindi, di donne sole, lontane dal proprio Paese e dalla propria famiglia. Il più delle volte, anche a causa delle difficoltà linguistiche, la badante trova difficoltà ad inserirsi e integrarsi nella società ospite. I rapporti che riesce a costruire rimangono così legati alla famiglia dell'assistito e alle eventuali colleghe connazionali.

Nonostante la complessità dei rischi presenti nell'ambito dell'assistenza domiciliare, in capo al datore di lavoro domestico non vi sono obblighi in merito alla valutazione di tali rischi, all'adozione di misure idonee a ridurre o ad eliminare i rischi, all'informazione e alla formazione del lavoratore.

Ricordiamo che le badanti sono spesso persone prive di un titolo di studio specialistico e operano

senza conoscere i rischi a cui sono quotidianamente sottoposte. Occorre, inoltre, non sottovalutare il fatto che la maggior parte delle badanti proviene dall'estero; alle difficoltà sopra esposte, si aggiungono, quindi, quelle di comprensione linguistica e di differente percezione dei rischi.

In attesa che il legislatore ponga, in capo al datore di lavoro domestico, quantomeno gli obblighi di informazione e formazione in

materia di salute sicurezza sul luogo di lavoro, sembrerebbe opportuno, a livello territoriale, organizzare dei corsi formativi per tali lavoratori. Tale formazione dovrà essere mirata e dovrà coinvolgere gli Enti locali (Comune, Provincia), le ASL e

le Associazioni. Si potrebbe pensare a un vero e proprio obbligo di frequenza per i lavoratori che esercitano assistenza domiciliare, prevedendo unitamente la costituzione di un apposito albo. Potrebbero crearsi, così, anche momenti di incontro e di scambio

Gli infortuni sono quasi raddoppiati, passando dai 1.590 casi del 2002 ai 2.767 casi del 2006

che potranno essere mantenuti nel tempo, al di là della durata del corso stesso.

Congiuntamente alla formazione si potrebbe fornire del materiale informativo sul quale sarebbe più agevole l'adattamento linguistico.

Sicuramente utile sarebbe la creazione, presso le ASL o i Comuni, di specifici sportelli per accompagnare la badante durante il suo percorso lavorativo e per fornire continua assistenza in merito non solo alla tutela della salute e della sicurezza, ma anche ai diritti e obblighi di tali lavoratori.

Con riferimento alla prevenzione dei rischi prettamente domestici bisognerebbe promuovere campagne in favore della messa a norma degli impianti e a meccanismi pubblici di incentivo alla rottamazione degli oggetti. Si potrebbe, inoltre, potenziare il ruolo di vigilanza da parte di Comuni e Provincia per la verifica degli impianti (gas, elettrico, ecc.).

Anche su prodotti ed impianti si possono attuare alcuni interventi utili al miglioramento della sicurezza nelle abitazioni e nei luoghi di vita. Potrebbero, ad esempio, essere incentivate le aziende che decidono di apporre sui propri prodotti il marchio di qualità: infatti, molti produttori appongono la marcatura CE, che garantisce la rispondenza alle direttive europee, ricorrendo all'autocertificazione e, quindi, assumendosi tutta la responsabilità legale, come d'altra parte previsto dalla stessa normativa comunitaria, per prodotti che rientrano in classi di rischio meno elevate. Certamente, il marchio di qualità, che prevede verifiche e test da parte di un organismo terzo specializzato nell'applicazione delle normative

sulla sicurezza, offre maggiori garanzie per il consumatore, ma richiede costi aggiuntivi per le aziende. Riconoscendo il valore sociale dell'innalzamento della sicurezza dei prodotti, potrebbero essere finanziate delle campagne di rottamazione degli elettrodomestici obsoleti e fuori norma, ottenendo anche un beneficio in termini di risparmio energetico e di rilancio dell'economia.

Infine, per quanto riguarda i prodotti chimici presenti nelle abitazioni, dai farmaci ai detersivi, potrebbe essere individuata una sorta di classificazione in base al rischio, creando simboli grafici chiaramente leggibili da parte degli utilizzatori, nonché un certificato di garanzia di "prodotto sicuro".

Sara Ferrua

Scuola internazionale di Dottorato
in Diritto delle relazioni di lavoro
Università degli Studi
di Modena e Reggio Emilia
Adapt – Fondazione Marco Biagi

Note

(¹) Per operatori sociali si intendono i lavoratori che forniscono servizi socio-sanitari assistenziali.

(²) Sulla definizione di "badante" si

veda il paragrafo successivo.

(³) Per un approfondimento si veda R. Guariniello, *La sicurezza degli operatori dei servizi socio-sanitari e assistenziali*, in *Igiene & Sicurezza del Lavoro*, 2004, n. 10.

(⁴) Si veda il Ccnl colf e badanti sottoscritto il 20 marzo 2007.

(⁵) In *GU*, 31 dicembre 2004, n. 306, intitolata *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)*.

(⁶) In *GU*, 10 febbraio 2005, n. 33, intitolato *Regolamento recante modifiche ed integrazioni al decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394, in materia di immigrazione*.

(⁷) Si veda il dossier *Il welfare privato. Viaggio nel pianeta dell'assistenza*, in *Il Sole 24 Ore*, 2 aprile 2007. Si veda anche M. Simoni, G. Zucca (a cura di), *Il welfare fatto in casa. Un'indagine sui collaboratori domestici stranieri che lavorano nelle famiglie italiane*, Working paper, Istituto di Ricerche Educative e Formative, 2007.

(⁸) È questa la fotografia del lavoro domestico in Italia scattata dalle Acli Colf e presentata a Roma durante la XVII Assemblea nazionale, *Per un nuovo welfare della cura oltre il fai da te*.

(⁹) S. Mochi, *Colf e badanti: lavoro da stranieri*, in *Dati Inail*, luglio 2007, n. 7.

(¹⁰) Si veda la relazione finale dell'8 marzo 2006 del gruppo di lavoro "Infortuni domestici", *Commissione parlamentare di inchiesta sugli infortuni sul lavoro, con particolare riguardo alle cosiddette "morti bianche"*, coordinatrice R. Stanisci.

Bollettino speciale Adapt

Per maggiori approfondimenti potete consultare i Bollettini speciali già pubblicati sul tema:

Bollettino speciale n. 2/2009

Gli interpelli in tema di salute e sicurezza sul lavoro: una rassegna ragionata

a cura di Gabriele Civolani e Luciano Schiavo

Bollettino speciale n. 1/2009

I recenti orientamenti della giurisprudenza di legittimità in tema di salute e sicurezza sul lavoro (rassegna 2008-2009)

a cura di Maria Giovannone e Michele Tiraboschi

Bollettino speciale n. 4/2008

Il Testo Unico della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

a cura di Annamaria Antonucci, Paola De Vita, Maria Giovannone



Rassegna stampa

Infermieri, il 10% è straniero

di Angela Manganaro

Il Sole 24 Ore, 5 maggio 2009

Nicoleta, Iulia, Mihaela, Alina, Natasa, Elena. Sono i nomi che ricorrono sulla "Gazzetta Ufficiale" delle ultime due settimane. Si leggono nei 312 decreti del ministero del Welfare pubblicati dal 18 aprile a ieri, che riconoscono ad altrettante infermiere straniere (sono pochi gli uomini) il titolo preso all'estero e la possibilità di lavorare in Italia. Un ritmo di 26 nullaosta al giorno. Un flusso che segue la tendenza degli ultimi anni e cambia la nazionalità di una professione che gli italiani non vogliono (o non riescono) più a fare.

Nel 2008 la Federazione Infermieri (Ipasvi) contava 33mila professionisti stranieri su 360mila iscritti (quasi il 10% del totale). Il boom di decreti non sorprende Annalisa Silvestro, presidente dell'Ipasvi, la federazione dei Collegi. «Nella Ue – dice – siamo terzultimi come numero di infermieri per abitante. Se non ci fossero gli stranieri, molte strutture sarebbero in ginocchio».

Stranieri che non bastano a rispondere al fabbisogno: qualche anno fa l'Ocse ha stimato che ce ne vorrebbero tra i 66mila e i 99mila in più. Il vuoto non si riesce a riempire neppure spalancando le frontiere: questi la-

voratori, considerati immigrati qualificati, non sono vincolati alle quote annuali previste dal decreto flussi per gli extracomunitari.

La carenza, in un Paese in cui la disoccupazione è tornata a crescere (soprattutto al Sud) e la domanda di infermieri si sta facendo incessante (soprattutto in Lombardia), non dipende dalla crisi di vocazione ma dal numero chiuso dei corsi universitari.

Secondo le stime della Conferenza permanente delle lauree delle professioni sanitarie, nel 2008-2009 le domande degli aspiranti sono state 29.926, il doppio dei posti disponibili (14.849).

Al Sud le richieste sono state quasi il quadruplo dei posti offerti (12.600 contro 3.280): più di 9mila ragazzi sono rimasti a casa. Come è possibile? «Noi, come facoltà, siamo disposti ogni anno ad aumentare i posti. Avere una classe di 50 studenti o di 80 è la stessa cosa. Sono le aziende ospedaliere a non volere tirocinanti», risponde Luigi Frati, presidente della Conferenza Permanente. «Ci sono direttive – spiega Frati – che ob-

bligano le strutture a seguire l'infermiere che fa tirocinio. Il compito è impegnativo. E poi non tutte le Regioni investono in formazione. Il Lazio, ad esempio, per la formazione delle professioni sanitarie, mette zero euro. In altre regioni, come la Sicilia, invece il problema è che sono poche le strutture abilitate ad accogliere tirocinanti».

Silvestro la vede in un altro modo «Il Ssn si impegna molto. Piuttosto, gli atenei dovrebbero dare la priorità ai corsi per infermieri, ri-

spetto a quelli con pochi iscritti». «Va riconosciuto che le università, sin dal 1997, anno di istituzione dei diplomi, hanno aumentato i posti dai 5mila iscritti ai 15mila dell'anno 2008-09. Ma la progressione si è fermata nel 2006. Nonostante numerose segnalazioni negli ultimi 3 anni si è rimasti fermi ad una media di 14.000 posti disponibili» spiega Angelo Mastillo della segreteria della Confederazione permanente.

Detto tutto ciò, si dovrebbe capire perché, se pochi riescono a studiare, pochissimi arrivano alla fine: ogni anno i laureati so-

**Molti
arrivati dall'estero
restano confinati
nel lavoro
sommerso**

no 8mila, contro le 17mila richieste che arrivano dalle Regioni. A queste difficoltà si aggiungono i problemi di un'immigrazione che non crea allarme, ma neanche controlli. «Al di là dei dati ufficiali – dice Silvestro – abbiamo una netta percezione che ci sia buona fetta di infermieri stranieri che lavorano in nero. Sappiamo che esistono, ma non riusciamo a farli emergere. Viene loro riconosciuto il titolo e lavorano subito, ma non è verificata la conoscenza né

della lingua, né delle nostre norme sanitarie».

Un problema che non riguarda tanto i colleghi dei Paesi Ue in cui da tempo la formazione è equivalente, quanto quelli dei Paesi ultimi arrivati nell'Unione (Romania e Bulgaria in particolare) e gli extracomunitari.

Oltre le contraddizioni italiane (la Caritas rileva come l'Italia sia l'unico Paese industrializzato in cui i medici sono di più degli infermieri), c'è l'occhio vigile dell'Oms, che raccoman-

da di formare personale in loco per non sguarnire i Paesi poveri, alle prese con frequenti emergenze sanitarie.

E il Governo italiano? Gli addetti ai lavori spiegano che è informato. Si attende un incontro tra il sottosegretario alla Sanità, Ferruccio Fazio, il presidente della Conferenza delle Regioni Vasco Errani e il ministro dell'Istruzione, Mariastella Gelmini.

Orario di lavoro, direttiva in stallo

di Paolo Bozzacchi

Italia Oggi, 7 maggio 2009

Torna in alto mare la nuova direttiva Ue per la regolamentazione del tempo di lavoro. È fallita, infatti, in settimana, la mediazione della Commissione Ue fra l'Europarlamento e il Consiglio, per un accordo in extremis prima delle elezioni per il rinnovo del Parlamento di Strasburgo, che si terranno il 6 e 7 giugno. I negoziati si sono definitivamente arenati sul punto sin dall'inizio più controverso della nuova direttiva: la clausola di opt-out che gli stati membri possono invocare per escludere alcuni settori dal limite vincolante delle 48 ore settimanali. E hanno anche incontrato difficoltà sulla questione collegata della contabilizzazione come lavoro attivo dei turni di guardia in certe attività (medici, infermieri, pompieri, ecc.)

vanificando, di fatto, cinque anni di negoziati e battaglie politiche.

L'Europarlamento era già entrato in lotta di collisione con i governi dei Ventisette, con il suo voto in plenaria del 17 dicembre scorso, respingendo la posizione comune del Consiglio Ue che voleva mantenere la clausola di opt-out, pur sottoponendola ad alcune condizioni (in particolare, un limite massimo di 60-65 ore settimanali nei settori esentati dal limite di 48

ore). Strasburgo aveva chiesto, invece, che fosse prevista una eliminazione graduale degli opt-out attivati fino ad oggi,

con una data certa per la fine di tutte le eccezioni in tutta l'Ue. L'attuale legislazione rimane una direttiva datata 2003, che prevede che una volta che uno stato membro ha attivato la clausola di opt-out, le aziende del settore interessato possono chiedere ai propri addetti di sottoscrivere volontariamente l'impegno a lavorare ben oltre le 48 ore settimanali. Ma, soprattutto, se l'accordo del lavoratore viene chiesto sistematicamente al momento del-

Fallita la mediazione di Bruxelles per arrivare ad un testo condiviso prima delle elezioni

l'assunzione (come sembra avvenga in Gran Bretagna, dove l'opt-out copre praticamente tutti i settori) il carattere davve-

ro volontario di quest'impegno risulta molto dubbio. La nuova direttiva avrebbe dovuto (e dovrà) adeguare la legislazione Ue ad alcune sentenze della Corte europea di giustizia, secondo cui il tempo di guardia dovrebbe essere contabilizzato come tempo di lavoro a tutti gli effetti. Il testo bocciato proponeva un compromesso che avrebbe distinto tra ore attive, remunerate integralmente, e ore inattive, pagate di meno. Il parlamento di Strasburgo, rappresentato nel Comitato di conciliazione di 20 eurodeputati, compreso il relatore, ha votato a schiacciante maggioranza (15 voti contro 5 astensioni e nessun contrario) contro le proposte di compromesso della Com-

Niente accordo sulle deroghe alle 48 ore e sui turni di guardia

missione e del Consiglio. «Un cattivo accordo avrebbe peggiorato la situazione dei lavoratori e, in particolare, quella dei medici» ha commentato il relatore, lo spagnolo Alejandro Cercas (Pse) secondo il quale «ora abbiamo di fronte a noi un futuro aperto e la speranza di trovare una soluzione con la Commissione e il nuovo Europarlamento». Il Presidente di turno del Consiglio Ue, il ministro ceco Petr Necas, ha osservato che «il risultato negativo è stato probabilmente influenzato dalle pessime elezioni europee», mentre il commissario agli affari sociali, il socialista Vladimír Špidla, si è detto «estremamente deluso» per le «posizioni estremamente inconciliabili»

delle due istituzioni contrapposte. «Le conseguenze», ha detto Špidla, «sono che ancora più stati membri cominceranno ad usare la clausola di opt-out». I paesi che ricorrono a questa deroga oggi sono 15 su 27 (l'Italia non lo ha fatto). Della questione si riparlerà sicuramente dopo le elezioni europee e la Commissione presenterà probabilmente un altro testo. L'Europarlamento ha vinto sul principio, mantenendo la sua richiesta di eliminare le esenzioni dalla regola generale delle 48 ore. Ma non è detto che nel frattempo le cose non peggiorino per i lavoratori, se effettivamente sempre più stati membri ricorreranno all'opt-out soprattutto, come teme la Commissione, per aumentare la flessibilità, a fronte degli obblighi imposti dalle sentenze della Corte.

Dossier Adapt

Per maggiori approfondimenti potete consultare i Dossier già pubblicati sul tema:

Dossier n. 7/2009

La tutela della salute e sicurezza nell'ambito del lavoro domestico

a cura di Paola De Vita

Dossier n. 4/2009

Nuovi lavori, nuovi rischi

a cura di Annamaria Antonucci e Maria Giovannone

Dossier n. 5/2008

Il Testo Unico della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

a cura di Maria Giovannone, Andrea Montefusco e Davide Venturi

Dossier n. 23/2007

Prosegue l'iter legislativo della delega per la sicurezza

a cura di Annamaria Antonucci e Michele Lepore

Dossier n. 17/2007

Morti sul lavoro: norme nuove, formalismi vecchi

a cura di Annamaria Antonucci e Paola De Vita

Dossier n. 2/2007

Verso un Testo Unico della sicurezza sul lavoro?

a cura di Annamaria Antonucci e Michele Lepore

Approfondimenti e documentazione

Per ulteriori approfondimenti si veda il sito www.csmb.unimore.it, Indice A-Z, voce *Salute e sicurezza sui luoghi di lavoro*.

Studi e inchieste

Aprile 2008 – Ires, Inail, *I rischi da agenti chimici nella percezione dei lavoratori. Il caso del comparto del settore sanitario della regione Lazio*.

2007 – Agenzia Europea per la sicurezza e la salute sul lavoro, *Pericoli e rischi associati alla movimentazione manuale di carichi sul posto di lavoro*, Facts, n. 73 IT.

2007 – M. Simoni, G. Zucca (a cura di), *Il welfare fatto in casa. Un'indagine sui collaboratori domestici stranieri che lavorano nelle famiglie italiane*, Working paper, Istituto di Ricerche Educative e Formative.

Luglio 2007 – S. Mochi, *Colf e badanti: lavoro da stranieri*, in *Dati Inail*, n. 7.

Gennaio 2007 – A. Brusco, *Sanità, un settore da risanare*, in *Dati Inail*, n. 1.

Novembre 2006 – Gruppo donne-salute-lavoro Cgil, Cisl, Uil di Milano (a cura di), *Lavoro a turni e notturno: strategie e consigli per la salute e la sicurezza. Una guida per i datori di lavoro, le lavoratrici e i lavoratori*, Ufficio Attività editoriali per l'impresa della Camera di commercio di Milano.

28 aprile 2006 – Società italiana di Medicina delle Migrazioni, *Gli infermieri immigrati nella sanità italiana: un ulteriore apporto dopo l'assistenza nelle famiglie*, Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes.

Gennaio 2003 – O. Ortolani, *Indaco, il colore della sicurezza in ospedale*, in *Dati Inail*, n. 1.

Marzo 1999 – F. Gellona (a cura di), *Linee guida per la gestione dei dispositivi medici in applicazione della Direttiva 93/42/CEE e della relativa legislazione nazionale di recepimento (D.Lgs. 46/97 e succ. modifiche)*, Guide Pratiche, n. 3, Centro Studi Assobiomedica.

Il Dossier è realizzato in collaborazione con i soci di Adapt

ABI • ACLI • Ali S.p.A. • Alleanza Lavoro • ANCC-Coop • ANCE • Assaereo • Associazione Industriali della Provincia di Vicenza • Assolavoro • Banca Popolare dell'Emilia Romagna • Barilla G. e R. F.lli S.p.A. • Campagnolo S.r.l. • CIA • CISL • CISL FP • CNA • CNA Modena • CNA Pensionati • Comune di Milano • Confapi • Confartigianato • Confcommercio • Confcooperative • Confesercenti • Confindustria • Confindustria Belluno Dolomiti • Confindustria Bergamo • Confsal • Coopfond/Legacoop Nazionale • Cremonini S.p.A. • CSQA Certificazioni S.r.l. • Electrolux Zanussi Italia S.p.A. • Esselunga S.p.A. • Fastweb S.p.A. • Federalberghi • Federdistribuzione • Federmeccanica • Federtrasporto • Fiat S.p.A. • FILCA-CISL • FIPE • Fondazione Studi Consulenti del Lavoro • Fondirigenti • Formedil • Gevi S.p.A. • Gi Group S.p.A. • Gruppo Manutencoop • IKEA Italia Retail S.r.l. • Il Sole 24 Ore S.p.A. • INAIL • INPS • Isfol • Italia Lavoro S.p.A. • MCL • Metis S.p.A. • Micron Technology Inc. • Obiettivo Lavoro S.p.A. • Poste Italiane S.p.A. • Provincia di Verona • Randstad Italia S.p.A. • Telecom Italia S.p.A. • UGL • UIL • Umana S.p.A. • Unindustria Bologna • Unindustria Treviso

Direzione

Michele Tiraboschi (Direttore responsabile), Michele Lepore (co-Direttore)

Redazione

Annamaria Antonucci (Coordinatore di redazione), Paola De Vita, Sara Ferrua, Maria Giovannone (Redattore capo), Maddalena Magni (Art director), Alberto Russo

Dossier Adapt – Pubblicazione on-line della Collana Adapt

Approfondimento sui temi delle relazioni industriali e di lavoro – Numero 12 del 30 luglio 2009

Registrazione n. 1609, 11 novembre 2001 – Tribunale di Modena