

biblioteca dell'economia d'azienda

**Carlo De Pietro
Guglielmo Pacileo
Agnese Pirazzoli
Marco Sartirana**

Le inidoneità e le limitazioni lavorative del personale SSN

Dimensioni del fenomeno e proposte

**Prefazione di
Elio Borgonovi**

Copyright © 2017 EGEA S.p.A.
Via Salasco, 5 – 20136 Milano
Tel. 02-58365751 – Fax 02-58365753
egea.edizioni@unibocconi.it – www.egeaeditore.it

Tutti i diritti sono riservati, compresi la traduzione, l'adattamento totale o parziale, la riproduzione, la comunicazione al pubblico e la messa a disposizione con qualsiasi mezzo e/o su qualunque supporto (ivi compresi i microfilm, i film, le fotocopie, i supporti elettronici o digitali), nonché la memorizzazione elettronica e qualsiasi sistema di immagazzinamento e recupero di informazioni.

Per altre informazioni o richieste di riproduzione si veda il sito www.egeaeditore.it

Date le caratteristiche di Internet, l'Editore non è responsabile per eventuali variazioni di indirizzi e contenuti dei siti Internet menzionati.

ISBN 978-88-238-4549-7

Prima edizione: marzo 2017

Stampa: Digital Print Service, Segrate (MI)

Indice

Prefazione, di <i>Elio Borgonovi</i>	pag. 7
Introduzione, di <i>Carlo De Pietro, Guglielmo Pacileo, Agnese Pirazzoli e Marco Sartirana</i>	13
1. Il contesto di riferimento, di <i>Carlo De Pietro, Guglielmo Pacileo e Marco Sartirana</i>	17
1.1 Gli obiettivi della ricerca	17
1.1.1 L'oggetto dell'analisi	11
1.1.2 Gli attori coinvolti	18
1.1.3 Le domande di ricerca	21
1.1.4 Le evidenze disponibili	22
1.2 La rilevanza del fenomeno per le aziende pubbliche del SSN	24
1.3 La normativa di riferimento	26
1.4 Alcuni contributi della letteratura internazionale	28
2. Il programma e la metodologia di ricerca, di <i>Guglielmo Pacileo e Marco Sartirana</i>	33
2.1 Gli obiettivi e la conduzione della ricerca	33
2.2 Le scelte di metodo per la rilevazione quantitativa	34
2.3 La metodologia per la rilevazione qualitativa	36
3. I risultati della rilevazione quantitativa, di <i>Guglielmo Pacileo e Agnese Pirazzoli</i>	41
4. I risultati dei casi studio aziendali, di <i>Agnese Pirazzoli e Marco Sartirana</i>	57
4.1 Il confronto fra i casi studio	57
4.1.1 Gli attori coinvolti nella sorveglianza sanitaria e nella prevenzione dei rischi	58

4.1.2 Il processo di sorveglianza sanitaria	pag. 59
4.1.3 La gestione della ricollocazione a seguito di giudizio d' idoneità parziale con limitazioni	61
4.1.4 La comunicazione con le rappresentanze sindacali	63
4.1.5 Ulteriori criticità percepite dagli attori coinvolti	64
4.2 Il dettaglio dei nove casi studio	66
4.2.1 Il caso dell' Azienda USL Valle d' Aosta	66
4.2.2 Il caso della ULSS di Bassano	69
4.2.3 Il caso della ULSS di Rovigo	72
4.2.4 Il caso della AUSL di Bologna	75
4.2.5 Il caso della AOU di Parma	79
4.2.6 Il caso della USL Umbria 2	83
4.2.7 Il caso della AO di Terni	86
4.2.8 Il caso della ASP Potenza	89
4.2.9 Il caso della AOR San Carlo di Potenza	93
5. Osservatorio FIASO Politiche del Personale: approfondimenti alla rilevazione quantitativa, di Nicola Pinelli e Marco Sartirana	97
6. Suggerimenti di policy e di management	105
6.1 Introdurre sistemi di rilevazione di informazioni codificate e fruibili	106
6.2 Sviluppare le competenze attraverso le comunità di pratica	107
6.3 Rinnovare e rafforzare il ruolo dell' Azienda nella gestione delle limitazioni	108
6.4 Rivedere le relazioni interistituzionali e le regole di sistema	111
7. Conclusioni e punti aperti, di Marco Sartirana	113
Postfazione, di Francesco Ripa di Meana	117
Appendice, di Agnese Pirazzoli	119
Il Testo Unico in materia di salute e sicurezza sul lavoro – Decreto Legislativo 9 aprile 2008 n. 81	121
ULSS 18 Rovigo: scheda standardizzata per la registrazione dei rischi specifici	124
Atti del convegno “Le inidoneità e le limitazioni lavorative del personale del SSN. Dimensioni del fenomeno e proposte” del 10 dicembre 2015	128
Bibliografia	157
Gli Autori	161

Prefazione

*di Elio Borgonovi**

Il volume di Carlo De Pietro, Guglielmo Pacileo, Agnese Pirazzoli e Marco Sartirana presenta numerosi pregi che ritengo doveroso sottolineare.

Innanzitutto analizza i risultati di una ricerca che dura da alcuni anni su un tema noto a chi ha responsabilità manageriali nelle aziende sanitarie, ma non facilmente quantificabile.

In secondo luogo perché non si limita a portare in superficie una tematica rilevante per la funzionalità delle aziende sanitarie e, in generale, del pubblico impiego ma, nella parte finale, propone alcune linee per affrontarla.

In terzo luogo perché il tema è di stretta attualità proprio nel momento in cui il libro va in stampa, dato che il Governo ha proposto interventi di verifica e monitoraggio sui dipendenti pubblici, e tra essi quelli della sanità, per individuare eventuali abusi della normativa sull'inidoneità o limitazioni al lavoro, oltre ad altri abusi che hanno riflessi in termini di oneri stimati in alcuni miliardi di euro. Verifiche e monitoraggio che dovrebbero avere la regia dell'INPS (Istituto Nazionale della Previdenza Sociale) che detiene molte informazioni su questo fenomeno.

In quarto luogo, poiché l'elevata incidenza del fenomeno che, per le cause che saranno descritte nel testo, coinvolge ben oltre l'11% dei dipendenti che le aziende hanno riportato e con punte assai più elevate per alcune professioni, è una chiara evidenza del fatto che manca una politica attiva collegata all'innalzamento dell'età media dei dipendenti, che nella sanità è superiore ai cinquanta anni.

In quinto luogo perché l'emersione del fenomeno dovrà in tempi relativamente brevi confrontarsi con una recente sentenza del giudice che ha am-

* Presidente CeRGAS Bocconi.

messo il licenziamento per giusta causa di lavoratori da parte di una impresa a seguito di una riorganizzazione finalizzata ad aumentare la redditività. In passato questi licenziamenti erano ammessi solo per imprese in difficoltà economiche o in stato di insolvenza. Il principio applicato per il giudice, con riferimento a una impresa privata, prima o poi potrebbe essere esteso a interventi di riorganizzazione per ridurre il disavanzo delle aziende sanitarie.

Il volume si fa apprezzare anche per la sua impostazione metodologica, in quanto utilizza metodi di ricerca mista, ossia di analisi quantitativa e qualitativa.

Poiché i dati ufficiali appaiono troppo aggregati e non consentono analisi più articolate, il gruppo di ricerca ha raccolto informazioni tramite questionari secondo una griglia definita con aziende pilota che ne hanno attestato la realistica di compilazione. Ciò ha consentito di evitare uno dei classici rischi dei questionari “definiti a tavolino”, eventualmente sulla base della letteratura internazionale ma che poi risultano difficilmente compilabili nella realtà concreta. La raccolta dei dati, effettuata operativamente tramite un foglio Excel che ne ha consentito la standardizzazione, la semplificazione e la possibilità di elaborazione immediata, ha riguardato 49 aziende sanitarie suddivise in modo rappresentativo nelle diverse tipologie di Aziende Sanitarie Locali e Territoriali, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCCS.

Dopo aver evidenziato la rilevanza del tema, aver analizzato la normativa mettendo in evidenza gli spazi di interpretazione soggettiva della stessa e aver sintetizzato la letteratura sul tema (capitolo 1), il capitolo 2 presenta in dettaglio la metodologia utilizzata nella ricerca. Come precedentemente affermato infatti ad una prima fase di ricerca quantitativa, i cui risultati sono descritti nel capitolo 3, si è collegata una fase di analisi qualitativa tramite il metodo dei casi, i cui esiti sono contenuti nel capitolo 4. In questa seconda fase di lavoro sono state selezionate 9 aziende che si sono rese disponibili per interviste semi strutturate a chi al loro interno riveste i ruoli maggiormente coinvolti nella gestione delle non idoneità lavorative e che hanno messo a disposizione la necessaria documentazione relativa al fenomeno in oggetto. I risultati delle analisi quantitative e qualitative hanno consentito di consolidare e rendere più analitica la rilevazione di approfondimento sul fenomeno delle inidoneità e delle limitazioni realizzata dall'Osservatorio FIASO sulle Politiche del Personale con il supporto di CeRGAS Bocconi; gli esiti di tale rilevazione sono contenuti nel capitolo 5. È doveroso sottolineare che l'Osservatorio FIASO e la ricerca presentata in questo volume si qualificano correttamente come politiche del personale, in quanto si propongono di coprire le diverse fasi che collegano la rilevazione di dati con metodi rigorosi (produzione di evidenze), all'analisi (correlazione tra dati che si potrebbe definire diagnosi del problema), all'interpretazione (ricerca delle cause strutturali o specifiche del fenomeno), alla proposizione di interventi (le politiche). Infatti, dopo aver presentato i

risultati della ricerca e le relative interpretazioni, nel capitolo 6 vengono proposte alcune politiche di intervento e nel capitolo 7 vengono evidenziati i problemi aperti.

Le proposte di intervento si caratterizzano per due elementi. Da un lato si concentrano sul miglioramento e sulla standardizzazione delle osservazioni per rendere più rigorosi i confronti nel tempo e nello spazio e sul rafforzamento delle competenze dei diversi soggetti coinvolti nel fenomeno tramite la logica delle comunità di pratica che condividono esperienze positive. Dall'altro si concentrano sulle regole sia interne alle singole aziende sia a livello di sistema regionale o nazionale secondo le rispettive competenze. Infatti dalla ricerca emerge che i medici competenti, le direzioni del personale, le stesse direzioni generali delle aziende, spesso non sanno come intervenire stante l'obsolescenza e in molti casi l'indeterminatezza della normativa. Ciò espone chi deve decidere a possibili influenze da parte dei soggetti interessati, dei rappresentanti delle professioni o dei sindacati o a ricorsi amministrativi in caso di mancato riconoscimento delle richieste.

L'elencazione dei problemi aperti e delle politiche mette in evidenza un classico problema che non è solo del Servizio Sanitario Nazionale o del settore pubblico italiano, ma che riguarda in generale la cultura del management applicata a diversi contesti. Spesso si riesce a individuare i problemi aperti, frequentemente si è in grado di dire "cosa" sarebbe necessario, possibile, opportuno, desiderabile fare, ma più raramente si è in grado di definire "come" fare, "chi" deve fare e, soprattutto, enunciare le condizioni del cambiamento.

Nel campo delle imprese private questo passaggio è più facile, perché il "come" fare spesso dipende dai vincoli del mercato e della concorrenza. Le imprese che non sono in grado di applicare concretamente le soluzioni ai problemi non sono in grado di sopravvivere e sono espulse dal mercato. Allo stesso modo diventa più facile identificare "chi" deve fare, in quanto vi è una relazione forte tra proprietà (imprenditore o azionisti) che fa pressione ai manager, che a loro volta hanno un potere organizzativo forte nei confronti delle persone che operano nelle imprese. Certamente esistono anche per le imprese vincoli di legge da rispettare con riguardo alle problematiche del personale, ma sicuramente vi sono ampi margini di discrezionalità nella selezione del personale e nella soluzione di problemi di inidoneità allo svolgimento di determinate funzioni.

Nel caso delle aziende sanitarie pubbliche, e più in generale delle amministrazioni pubbliche, sono chiare le responsabilità formali nel definire le regole di sistema (il Governo, la Regione) e le regole dell'azienda (il vertice aziendale nella triade Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario). Tuttavia esistono relazioni istituzionali tra Stato e Regioni e tra Regioni e Aziende Sanitarie assai più complesse di quelle che esistono in un grup-

po privato anche di grandi dimensioni (ad esempio gruppi globali con centinaia di imprese che operano in diversi settori e in decine di paesi). Allo stesso modo la Direzione Generale e i Direttori di unità organizzative quali dipartimenti, unità organizzative complesse o semplici nelle quali operano le diverse figure professionali, sono dotate di un potere organizzativo assai più debole.

Il contesto istituzionale e organizzativo ha notevole rilievo sul “come” fare, ossia su come applicare le indicazioni di politiche di management esposte nel capitolo 6 e nell’affrontare i punti aperti esposti nel capitolo 7. Vi sono due principali approcci al problema.

Il primo riguarda la logica dei vincoli e dei disincentivi, che richiederebbe una razionalizzazione della normativa, la ridefinizione di obblighi precisi per i medici competenti che fanno la diagnosi della situazione dei dipendenti sulla base della quale sono decise le inidoneità e le limitazioni parziali al lavoro. Corollario di questa impostazione è l’individuazione di precise responsabilità di tipo giuridico ed, eventualmente, di tipo economico come può essere la contestazione del danno erariale da parte della Corte dei Conti nel caso di “diagnosi facili”. È una via che in molti casi si è tradotta nel classico sistema delle “grida manzoniane” per le difficoltà di concreta applicazione e perché non è possibile scaricare su singoli individui le debolezze della soluzione organizzativa.

Il secondo approccio può essere definito come “responsabilizzazione attiva”, che può essere richiesta a soggetti ai quali è proposto un progetto di cambiamento sfidante e motivante. Ciò richiede di affrontare il problema in modo complessivo, sfruttando tutte le opportunità consentite dal progresso delle conoscenze e delle tecnologie. Se le inidoneità sono causate dall’impossibilità di sollevare pesi, l’uso di attrezzature di sollevamento e di robot collaborativi, che sono in grado interagire con le persone, possono e potranno sempre più risolvere il problema. Se le inidoneità sono collegate al *burn out* o a problemi di stress lavoro-correlato, oltre ai supporti psicologici che in molti casi sono utilizzati, sarà possibile pensare a organizzazioni del lavoro più flessibili, in grado anche di ridurre le condizioni di stress.

Ma in entrambi i casi è necessaria una cultura manageriale e l’adozione di stili di management più partecipativi, ossia capaci di coinvolgere il personale, le rappresentanze delle professioni, i rappresentanti sindacali, i responsabili delle unità organizzative per individuare insieme soluzioni in grado di risolvere i problemi del personale senza riflessi negativi sulla qualità dell’assistenza ai pazienti. Nell’ambito dell’Osservatorio FIASO potrebbero essere costituiti gruppi di lavoro specifici per tipi di inidoneità o idoneità parziali al lavoro, in grado di elaborare indirizzi che possano diffondere le buone pratiche anche su questo tema e predisporre linee di indirizzo di carattere generale.

In conclusione si può dire che il libro di De Pietro, Pacileo, Pirazzoli e Sartirana, oltre a essere un ottimo strumento per gli “addetti ai lavori” – siano essi responsabili delle politiche regionali, dei rapporti sindacali, delle professioni, siano essi dirigenti delle aziende sanitarie – potrebbe essere di utilità anche per qualche giornalista che sul tema delle inidoneità al lavoro ha non di rado costruito articoli di tipo sensazionalistico che alimentano oltre il necessario la sfiducia in istituzioni che svolgono una funzione fondamentale, quella della tutela del diritto alla salute.

Introduzione

*di Carlo De Pietro, Guglielmo Pacileo, Agnese Pirazzoli
e Marco Sartirana*

Questo libro deriva da un programma di ricerca svolto nell'arco di circa due anni sul tema delle inidoneità e delle limitazioni lavorative del personale nelle Aziende pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). La ricerca aveva un duplice obiettivo: da un lato, raccontare il fenomeno raccogliendo evidenze sia quantitative sia qualitative e, dall'altro lato, fornire suggerimenti e proposte di management e di *policy* per gestirlo al meglio, minimizzando gli impatti organizzativi problematici che esso può comportare. Si trattava di un obiettivo ambizioso, che certamente non poteva essere raggiunto compiutamente da questa sola iniziativa. Ma il tentativo di dare una descrizione e un'interpretazione articolata e multidisciplinare del fenomeno, inquadrandola in una lettura di matrice economico-aziendale, rimane e ci auguriamo possa contribuire ad avanzare nella gestione di tale tematica, a vantaggio delle Aziende, dei lavoratori e dunque degli utenti del SSN.

Le Aziende pubbliche del SSN basano infatti la propria funzionalità sul lavoro di persone motivate, competenti e ben organizzate. Tra i diversi condizionamenti che intervengono su tale lavoro motivato, competente e organizzato c'è quello delle limitazioni, che derivano dalla necessità di tutelare la salute degli operatori proteggendoli dai rischi che la propria attività lavorativa può comportare. Allo stesso modo, modificate condizioni di salute delle persone – si pensi a un lavoratore che nel tempo abbia acquisito una disabilità motoria a seguito di un incidente stradale – devono essere tenute in conto dal datore di lavoro che, nei limiti del possibile, deve trovare una nuova collocazione lavorativa al proprio dipendente, compatibile appunto con la sua modificata condizione di salute.

Lo stimolo a svolgere la ricerca è stato inizialmente fornito dalla percezione assai diffusa nelle Aziende del SSN che limitazioni e inidoneità lavorative siano nel tempo arrivate a rappresentare un vincolo gravoso e a volte non

più sopportabile per la funzionalità dell'organizzazione. In altri termini, la percezione che le Aziende fino a pochi anni fa riuscissero a gestire e assorbire tale fenomeno ma che oramai, per le ragioni che diremo nelle pagine seguenti, non ci riescano più. Di fronte alla rilevanza del tema e alla percezione di gravità del fenomeno che molti attori interni al SSN hanno, quello che ci ha ulteriormente spinto ad approfondire questo argomento è la sostanziale carenza di analisi già disponibili. In primo luogo, né la letteratura pubblicata né quella "grigia" presentano analisi multidisciplinari e svolte per l'insieme del sistema sanitario pubblico (né, in larga misura, per gli altri settori economici). In secondo luogo, i dati disponibili presentano importanti limiti e sono assai frammentari, frutto di poche e isolate rilevazioni. La carenza di analisi e dati sulle limitazioni e inidoneità lavorative hanno rappresentato una vera sorpresa per chi scrive e ci hanno spinto a proporre un programma di ricerca che provasse ad avanzare nella lettura di tale tema.

Con questa ricerca si trattava quindi di cominciare a porre rimedio a tali carenze e a sottrarre il dibattito a due punti di vista alternativi tra loro ma, a parere di chi scrive, entrambi da evitare. Da un lato, il punto di vista di chi, spesso animato da una positiva e condivisibile attenzione alla tutela della salute dei lavoratori, sottovaluta l'impatto organizzativo che tali tutele – insieme ad altre di cui i lavoratori beneficiano – inevitabilmente comportano per il datore di lavoro e per il livello di servizi che le Aziende riescono ad erogare. Dall'altro lato, il punto di vista opposto, di chi vede nelle limitazioni lavorative un'ulteriore espressione di comportamenti opportunistici, favoriti e permessi dalle tutele tipiche del diritto del lavoro italiano e in particolare del pubblico impiego, dalla connivenza o dall'ideologia di alcuni medici del lavoro, dall'azione delle organizzazioni sindacali di fronte a datori di lavoro pubblici per lo più compiacenti. Dicevamo due punti di vista opposti e alternativi, che in alcuni elementi particolari e in alcuni casi possono evidenziare elementi di verità, ma che certamente non rappresentano il fenomeno nel suo complesso.

Pur riconoscendo gli argomenti di quelle opposte tesi, la ricerca condotta ci ha permesso di scoprire una situazione molto più articolata, caratterizzata da una incessante ricerca di soluzioni fattibili e di un equilibrio tra le ragioni e i contributi dei diversi attori coinvolti. In questo senso la ricerca ci ha permesso di fare luce sulle molte difficoltà ma anche sulle molte iniziative che promuovono e tutelano la salute dei lavoratori e, al contempo, tutelano la funzionalità delle Aziende SSN e dunque le aspettative e i diritti dei loro utenti. Un lavoro poco conosciuto ma, il più delle volte, portato avanti con responsabilità e competenza dalle direzioni aziendali, dai servizi di prevenzione e protezione, dai medici competenti, dai coordinatori e i dirigenti di linea, dalle direzioni infermieristiche, dai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, dalle organizzazioni sindacali, ecc.

A tutti tali attori, incontrati in numerose Aziende nel corso della ricerca, va il nostro più sincero ringraziamento. Essi ci hanno permesso di conoscere i problemi che caratterizzano la gestione delle limitazioni e delle inidoneità lavorative ma anche le possibili soluzioni, trovate a volte attraverso regole e processi gestionali, e sempre attraverso il confronto, l'ascolto e il rispetto reciproco. Un ringraziamento particolare va anche a chi ha contribuito al finanziamento del progetto, condizione evidentemente indispensabile per il suo svolgimento. In particolare ringraziamo l'Azienda USL della Valle d'Aosta, la CISL FP, il NurSind, la Regione Basilicata, la Regione Umbria e la Regione Veneto. La ricerca ha beneficiato infine del supporto fornito dalla FIASO (che ha collaborato nel reclutare e nel sollecitare le Aziende per la compilazione dei questionari e ha partecipato agli incontri del Comitato Guida), dall'IPASVI (che ha collaborato all'impianto della ricerca e poi ha seguito i lavori della stessa attraverso il Comitato Guida), nonché da numerosi professionisti che hanno partecipato a titolo individuale (in particolare Pietro Apostoli, Paola Torri, Daniele Tovoli e Francesco Saverio Violante, che hanno portato contributi fondamentali alla comprensione dei fenomeni, alla definizione della metodologia di ricerca e all'interpretazione dei risultati). Ringraziamo in modo particolare la FIASO che nel corso del 2016 ha anche avviato, con il supporto di CeRGAS Bocconi, un Osservatorio sulle Politiche del Personale nell'ambito del quale è stata realizzata una *survey* che ha rilevato ulteriori e preziose informazioni relative al fenomeno delle inidoneità, riportate qui nel capitolo 5.

1. Il contesto di riferimento

di Carlo De Pietro, Guglielmo Pacileo e Marco Sartirana

1.1 Gli obiettivi della ricerca

1.1.1 L'oggetto dell'analisi

Il libro raccoglie i risultati di un programma di ricerca sul tema delle limitazioni lavorative certificate¹ del personale nelle Aziende pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e della gestione di tali limitazioni. Apparentemente tecnico e delimitato, si tratta in realtà di un tema che condiziona in modo significativo il lavoro della Aziende sanitarie e la capacità che esse hanno di rispondere alla propria missione istituzionale e alle attese degli utenti.

Pur riconoscendo e beneficiando degli importanti contributi offerti da altre discipline, la ricerca si distingue per avere adottato esplicitamente una prospettiva di management. Dunque non una ricerca basata sul sapere e sulle analisi della medicina del lavoro, né su quelli del diritto del lavoro, ma che ha messo al centro dell'attenzione l'Azienda, l'organizzazione, le modalità e la qualità della collaborazione delle diverse figure che a vario titolo sono coinvolte nel sistema aziendale di tutela della salute dei lavoratori.

L'ipotesi alla base della ricerca è infatti che un'efficace tutela dei lavoratori e, al contempo, della funzionalità aziendale passino da un'azione manageriale capace di valorizzare i contributi di ciascun attore e di promuovere una

¹ Le espressioni "limitazioni lavorative", "limitazioni certificate" o "non idoneità" sono quelle correntemente utilizzate per riferirsi al giudizio espresso dal "medico competente" (cioè medico del lavoro) nell'ambito delle attività di sorveglianza sanitaria prevista dal Decreto Legislativo 81/2008. Nel corso del testo dunque tali espressioni saranno utilizzate come sinonimi, sebbene non siano del tutto corrette da un punto normativo.

Più precisamente, la ricerca di cui qui si riportano i risultati ha riguardato i giudizi di "inidoneità" o di "idoneità parziale con limitazioni". In entrambi i casi il giudizio può avere natura temporanea o permanente e si riferisce alla mansione specifica al quale il lavoratore è assegnato. La ricerca non ha invece rilevato e analizzato i giudizi di "idoneità parziale con prescrizioni" (temporanea o permanente) poiché queste in genere hanno un impatto organizzativo più circoscritto.

Per un inquadramento giuridico più puntuale dell'intera materia si rimanda al paragrafo 1.3.

responsabilizzazione condivisa e diffusa rispetto a tali obiettivi. Dunque “messa a sistema” delle diverse attività svolte dalle diverse figure e dai diversi uffici all’interno dell’Azienda, definizione condivisa dei sistemi di monitoraggio, migliori informazioni utili a prendere decisioni responsabili.

1.1.2 Gli attori coinvolti

Gli attori coinvolti nella gestione delle inidoneità e delle limitazioni lavorative sono almeno i seguenti:

- i lavoratori, beneficiari delle azioni volte a tutelarne la salute. Non si tratta soltanto dei dipendenti a tempo indeterminato, ma più in generale di tutte le persone che prestano un’attività lavorativa continuativa presso l’Azienda;
- il medico competente, e cioè il medico del lavoro individuato dal Decreto Legislativo 81/2008 a svolgere l’attività di sorveglianza sanitaria sui lavoratori;
- il Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP), che promuove e gestisce le attività che appunto prevengono e proteggono dai rischi professionali². Tra queste attività vi è la predisposizione del Documento di Valutazione dei Rischi (DVR), che dovrebbe servire da base per l’attività, tra gli altri, del medico competente. Tale documento infatti specifica i rischi delle varie attività lavorative, li riconduce alle diverse articolazioni organizzative e li avvicina quindi al concetto di “mansione specifica” rispetto al quale il medico competente svolge le attività di sorveglianza sanitaria sui lavoratori;
- la direzione delle professioni sanitarie infermieristiche e ostetrica, della riabilitazione, tecniche e della prevenzione (qui di seguito, per semplicità, “direzione delle professioni sanitarie”), che svolge un ruolo fondamentale nell’allocazione del personale alle diverse attività e strutture organizzative, nella mobilità interna. Tale direzione, oltre a occuparsi dei collaboratori professionali sanitari, si occupa anche del personale di supporto assistenziale (OSS, OTA, ecc.), cioè di una parte importante degli organici aziendali complessivi e, come vedremo, di personale particolarmente esposto al rischio di inidoneità o limitazioni lavorative. A seguito dei giudizi di inidoneità o idoneità parziale con limitazione, la direzione delle professioni sanitarie è spesso coinvolta nella ricol-

² Il SPP, in collaborazione con le altre unità aziendali, individua i fattori di rischio, valuta i rischi e identifica le misure per la sicurezza e la salubrità degli ambienti di lavoro, elabora misure preventive e protettive e procedure di sicurezza per le varie attività aziendali, propone i programmi di informazione e formazione dei lavoratori, partecipa alle consultazioni in materia di tutela della salute e sicurezza sul lavoro, fornisce informazioni ai lavoratori, predisporre piani di emergenza ed evacuazione, fornisce consulenza e pareri per la sicurezza alle varie strutture aziendali (Decreto Legislativo 81/2008, articoli 33 e 41).

locazione dei lavoratori interessati e più in generale collabora attivamente alla gestione del personale;

- il servizio del personale, che è depositario delle informazioni amministrative sul rapporto d'impiego e sul lavoratore, e può inoltre svolgere attività più proattive sulla gestione del personale, in collaborazione con gli altri attori;
- le rappresentanze dei lavoratori, sia nella componente delle RSU (Rappresentanze Sindacali Unitarie), sia direttamente in quella delle organizzazioni sindacali, deputate a tutelare in generale i diritti dei lavoratori e a contribuire alla definizione dell'organizzazione attraverso – a seconda dei temi trattati – la contrattazione, la concertazione, le commissioni paritetiche, ecc.;
- i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS), cioè le persone elette dai lavoratori per rappresentarli per quel che concerne gli aspetti della salute e della sicurezza durante il lavoro³;
- i dirigenti e coordinatori a cui afferiscono i lavoratori, anch'essi corresponsabili di tutelare la salute dei loro collaboratori e, più in generale, attori chiave nella gestione degli stessi⁴. Apparentemente minore, il ruolo di dirigenti e coordinatori è in realtà fondamentale nella gestione delle limitazioni e inidoneità, dal momento che il loro impatto dipende in larga misura dal clima organizzativo e dalla qualità delle relazioni all'interno dell'équipe. Si pensi soltanto a una limitazione che esenta dai turni un collega: le conseguenze di ciò potranno essere più o meno importanti, a seconda del grado di fiducia o sfiducia, del clima di collaborazione o no, della motivazione individuale degli altri colleghi, ecc. Allo stesso modo, sono dirigenti e coordinatori che, a seguito di una limitazione, gestiscono la redistribuzione delle attività all'interno del team o il trasferimento e la ricollocazione dei lavoratori tra i team;
- l'INAIL (Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro) e l'INPS (Istituto Nazionale della Previdenza Sociale) che, pur esterni all'Azienda, giocano un ruolo importante nella tutela della salute dei lavoratori (l'INAIL) ma soprattutto nel definire le principali tutele economico-reddituali nel caso di problemi di salute che comportino l'inabilità del lavoratore a proseguire con le sue attività (pensioni di

³ Il Decreto Legislativo 81/2008 (articolo 50) prevede, tra le altre attività, che i RLS accedano ai luoghi di lavoro in cui sono presenti dei rischi, diano un parere sulla scelta degli addetti al servizio di prevenzione, all'attività di prevenzione incendi, al primo soccorso, alla evacuazione dei lavoratori, siano costantemente informati sulle attività relative alla valutazione dei rischi e alle misure di prevenzione messe in atto in Azienda.

⁴ Il Decreto Legislativo 81/2008 parla di "preposti" (articolo 19), tenuti a sovrintendere e vigilare sull'osservanza da parte dei singoli lavoratori dei loro obblighi di legge, nonché delle disposizioni aziendali in materia di salute e sicurezza sul lavoro e di uso dei mezzi di protezione collettivi e dei dispositivi di protezione individuale messi a loro disposizione, a segnalare tempestivamente al datore di lavoro o al dirigente sia le deficienze dei mezzi e delle attrezzature di lavoro e dei dispositivi di protezione individuale, sia ogni altra condizione di pericolo che si verifichi durante il lavoro, delle quali venga a conoscenza sulla base della formazione ricevuta, ecc.

inabilità, pensioni per invalidità di servizio o indennità di accompagnamento erogate dall'INPS, rendite per inabilità permanente, assegni per assistenza personale continuativa o assegni di incollocabilità erogati dall'INAIL, ecc.). È chiaro che, pur indirettamente, le decisioni che scaturiscono dall'attività di sorveglianza sanitaria (soprattutto i giudizi di inidoneità) dipendono almeno in parte dal quadro delle tutele economiche offerte da tali Enti. Detto in altri termini, la reale possibilità di sciogliere un contratto di lavoro a seguito di una sopravvenuta inidoneità del lavoratore dipende inevitabilmente dalle rendite disponibili nel sistema di protezione sociale;

- la commissione dell'ASL prevista dall'articolo 41, comma 9 del Decreto Legislativo 81/2008, che giudica sui ricorsi presentati contro i giudizi espressi dal medico competente e che può confermare, modificare o revocare il giudizio espresso.

La numerosità degli attori sopra elencati e la loro collocazione istituzionale e organizzativa rendono evidente l'utilità di disporre di quadri concettuali condivisi e quindi di tassonomie e sistemi di misurazione comuni, senza i quali gestire inidoneità e limitazioni diventa molto difficile.

Si pensi in tal senso alla necessità di tutelare la riservatezza dei dati personali ma al contempo di permettere all'Azienda di beneficiare del contributo del lavoratore per il quale sia stata indicata una limitazione lavorativa. L'Azienda non conosce la diagnosi che ha portato al giudizio di idoneità parziale, ma soltanto le limitazioni indicate dal medico. Pur comprensibile, la mancata informazione circa lo stato di salute del lavoratore può contribuire alla difficoltà che l'Azienda ha nel gestire le limitazioni e le inidoneità. È dunque evidente che se tali limitazioni sono espresse in modo compatibile con le scelte di progettazione organizzativa fatte dall'Azienda, la ricollocazione del lavoratore potrà avvenire più facilmente.

Per comprendere le possibili difficoltà che attori poco coordinati tra loro possono comportare, basta considerare l'estensione teoricamente infinita che connota il concetto stesso di tutela della salute dei lavoratori, sia per ambiti d'azione che per intensità d'intervento: dal chiedere che vengano utilizzati dispositivi di protezione individuali quali i guanti o gli occhiali di protezione contro i raggi x e poi verificarne l'effettivo utilizzo, alla verifica della qualità dell'acqua distribuita dai numerosi rubinetti in Azienda, alla qualità degli ingredienti utilizzati dalla mensa, alla prevenzione del *burn-out*. Proprio da tale estrema estensione del campo di azione deriva la necessità di un intervento articolato, specialistico ma che trovi poi anche luoghi e momenti di sintesi, che permettano il governo complessivo di tali attività.

1.1.3 Le domande di ricerca

La domanda di ricerca che sta alla base del presente rapporto è riassumibile nella seguente: “qual è l’impatto organizzativo delle non idoneità lavorative per le Aziende del SSN?”. Si tratta dunque di un quesito non particolarmente sofisticato, bensì di semplice conoscenza di un fenomeno sentito come assai rilevante nelle Aziende del SSN, per poterlo poi gestire meglio.

Più in dettaglio, quella domanda di ricerca può essere scomposta in sotto-quesiti rilevanti, tra i quali certamente i seguenti:

- qual è la percentuale di lavoratori che ogni anno sono riconosciuti inidonei o con limitazioni alla mansione specifica? Tale incidenza è variata nel corso degli ultimi anni?
- con quale frequenza le limitazioni o le inidoneità temporanee vengono riviste e revocate?
- qual è la prevalenza di inidoneità e idoneità parziali con limitazioni, sul totale degli organici delle Aziende SSN?
- quali sono le limitazioni riconosciute? E qual è la frequenza relativa dei diversi tipi di limitazioni?
- quali sono i ruoli lavorativi e le figure professionali per le quali sono più frequenti le limitazioni?
- quanto l’età anagrafica dei lavoratori è collegata al numero di limitazioni?
- incidenza e prevalenza cambiano tra Servizi Sanitari Regionali? E tra tipologie di contratti d’impiego (ad esempio tra dipendenti a tempo indeterminato e a tempo determinato)?
- quali sono gli ambiti lavorativi nei quali vengono ricollocati i lavoratori che abbiano riconosciuta una limitazione lavorativa?
- qual è l’utilizzo concreto e l’efficacia del DVR quale base per svolgere le attività di sorveglianza sanitaria?
- quale contributo può offrire il management aziendale per evitare, anticipare e mitigare l’impatto organizzativo delle limitazioni?

Ad evidenza, si tratta di un campo di analisi ampio, al quale il presente rapporto offre risposte inevitabilmente parziali. Per meglio rispondere alle domande precedenti, il progetto ha adottato una metodologia di ricerca che rilevasse sia informazioni quantitative (quante e quali sono le limitazioni), sia informazioni qualitative (come sono organizzate e svolte le attività che riguardano la tutela della salute dei lavoratori e la vigilanza sanitaria), come illustrato nei successivi capitoli di questo volume.

1.1.4 Le evidenze disponibili

Come già accennato, il fenomeno delle inidoneità e limitazioni lavorative nelle percezioni di molti osservatori rischia di pregiudicare in misura significativa la capacità delle Aziende del SSN di perseguire la propria missione istituzionale.

Sempre in tali diffuse percezioni, fino a pochi anni fa il Servizio Sanitario Nazionale aveva assorbito senza eccessivi problemi le limitazioni lavorative, spostando i lavoratori che ne avevano bisogno in servizi compatibili con le limitazioni certificate e procedendo a nuove assunzioni per i posti che erano dunque rimasti scoperti. Il caso tipico era quello dell'esonero del personale di cura dai turni notturni, che portava a una ricollocazione di infermieri e operatori di supporto sul solo ciclo diurno oppure negli uffici della tecnostruttura aziendale, quali la direzione infermieristica o la formazione.

Negli ultimi anni però le condizioni sono cambiate e sembrano rendere molto più difficile riproporre le stesse soluzioni. In primo luogo, i vincoli alle assunzioni sono diventati assai più stretti, come misura di controllo della spesa pubblica. Per questo motivo, a fronte di una ricollocazione non è detto che l'Azienda possa procedere – sia sotto il profilo legale, sia sotto quello economico-gestionale – a una nuova assunzione per sostituire il lavoratore spostato a svolgere mansioni compatibili con le sue limitazioni certificate. In secondo luogo, le stesse strutture in cui i lavoratori erano stato ricollocati in passato non hanno più necessità di ulteriore personale. In altre parole, le Aziende né possono rimpiazzare il personale con limitazioni, né sanno dove ricollocarlo. Il rischio è quindi di un impatto organizzativo più evidente che in passato e, di conseguenza, di una possibile riduzione della capacità produttiva e dunque delle prestazioni erogate.

Nonostante la rilevanza del tema, quanto appena detto rimane in larga misura una percezione, poiché le evidenze disponibili non aneddotiche sono assai poche e per lo più limitate a singole esperienze aziendali (ad esempio Talini *et al.*, 2014) o a gruppi assai ristretti di Aziende (ad esempio Gruppo di lavoro Medici Competenti degli Ospedali del Veneto, 2002; Magnavita e Santoro, 2009; De Pietro e Sartirana, 2013).

Di più, le analisi disponibili non permettono né confronti interaziendali, né significativi monitoraggi dell'andamento del fenomeno nel corso del tempo. A spiegare almeno in parte tali limiti, è la sostanziale assenza di tassonomie e processi standardizzati per descrivere e misurare il fenomeno. Basti pensare, per quel che ci riguarda, che le limitazioni lavorative stesse non sono ricondotte ad alcuna classificazione standard, con il risultato che ciascun medico competente può esprimere giudizi utilizzando le espressioni di testo che vuole. Inoltre, il medico può mantenere la propria documentazione nel formato che desidera e né lui né le Aziende hanno alcun obbligo di comunicazione – telematica o di altro tipo – di tali informazioni alle Regioni o ad altre basi dati centralizzate.

Infine, le poche analisi disponibili adottano per lo più una prospettiva disciplinare specifica (spesso quella della medicina del lavoro) e faticano ad analizzare il fenomeno nelle sue dimensioni organizzative, tenendo conto dei diversi attori coinvolti nella gestione di tali non idoneità. Tale situazione certamente dipende almeno in parte dall'assenza, in gran parte delle Aziende SSN, di un "luogo" organizzativo o di un gruppo di lavoro stabile deputato a raccogliere le diverse informazioni sul fenomeno e a farne una sintesi intelligibile. Così è frequente che alla domanda "quante sono le limitazioni", le Aziende non riescano a dare risposta perché la domanda può essere interpretata in più modi, oppure perché le informazioni non sono disponibili. Il medico competente disporrà infatti di diagnosi e giudizi emessi ma, da un lato, le diagnosi devono essere comunicate soltanto al lavoratore. Dall'altro lato, il medico stesso in molte Aziende dopo aver espresso un giudizio di inidoneità o di idoneità parziale con limitazione, non avrà poi informazioni circa le conseguenze del proprio giudizio e cioè sull'eventuale affidamento al lavoratore coinvolto di mansioni diverse e compatibili con il suo stato di salute. In questo caso, il medico verrà a conoscenza di tale spostamento soltanto in occasione della successiva visita di sorveglianza sanitaria.

Gli stessi servizi delle professioni sanitarie, che spesso costituiscono il luogo che più ha il polso complessivo della situazione all'interno dell'Azienda e che sono responsabili della gestione "a valle" del giudizio del medico competente (cioè devono gestire quanto da questi indicato o richiesto), mostrano esperienze assai difformi tra le diverse Aziende del SSN e comunque hanno una visione limitata al solo perimetro dei lavoratori che rientrano nella "giurisdizione" dei servizi delle professioni sanitarie (lasciando dunque fuori buona parte del personale amministrativo, i medici ecc.).

Come sperimentato nel corso della ricerca, ottenere informazioni utili per un'analisi complessiva del fenomeno di inidoneità e limitazioni lavorative del personale SSN e confrontabili a livello interaziendale è difficile anche quando si vadano a raccogliere i dati presso le singole Aziende. Una prima ragione di tale difficoltà è rappresentata dal formato cartaceo di queste informazioni (eventualmente sintetizzate in fogli excel assai semplici), che rendono onerosa un'analisi estesa a molti lavoratori e molti documenti. Una seconda importante ragione è che le informazioni sulle attività della sorveglianza sanitaria detenute in molte Azienda sono cancellate via via che i cambiamenti di mansione sono adottati: ciò limita spesso a pochi mesi la "memoria documentale" delle Aziende sul fenomeno, poiché fa perdere i dati di "prevalenza" di inidoneità e limitazioni. Una terza difficoltà che la rilevazione presso le Aziende affronta, dipende dalla maggiore o minore presenza dei medici competenti, che porterà a un'attività di sorveglianza sanitaria più oppure meno "intensiva" e con una maggiore o minore frequenza delle visite mediche. Tale frequenza, decisa in autonomia dal medico competente in base ai rischi associati alle di-

verse mansioni, ai giudizi pregressi di inidoneità o idoneità parziale temporanea e ad altri possibili fattori, inevitabilmente influenza i tassi di “incidenza” delle limitazioni, e cioè il numero di lavoratori che annualmente sono giudicati inidonei o parzialmente idonei con limitazioni, contribuendo a limitare la comparabilità interaziendale di tali informazioni.

1.2 La rilevanza del fenomeno per le Aziende pubbliche del SSN⁵

Venendo ora alle ragioni per cui il fenomeno delle limitazioni e le modalità per gestirle sono particolarmente rilevanti nelle Aziende del SSN, è possibile notare, in primo luogo, che esse riguardano gli operatori e i professionisti della sanità, il cui ruolo è centrale nell'erogazione delle prestazioni sanitarie. L'efficacia e la qualità percepita dei servizi offerti dipendono infatti in buona parte dalle modalità con cui questi attori svolgono la propria attività lavorativa. Un'efficace gestione del personale, che ne tuteli la salute e la sicurezza e ne promuova motivazione e competenze, ha quindi una ricaduta diretta sull'efficacia delle prestazioni sanitarie rese e sulla soddisfazione degli utenti finali (De Pietro, 2005).

Un secondo aspetto è collegato alla natura delle attività che la risposta ai bisogni dei pazienti richiede. Tali attività, infatti, nel tempo possono comportare importanti problemi di natura fisica o psicologica. Con riferimento ai primi, si pensi per esempio alla movimentazione manuale dei pazienti e alle patologie muscolo-scheletriche che ne derivano, quali, fra le altre, il mal di schiena (per un inquadramento circa prevalenza e rilevanza del problema si rimanda a Violante *et al.*, 2008). Con riferimento ai problemi di natura psicologica invece, si pensi al rischio di *burn-out*, particolarmente elevato in contesti di cura e di sofferenza quali possono essere gli ospedali (si veda ad esempio il fondamentale testo di Maslach del 1982). La prevenzione e la gestione delle limitazioni è quindi un elemento fondamentale per permettere ai professionisti del SSN di operare serenamente nel proprio ambiente di lavoro.

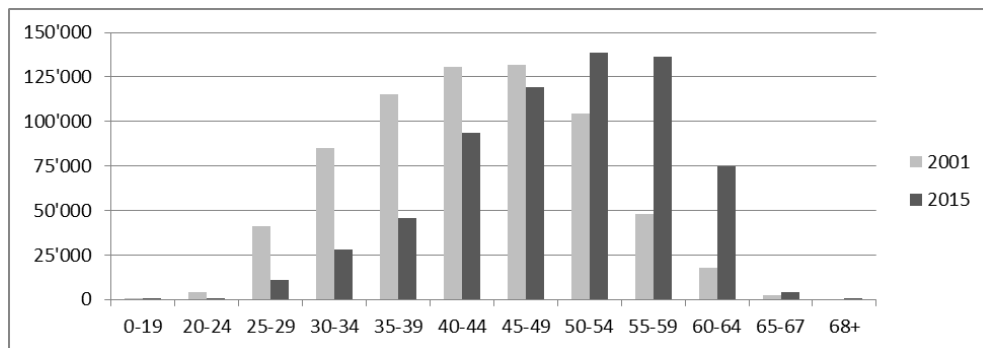
Un terzo elemento che rende il tema delle limitazioni particolarmente rilevante in ambito sanitario è la presenza in questo settore di attività svolte su orari lunghi e, in molti casi, su cicli continui (24 ore al giorno, tutti i giorni). Ciò richiede un'organizzazione del lavoro spesso basata su turni, i quali pongono problemi specifici per la salute dei lavoratori e dunque enfatizzano il fenomeno delle inidoneità (Costa, 2011).

Tutti gli aspetti citati sono resi ancora più rilevanti in prospettiva futura a causa dell'invecchiamento del personale SSN, e quindi del rischio che nel corso del tempo esso maturi problemi di salute in ambito sia lavorativo, sia extra-lavorativo (con riferimento al personale infermieristico, si rimanda a

⁵ Il paragrafo riprende alcuni dei contenuti riportati in altri due prodotti della programma di ricerca: De Pietro *et al.* (2016) e De Pietro *et al.* (2015).

Guardini *et al.*, 2011 e a Maricchio *et al.*, 2013). Tale invecchiamento degli organici costituisce probabilmente la principale sfida per la gestione del personale del SSN nel prossimo futuro (De Pietro, 2009). Per comprendere la rapidità e l'entità di tale fenomeno, basta guardare all'età media dei dipendenti SSN, passata da 43,5 anni nel 2001 a 50,1 anni nel 2015 (www.contoannuale.tesoro.it). Di più, nello stesso arco di tempo la quota di dipendenti SSN con 60 e più anni è passata dal 2,9% al 12,2% del totale e – tenuto conto della distribuzione per profili del personale SSN e dei livelli di istruzione minimi richiesti all'assunzione – tale quota è destinata presto a salire al 15%. Lo scivolamento sulle classi di età più avanzate, riportato nella figura 1.1, è causato da più fattori: alcuni, quali l'innalzamento dell'età pensionabile, sono comuni a tutti i settori economici; altri, quali il severo contenimento delle assunzioni nel SSN (soprattutto nelle Regioni sottoposte ai cosiddetti Piani di Rientro; cfr. De Pietro *et al.*, 2014) e l'aumento della durata di alcuni percorsi formativi obbligatori del personale sanitario, sono più specifici del pubblico impiego o del settore sanitario.

Figura 1.1. Distribuzione per classi di età del personale del SSN, 2001 e 2015



Fonte: Ministero dell'Economia e delle Finanze; <http://www.contoannuale.tesoro.it>

Un ulteriore elemento che rende rilevante il tema delle inidoneità e delle limitazioni nelle Aziende pubbliche SSN riguarda alcune caratteristiche importanti del pubblico impiego italiano. In particolare ci riferiamo alla scarsa pressione competitiva esercitata dal mercato e alle forti tutele del pubblico impiego, rafforzatesi nel corso del tempo anche grazie ad un'azione sindacale particolarmente attiva (per una lettura approfondita dei rapporti tra pubblico impiego, sistema politico e ruolo dei sindacati nel tempo si rimanda a Santoro, 2014). Tali elementi potrebbero avere indotto le pubbliche amministrazioni a riconoscere con più facilità inidoneità e limitazioni ai propri dipendenti.

Ancora, il tema delle non idoneità lavorative assume rilevanza per la presenza di forti limitazioni alla fungibilità dei lavoratori tra le diverse man-

sioni, in particolare per il personale di ruolo sanitario (De Pietro, 2003). In questo caso, infatti, le qualificazioni professionali, le specializzazioni e le equipollenze riconosciute limitano le possibilità per il datore di lavoro di destinare ad un'altra mansione quel lavoratore che il processo di sorveglianza sanitaria ha giudicato inidoneo.

Infine, ci sembra utile ricordare che il tema della medicina del lavoro e della gestione di eventuali inidoneità assume particolare rilevanza quando riferito a organizzazioni che come finalità istituzionale hanno la promozione e il ristabilimento della salute e quindi, in primo luogo, per le Aziende pubbliche del SSN. Da un lato, ciò rende tali Aziende naturalmente più attente al tema degli impatti che le condizioni di lavoro possono avere sulla salute. Dall'altro lato, le Aziende sanitarie pubbliche hanno competenze specifiche di tutela della salute che, pur primariamente rivolte ai pazienti e alla popolazione servita (si pensi al dipartimento di prevenzione delle ASL e ai suoi servizi di medicina del lavoro), possono essere utilmente messe al servizio della tutela della salute dei propri lavoratori.

1.3 La normativa di riferimento

Riportiamo qui una sintesi dei contenuti del già citato Decreto Legislativo 81/2008 relativamente all'attività di sorveglianza sanitaria e al giudizio di idoneità del medico competente (alcuni estratti del Decreto sono riportati in Appendice).

Innanzitutto, la sorveglianza sanitaria si deve sviluppare in fase preventiva (quando il lavoratore viene assunto), per verificare l'assenza di controindicazioni al lavoro cui il lavoratore è destinato, e quindi attraverso visite mediche periodiche (articolo 41, comma 2). Devono inoltre essere effettuate visite mediche in occasione del cambio della mansione, al momento della ripresa del lavoro a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni. Inoltre, la legge consente di effettuare visite mediche preventive anche in fase preassuntiva a determinate condizioni, nonché in caso di richiesta del lavoratore motivata da rischi professionali e/o dalle condizioni di salute.

Il Decreto Legislativo 81/2008 all'articolo 41 confermava la possibilità di eseguire le visite preventive tramite il medico competente, ma sanciva il divieto di svolgerle in fase preassuntiva. La norma è stata abrogata dal Decreto Legislativo 106/2009 con il quale si chiarisce che il medico competente può eseguire le visite mediche preventive in fase preassuntiva (comma 2, lettera e bis) dirette a verificare l'idoneità alla mansione specifica e l'assenza di controindicazioni al lavoro anche quando il lavoratore non sia ancora stato assunto.

Le visite mediche sono effettuate dal medico competente, che in casi specifici può avvalersi della collaborazione di altri medici specialisti e

prescrivere accertamenti clinico-strumentali e di laboratorio integrativi (articolo 39, comma 5).

Destinatari della sorveglianza sanitaria sono tutti i lavoratori subordinati e autonomi, nonché soggetti equiparati, inclusi i liberi professionisti in convenzione o con contratti speciali, gli studenti o tirocinanti, il personale somministrato da agenzie per il lavoro, ecc.

Il giudizio d'idoneità è obbligatorio per poter svolgere l'attività lavorativa se questa è considerata a rischio secondo quanto indicato nel documento di valutazione dei rischi predisposto dal servizio di prevenzione e protezione dell'Azienda. Il medico competente programma ed effettua la sorveglianza sanitaria secondo periodicità e modalità che variano a seconda dei rischi specifici cui sono esposte le diverse categorie di dipendenti dell'Azienda.

Il Decreto Legislativo 81/2008 (articolo 41, comma 6) indica come il medico competente, sulla base delle risultanze delle visite mediche, sia chiamato a esprimere uno dei seguenti giudizi relativi alla mansione specifica:

- a. idoneità;
- b. idoneità parziale, temporanea o permanente, con prescrizioni o limitazioni;
- c. inidoneità temporanea;
- d. inidoneità permanente.

Tale giudizio deve essere espresso per iscritto, precisando gli eventuali limiti temporali di validità, e deve essere trasmesso al lavoratore e al datore di lavoro. Al datore di lavoro non deve, invece, essere comunicata la condizione di salute su cui si basa il giudizio, essendo questa coperta da segreto professionale.

Con riferimento alle conseguenze del giudizio, il Decreto Legislativo 81/2008 sancisce che «il datore di lavoro (...) attua le misure indicate dal medico competente e qualora le stesse prevedano un'inidoneità alla mansione specifica adibisce il lavoratore, ove possibile, a mansioni equivalenti o, in difetto, a mansioni inferiori garantendo il trattamento corrispondente alle mansioni di provenienza» (articolo 42, comma 1). Inoltre, nei confronti dei giudizi del medico competente «è ammesso ricorso – da parte del datore di lavoro o del dipendente – entro trenta giorni dalla data di comunicazione del giudizio medesimo, all'organo di vigilanza territorialmente competente che dispone, dopo eventuali ulteriori accertamenti, la conferma, la modifica o la revoca del giudizio stesso» (articolo 41, comma 9). Tale attività di vigilanza è svolta dai servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro che operano all'interno dei dipartimenti di prevenzione delle ASL. Vi è inoltre la possibilità di richiedere il giudizio della commissione costituita ai sensi dell'articolo 5 della legge 300/1970, che non costituisce un ricorso al giudizio

espresso dal medico ma un nuovo giudizio in riferimento alla generica idoneità del soggetto al lavoro, la quale non coincide con l'idoneità alla mansione specifica e col relativo giudizio che il medico competente è obbligato ad esprimere. La stessa legge mantiene la piena validità e attualità nel divieto per il datore di lavoro di sottoporre i lavoratori ad accertamenti sanitari al di fuori dei rischi espressamente regolamentati dal Decreto Legislativo 81/2008 articolo 41.

L'obbligatorietà dell'espressione del giudizio di idoneità nel caso di esposizione a rischi lavorativi, come descritto nel Decreto Legislativo 81/2008 e prima ancora nel Decreto Legislativo 626/1994, non trova riferimento nella direttiva europea 391/89/CEE che sta alla base di tutte le altre direttive europee in tema di salute e sicurezza del lavoro nonché delle corrispondenti normative nazionali dei Paesi aderenti all'Unione Europea (Pianosi, 2012). L'articolo 14 (Controllo sanitario) della direttiva prevede al paragrafo 1 che per assicurare un adeguato controllo sanitario dei lavoratori, in funzione dei rischi riguardanti la loro sicurezza e la loro salute sul lavoro, vengono stabilite misure conformemente alle legislazioni e/o prassi nazionali. Le misure di cui al paragrafo 1 debbono essere concepite in modo tale che ogni lavoratore abbia la possibilità, se lo desidera, di essere sottoposto ad un controllo sanitario ad intervalli regolari. Del giudizio d'idoneità non c'è traccia nella 391/1989/CEE in quanto è il datore di lavoro che ha l'obbligo di adeguare il lavoro all'uomo.

Il legislatore italiano ha recuperato il giudizio di idoneità dal Decreto del Presidente della Repubblica 303/1956 che all'articolo 33 prevedeva come in presenza di lavorazioni industriali che espongono alla azione di sostanze tossiche o infettanti o che risultino comunque nocive i lavoratori devono essere visitati da un medico competente prima della loro ammissione al lavoro per constatare se essi abbiano i requisiti di idoneità al lavoro al quale sono destinati e successivamente per constatare il loro stato di salute.

1.4 Alcuni contributi della letteratura internazionale

Definito l'oggetto d'indagine e la sua rilevanza, e chiariti i necessari riferimenti normativi, veniamo ora a una breve rassegna della letteratura internazionale, che approfondisce le modalità con cui le Aziende organizzano la tutela della salute dei propri collaboratori e gestiscono i dipendenti con problematiche psicofisiche. È evidente come gli insegnamenti che si possono trarre da un'analisi della letteratura in tale materia non possono non tenere in conto le rilevanti differenze tra paesi nella normativa sulle politiche per la tutela della salute e della sicurezza sul lavoro (James e Walters, 1999). Bisogna inoltre tornare a sottolineare come la materia presenti un perimetro poco definito, e come si intreccino elementi di medicina, diritto, relazioni industriali, politica sanitaria e management. Con tale consapevolezza, presentiamo di seguito le principali evidenze emerse a livello internazionale facendo riferimento ai due ambiti di-

sciplinari – ovvero la medicina del lavoro e la gestione del personale – che riportano gli studi più coerenti con la nostra analisi.

Anzitutto, emerge come l’attenzione verso questo tema sia aumentata negli ultimi decenni in corrispondenza non solo dell’invecchiamento della popolazione lavorativa, ma anche di un progressivo ripensamento dei modelli di welfare nell’ambito della salute occupazionale. In particolare l’approccio “passivo”, per cui si ricorreva facilmente all’uscita precoce dal mondo del lavoro, è stato superato a favore di politiche che incentivano la partecipazione attiva al lavoro da parte di dipendenti con malattie e disabilità, spostando l’attenzione dall’inabilità alla capacità residua di lavoro (James *et al.*, 2002). Tale approccio è stato definito come *disability management*, ovvero l’attività di «prevenzione sul luogo di lavoro e le politiche di gestione che cercano di prevenire le disabilità e di intervenire prontamente in caso di insorgenza, attraverso strategie di riabilitazione coordinate, di qualità e costo-efficienti, che riflettono l’impegno dell’organizzazione a mantenere impiegati i dipendenti che sperimentano limitazioni funzionali al lavoro» (Akabas *et al.*, 1992, citato in Cunningham *et al.*, 2004, traduzione degli autori). In questa attività sono quindi incluse sia la cosiddetta prevenzione primaria, che intende ridurre i rischi di infortunio o malattia nei dipendenti sani, sia la prevenzione terziaria, quando gli interventi riguardano dipendenti che hanno già subito danni alla salute con l’obiettivo di ridurre la disabilità e favorirne il rientro al lavoro (Frank e Cullen, 2006).

Con riferimento alla ricerca nel campo della medicina del lavoro, emerge come la letteratura abbia da tempo riconosciuto che l’efficacia degli interventi di salute occupazionale a livello organizzativo non è un problema esclusivamente tecnico-professionale, ma dipende fortemente dai complessi sistemi sociali in cui tali interventi vengono realizzati. Come sottolineato ad esempio da Nielsen e Randall (2013) e Nielsen *et al.* (2010), spesso dietro ad outcome insoddisfacenti in termini di salute o di rientro al lavoro dei dipendenti si trovano problemi nel contesto organizzativo o nel rapporto tra i diversi soggetti che partecipano ai processi di prevenzione e gestione del personale con malattie o disabilità. La comprensione dei ruoli, comportamenti, potere, e coinvolgimento dei diversi stakeholder, in particolare dei manager di linea e delle direzioni del personale, è pertanto chiave per ricomporre (almeno in parte) le fisiologiche contrapposizioni tra tali attori e garantire così i risultati degli interventi di medicina occupazionale (Krause *et al.*, 1998; Franche *et al.*, 2005; Hasson *et al.*, 2014). Oltre alla collaborazione, sono percepiti come importanti anche gli investimenti nelle tecnologie e nei *layout* di lavoro, la presenza di un management formato sui temi della prevenzione e della salute occupazionale, nonché l’esistenza di chiare politiche aziendali, come riportato da Haafkens *et al.* (2011) con riferimento alla gestione di dipendenti con patologie croniche. E un ruolo centrale è giocato dalla partecipazione attiva del dipendente, in partico-

lare nei processi di rientro al lavoro (Williams e Westmorland, 2002). È stato inoltre mostrato come l'effettivo coinvolgimento del medico del lavoro da parte degli altri soggetti aziendali consenta di evitare l'isolamento del medico e favorisca il riconoscimento del suo ruolo nell'organizzazione e della sua professionalità (Hasson *et al.*, 2014).

Anche la ricerca in ambito di gestione del personale e di relazioni industriali ha sottolineato l'importanza dell'integrazione tra l'Azienda – in particolare le direzioni del personale – e i medici del lavoro e dell'identificare soluzioni organizzative per i dipendenti con malattie o disabilità che siano sostenibili e coerenti con le esigenze dell'organizzazione (Cunningham *et al.*, 2004). Ciò si pone peraltro in linea con le evoluzioni della disciplina della gestione del personale degli ultimi decenni, che hanno progressivamente sottolineato la centralità del dipendente e l'importanza di offrire ambienti di lavoro capaci di valorizzare l'individuo e bilanciare obiettivi individuali e strategie aziendali. Un secondo soggetto cui è riconosciuta una grande rilevanza nel processo di gestione dei dipendenti con malattie o disabilità è il management di linea (James *et al.*, 2002; Cunningham *et al.*, 2004), attore chiave per l'effettiva implementazione delle politiche delle risorse umane. Il ruolo del medico del lavoro è importante, ma non sempre valorizzato. Ad esempio è stato mostrato come spesso la scelta di esternalizzazione dei servizi di salute occupazionale sia motivata dall'attribuzione di uno scarso valore strategico alle relative attività da parte del *top management* delle Aziende (Nunez, 2009). Altri autori hanno poi mostrato l'importanza di coinvolgere i rappresentanti della sicurezza o le organizzazioni sindacali, al fine di migliorare la qualità delle attività di prevenzione e gestione dei rischi, di dare voce alle richieste dei lavoratori, nonché di proporre innovazioni organizzative o tecnologiche efficaci (Eaton e Nocerino, 2000; Menéndez *et al.*, 2009; EU-OSHA, 2012).

Tra le soluzioni organizzative che supportano il rientro al lavoro dei dipendenti emergono: la presenza di soggetti con responsabilità di processo, la redazione di procedure chiare per la gestione dei casi più complessi, l'introduzione di modifiche nell'organizzazione del lavoro e nelle mansioni del dipendente (James *et al.*, 2002). Come riportato da Cunningham *et al.* (2004) con riferimento all'esperienza inglese, risultati inefficaci nei processi di *disability management* si riscontrano invece quando le politiche aziendali e le decisioni del *top management* sono contraddittorie (ad esempio in termini di permessi per malattia, sostituzioni, ecc.), quando non esistono meccanismi per ripartire i costi del personale con limitazioni tra diverse unità organizzative, e quando i rapporti con le rappresentanze sindacali non sono aperti e costruttivi. Problematiche sono anche quelle circostanze in cui i manager di linea non sono sufficientemente formati e non ricevono adeguato supporto da parte di medici del lavoro e direzioni del personale, nonché la disponibilità di risorse per effettuare gli investimenti tecnologici e organizzativi necessari (James *et al.*, 2002). Inoltre,

sebbene l'integrazione tra i diversi attori del processo appaia fondamentale, è stato riscontrato come vi siano frequenti resistenze alla collaborazione interprofessionale, e come facilmente i diversi attori non riescano a superare le barriere professionali. Ad esempio lo studio di Van Gestel *et al.* (2015), che analizza la gestione del rientro al lavoro dei dipendenti con malattie e disabilità in tre ospedali olandesi, mostra come vi sia mancanza di connessione tra l'attività di prevenzione della salute occupazionale e quella di gestione dei dipendenti con problemi di salute. In particolare emerge quanto sia difficile abbattere i muri tra le professioni: i medici del lavoro si concentrano facilmente sull'attività di diagnosi ignorando l'impatto organizzativo delle loro decisioni; tra i responsabili del personale prevale un approccio burocratico-normativo; i manager di linea si limitano alla gestione della relazione con il dipendente senza identificare concrete soluzioni organizzative o di prevenzione.

Sebbene, come anticipato, i diversi contesti istituzionali e legislativi siano differenti e non sempre confrontabili, è interessante evidenziare alcuni elementi che emergono dal quadro di sintesi internazionale – in particolare la centralità della prevenzione e la necessità di integrazione tra i diversi soggetti coinvolti nei processi di *disability management* – che appaiono particolarmente attuali anche per il nostro Paese.

2. Il programma e la metodologia di ricerca

di Carlo De Pietro, Guglielmo Pacileo e Marco Sartirana

2.1 Gli obiettivi e la conduzione della ricerca

Alla luce di quanto richiamato al paragrafo 1.1, il programma di ricerca CeRGAS Bocconi «Le inidoneità e le idoneità con limitazioni alla mansione specifica nelle Aziende sanitarie pubbliche italiane: analisi del fenomeno e proposte di policy» ha voluto contribuire a far luce su un tema rilevante e complesso, favorendo il confronto tra i diversi attori coinvolti (datori di lavoro, organizzazioni sindacali, medici competenti), così da pervenire a una diagnosi condivisa del fenomeno e quindi poter identificare proposte di *policy* e di *management*.

Il programma è stato avviato nel 2014 in continuità con un'indagine realizzata nel 2013 da alcuni degli autori (cfr. De Pietro e Sartirana, 2013), che ha consentito un primo “carotaggio” sull'entità del fenomeno e la formulazione delle domande per l'approfondimento della ricerca.

Nel corso del progetto è stato avviato un gruppo di lavoro, denominato Comitato Guida, composto da professionisti ed esperti che a vario titolo sono intervenuti e hanno apportato suggerimenti e proposte in fase di definizione del quadro interpretativo. Di tale gruppo facevano parte gli sponsor della ricerca, ovvero: Azienda USL della Valle d'Aosta, CISL, FIASO (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere), IPASVI (Federazione dei Collegi degli infermieri), Nursind, Regione Basilicata, Regione Umbria e Regione Veneto, e alcuni esperti che hanno partecipato a titolo individuale¹. Il Comitato Guida ha condiviso e validato gli oggetti e gli strumenti della ricerca. Ad esso

¹ Pietro Apostoli (professore ordinario di medicina del lavoro presso l'Università degli Studi di Brescia, già presidente della Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale), Paola Torri (medico competente presso la ULSS di Rovigo e membro dell' Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti), Daniele Tovoli (Direttore Sistemi per la Sicurezza della AUSL di Bologna), Francesco Saverio Violante (professore ordinario di medicina del lavoro presso l'Università di Bologna, presidente della Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale).

sono stati periodicamente presentati gli sviluppi del lavoro e in seno a tale Comitato sono stati anche discussi i risultati e condivise le proposte di *policy* e *management*.

Il lavoro empirico è stato preceduto da una rassegna della letteratura riferita alle inidoneità alla mansione lavorativa all'interno delle Aziende sanitarie. Ad essa è stata affiancata una raccolta di letteratura grigia, linee guida, *report* sviluppati a livello aziendale, nonché delle principali fonti normative sul tema. La ricerca ha fatto quindi ricorso ad analisi di natura sia quantitativa sia qualitativa. La dimensione quantitativa del fenomeno è stata analizzata a partire dalla rilevazione svolta grazie a una griglia di rilevazione compilata da 49 Aziende sanitarie pubbliche, mentre gli approfondimenti qualitativi sono stati sviluppati attraverso nove casi studio aziendali.

Infine i risultati del programma di ricerca sono stati presentati con un convegno che si è tenuto nel dicembre 2015 presso l'Università Bocconi e i cui atti sono riportati in Appendice al presente volume.

Ulteriori informazioni sulla metodologia adottata sono riportate di seguito.

2.2 Le scelte di metodo per la rilevazione quantitativa

L'analisi quantitativa è stata svolta presso le Aziende sanitarie pubbliche alle quali è stata richiesta la compilazione di una griglia in formato excel. La griglia era indirizzata alle direzioni aziendali e richiedeva per la compilazione il coinvolgimento di medici competenti, direzioni del personale, direzioni sanitarie e direzioni delle professioni sanitarie. La griglia di rilevazione è stata sperimentata nei mesi di novembre 2014-marzo 2015 in un gruppo di Aziende pilota. La versione definitiva è stata distribuita nei mesi di marzo-giugno 2015 a tutte le Aziende delle Regioni che hanno partecipato al finanziamento del programma di ricerca (Valle d'Aosta, Veneto, Umbria, Basilicata) nonché ad ulteriori Aziende delle restanti Regioni selezionate tra le associate FIASO. Il tasso di risposta delle Aziende facenti parte delle Regioni finanziatrici è stato pari al 97%.

Alle Aziende sono chieste informazioni sugli organici complessivi relativi al 31.12.2014 e informazioni specifiche relative ai lavoratori che avevano ricevuto un giudizio di inidoneità o di idoneità parziale con limitazione tra l'1.1.2005 e il 31.12.2014. Tale lasso di tempo è superiore a quello che intercorre tra le visite mediche della sorveglianza sanitaria e dunque dovrebbe garantire una rilevazione dei dati riguardanti gli interi organici aziendali. Inoltre, consente di includere tutti i lavoratori giudicati inidonei o parzialmente idonei con limitazioni negli ultimi dieci anni, anche se successivamente collocati in mansioni rispetto alle quali risultano idonei.

Le informazioni sugli organici aziendali hanno riguardato: quanti dipendenti risultavano in servizio precisando il tipo di contratto (a tempo indeterminato e a tempo determinato), il regime orario (tempo pieno o tempo parziale) e il ruolo (definito in base a tredici aggregazioni delle figure previste dal Conto Annuale presso la Ragioneria Generale dello Stato). Si tratta di informazioni necessarie per stimare la prevalenza dei lavoratori inidonei e parzialmente idonei con limitazioni rispetto agli organici aziendali totali.

Ad ogni Azienda è stato quindi chiesto di indicare, per ogni dipendente inidoneo alla mansione specifica o idoneo con limitazione, le seguenti informazioni:

- sesso;
- età;
- ruolo attuale svolto nell'Azienda;
- tipo di contratto di lavoro subordinato: (i) tempo determinato o (ii) indeterminato;
- orario di lavoro previsto dal contratto: (i) tempo pieno o (ii) parziale;
- data della prima visita medica che ha determinato il giudizio di non idoneità;
- esito del giudizio di idoneità alla mansione specifica: come previsto dal Decreto Legislativo 81/2008 (articolo 41 comma 6): (i) idoneità parziale temporanea con limitazioni; (ii) idoneità parziale permanente con limitazioni; (iii) inidoneità temporanea; (iv) inidoneità permanente ;
- tipo di visita medica: anche in questo caso si sono seguite le indicazioni del Decreto Legislativo 81/2008 (articolo 41 comma 2) e dunque si sono considerate le visite: (i) preassuntiva; (ii) preventiva; (iii) periodica; (iv) su richiesta del lavoratore; (v) a seguito di assenza prolungata; (vi) a seguito di cambio mansione;
- tipo di limitazione segnalata: in assenza di tassonomie condivise all'interno della comunità dei medici competenti e delle altre figure coinvolte nel processo della sorveglianza sanitaria dei lavoratori, il Comitato Guida del progetto ha proposto una classificazione delle limitazioni che distingue tra: (i) movimentazione manuale carichi o pazienti; (ii) posture incongrue; (iii) stress / *burn-out* / problematiche psichiatriche; (iv) lavoro notturno e reperibilità; (v) turni non notturni; (vi) rischio chimico e allergie; (vii) altro (con richiesta di specificare). In apposite colonne, la griglia lasciava la possibilità di indicare un'eventuale seconda o terza limitazione concomitante. Tali limitazioni sono speculari ai principali fattori di rischio cui sono esposti i lavoratori in ambito sanitario (per fattore di rischio professionale s'intende un qualsiasi agente fisico, chimico, biologico presente nell'ambiente di lavoro in grado di causare un danno al lavoratore). Si è invece deciso di non includere nell'analisi le idoneità parziali senza limitazioni ma

con sole prescrizioni (ad esempio uso di guanti antiallergici, uso di occhiali, ecc.) e le limitazioni di tipo radio-protezionistico;

- ricorso agli organi di controllo istituiti presso le ASL: (i) sì; (ii) no;
- modifica del giudizio da parte degli organi di controllo presso le ASL: (i) sì; (ii) no;
- ambito lavorativo prevalente al momento del giudizio che ha determinato la limitazione o la inidoneità: (i) ospedale degenza (incluso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura – SPDC); (ii) ospedale non degenza; (iii) servizi (include i servizi amministrativi, tecnici, di direzione, di staff, ecc.); (iv) dipartimento di salute mentale (escluso SPDC); (v) dipartimento di prevenzione; (vi) altre attività territoriali (include ambulatori, ADI, strutture residenziali e semiresidenziali, ecc.);
- ambito lavorativo prevalente al 31 dicembre 2014: stesse opzioni come al punto precedente.

Alle Aziende è chiesto di non inserire nella griglia né i lavoratori che avevano avuto un giudizio d'idoneità con prescrizione, né quelli risolti per guarigione (ad esempio limitazioni collegate a gravidanze o a interventi chirurgici, ecc.).

Sebbene nel complesso le informazioni richieste siano disponibili nelle Aziende, la loro raccolta ha creato non poche difficoltà dovute alla presenza di basi dati in formato cartaceo o comunque in formati difficilmente utilizzabili per compilare la griglia excel. Tale evidenza ha reso necessario un supporto specifico alle Aziende in fase di rilevazione, nonché una particolare attenzione in fase di pulizia, aggregazione e analisi dei dati.

2.3 La metodologia per la rilevazione qualitativa

Oltre alla rilevazione quantitativa, la ricerca ha fatto ricorso ad approfondimenti qualitativi tramite interviste semi-strutturate e analisi della documentazione aziendale al fine di elaborare nove casi di studio. Obiettivo di tali approfondimenti era quello di accedere a uno spaccato delle dinamiche organizzative sottostanti il processo di gestione delle limitazioni, così da conoscere percezioni, aspettative e comportamenti dei diversi attori (direzioni aziendali, linee intermedie, medici competenti, responsabili della prevenzione e protezione, ecc.). Tali informazioni sono state funzionali a comprendere meglio i dati raccolti attraverso l'analisi quantitativa. La gestione dei dipendenti con limitazioni è infatti un fenomeno complesso e con numerose sfaccettature, per cui è sembrata necessaria anche un'analisi qualitativa in grado di inquadrarlo da diverse prospettive e angolature.

Il protocollo dei casi studio e le domande per le interviste sono stati redatti dai ricercatori alla luce della letteratura esistente e dell'esperienza maturata dagli autori; uno di essi infatti è anche medico competente in attività,

mentre altri due avevano realizzato la precedente ricerca che aveva iniziato ad affrontare l'argomento (De Pietro e Sartirana, 2013). La metodologia è stata discussa con alcuni degli esperti sopraccitati e testata in un primo caso studio pilota realizzato nell'Azienda USL della Valle d'Aosta. Tale occasione ha consentito di perfezionare l'elenco di domande e le informazioni da raccogliere, nonché di identificare gli interlocutori chiave da coinvolgere e i documenti più rilevanti da analizzare. In questa Azienda, così come nelle altre, l'accesso agli attori e ai documenti aziendali è stato possibile grazie al coinvolgimento attivo della direzione aziendale. Nel caso dell'Azienda USL della Valle d'Aosta infatti l'Azienda era uno degli sponsor della ricerca, mentre negli altri casi le Regioni sponsor hanno selezionato direttamente le Aziende da coinvolgere.

Sono state selezionate tre Aziende Ospedaliere e sei Aziende Sanitarie Locali che gestiscono direttamente presidi ospedalieri. Cinque Aziende sono localizzate al Nord e quattro al Centro-Sud, in cinque diverse Regioni: AUSL della Valle d'Aosta, ULSS 3 di Bassano del Grappa, ULSS 18 di Rovigo, AOU di Parma, AUSL di Bologna, ASL Umbria 2, AO Ospedale Civile Santa Maria di Terni, ASP di Potenza, AOR San Carlo di Potenza. Tali Aziende impiegano un totale di oltre 28.000 dipendenti. I soggetti coinvolti e intervistati presso ciascun'Azienda sono stati: medico competente, responsabile dei servizi di prevenzione e protezione (RSPP), direttore infermieristico, direttore del personale.

Le interviste sono state realizzate nei mesi di febbraio-luglio 2015 presso la sede delle Aziende, hanno avuto una durata compresa tra 90 e 150 minuti e sono state realizzate da un numero compreso tra due e quattro ricercatori. Si è deciso di realizzare interviste alla presenza simultanea dei diversi rispondenti, non solo per economie di tempo ma anche per consentire di ricostruire in maniera condivisa l'articolato processo di gestione dei dipendenti con limitazioni, di cui diversi elementi erano ignoti agli attori. Nonostante tale decisione potesse inibire l'emergere di tensioni o criticità, l'impressione del team di ricerca è che nelle Aziende gli interlocutori abbiano comunque esplicitato anche i principali punti critici. In due Aziende invece, proprio per evitare tale rischio, sono state sviluppate interviste uno-a-uno di approfondimento su alcuni temi specifici.

Nel corso delle interviste gli attori intervenuti hanno ricostruito il processo di sorveglianza sanitaria nella propria Azienda sulla base di una serie di domande che hanno sviluppato temi quali: "Gli strumenti e le modalità di valutazione dei rischi", "Il processo di sorveglianza sanitaria", "La gestione della ricollocazione", "I rapporti con le rappresentanze sindacali e i lavoratori". L'elenco dettagliato delle domande, definito a seguito del caso studio pilota e poi modificato e arricchito in maniera iterativa nel corso della ricerca, è riportato nel Box 2.1.

Presso ciascuna Azienda sono stati inoltre analizzati estratti dei Documenti di Valutazione dei Rischi e, laddove presenti, le procedure e le schede aziendali relative al processo di sorveglianza sanitaria, le modalità di classificazione dei livelli di rischio e i sistemi informatici dedicati alla sorveglianza sanitaria. Per ogni caso di studio due ricercatori hanno analizzato il materiale raccolto, integrando le diverse prospettive emerse e confrontando quanto riscontrato nelle diverse Aziende, eventualmente contattando i rispondenti per chiarimenti e approfondimenti.

I risultati delle analisi sono state quindi riportate in testi di sintesi discussi e condivisi da tutto il team di ricerca.

Box 2.1 Le domande per le interviste nelle nove Aziende

1. Come si articola il processo di sorveglianza sanitaria nella vostra Azienda? In particolare, potreste descrivere quali attori intervengono, quali tempistiche e documenti vengono adottati?
2. Come vengono registrati e comunicati i dati relativi agli esiti della sorveglianza sanitaria (chi dispone delle informazioni, quali informazioni registrate per paziente, quali categorizzazioni, ecc.)?
3. Come vengono gestiti casi di inidoneità temporanea o permanente nella vostra struttura? Quali attori intervengono? Le soluzioni adottate oggi sono diverse rispetto a quelle del passato?
4. Potreste descrivere alcune vicende emblematiche in riferimento al tema della sorveglianza sanitaria che vi hanno coinvolti direttamente?
5. Viene effettuata una visita medica ad ogni cambio mansione? Viene effettuata la visita preassuntiva?
6. Quali ritenete siano i pro e i contro di una visione più ampia della sorveglianza sanitaria, che non consideri solo i rischi connessi alla mansione lavorativa specifica ma più in generale al profilo professionale (es. infermiere/OSS)? Nella vostra Azienda qual è, a tale proposito, l'approccio adottato?
7. Quale processo di definizione del Documento di Valutazione dei Rischi (DVR; documento da chiedere all'Azienda) viene seguito (tempi, attori, decisori)?
8. Quanto la sorveglianza sanitaria influisce sulla revisione/ sull'evoluzione del contenuto del DVR? Ad esempio la verifica di nuovi sintomi dovuti all'utilizzo di agente chimico che portano ad una revisione del documento.
9. Quali criticità presentano il DVR e la sua redazione? Qual è l'efficacia percepita di questo strumento?
10. Esistono dei criteri per la sintesi delle classi di rischiosità delle diverse Unità Operative, che consentano di disporre di un'unica scala trasversale rispetto a quella contenuta nel DVR?
11. Avete dei momenti di coordinamento formale fra datore di lavoro, RSPP, medico competente ed RLS oltre alla riunione annuale obbligatoria (articolo 35 Decreto Legislativo 81/2008)? Quale importanza rivestono invece quelli informali?
12. Quale ruolo giocano i sindacati (quali sigle, quali tavoli e momenti di confronto, quali tematiche vengono affrontate)?
13. Come vengono individuate e gestite eventuali dipendenze da alcol o sostanze stupefacenti? Quale *trade off* sussiste fra la tutela del lavoratore e quella del paziente in questi casi?

14. Ritenete possibile che i medici competenti adottino comportamenti riconducibili alla pratica della medicina difensiva nello svolgimento delle proprie mansioni? Se sì, potreste indicarne le cause? Si sono mai verificati episodi di medicina difensiva nella vostra Azienda?
15. Quali percentuali di ricorsi avversi il giudizio del medico competente registrate in riferimento al totale dei giudizi espressi dallo stesso? Quanti di essi si concludono con un giudizio favorevole al lavoratore?

3. I risultati della rilevazione quantitativa

di Guglielmo Pacileo e Agnese Pirazzoli

La rilevazione quantitativa a livello nazionale ha coinvolto 49 Aziende sanitarie pubbliche: 33 Aziende Sanitarie Locali, 14 Aziende Ospedaliere e 2 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, per un totale di 137.422 dipendenti, pari a circa un quinto dei collaboratori delle Aziende pubbliche del SSN.

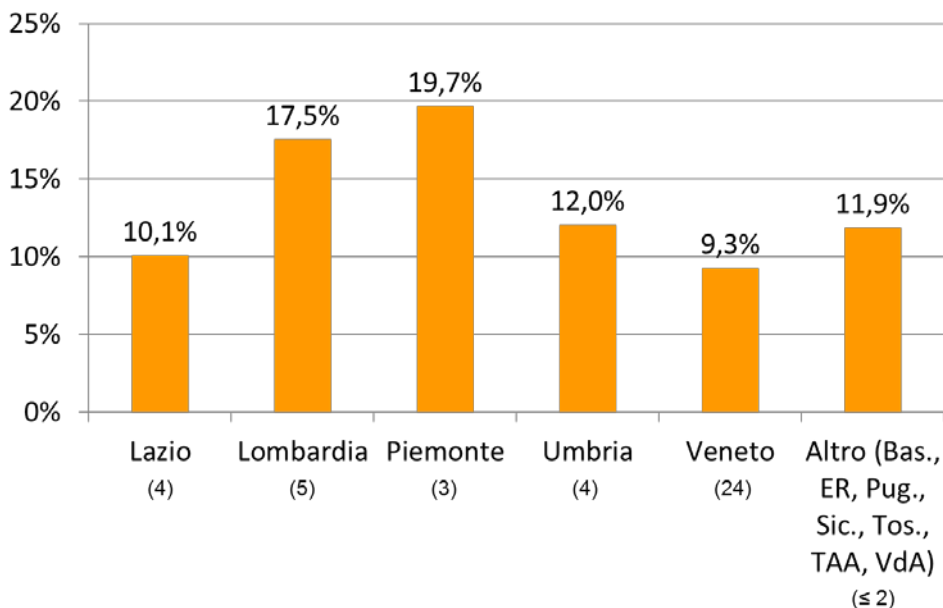
La Tabella 3.1 riporta i dati relativi alla prevalenza dei lavoratori con inidoneità o limitazioni nelle 49 Aziende: il valore medio del fenomeno si attesta all'11,8% degli organici complessivi, il che corrisponde ad un totale di 16.266 persone. Le inidoneità totali sono molto poche e non superano lo 0,4% dei dipendenti. È invece significativo il numero di idoneità parziali con limitazioni, sia temporanee che permanenti; in particolar modo le idoneità parziali permanenti raggiungono il 7,8% dei dipendenti oggetto della rilevazione. Se con una prima proiezione applicassimo il dato dell'11,8% agli organici SSN complessivi, emergerebbe un fenomeno che coinvolge circa 80.000 unità di personale. Per leggere correttamente il valore rilevato per la prevalenza, è necessario però considerare due aspetti che lo rendono sensibilmente sottostimato rispetto al fenomeno reale. Da una parte, dalla ricerca sono esclusi i dipendenti trasferiti o ricollocati prima del 2005. Dall'altra parte, anche le inidoneità e le limitazioni rilevate dopo il 2005 potrebbero essere sottostimate a causa di una "perdita di memoria" che la ricerca ha rilevato in numerose Aziende, le quali non hanno tenuto traccia di inidoneità e limitazioni "risolte" a seguito della ricollocazione delle persone interessate. Per questo motivo, la percentuale dell'11,8% deve essere considerata come limite minimo e di certo sottostimato.

Tabella 3.1. Prevalenza dei lavoratori con inidoneità e limitazioni per natura del giudizio

Idoneità parziali temporanee	Idoneità parziali permanenti	Inidoneità temporanee	Inidoneità permanenti	Non specificato	Totale con inidoneità e limitazioni
3,4%	7,8%	0,1%	0,2%	0,3%	11,8%

Fonte: Elaborazione CeRGAS.

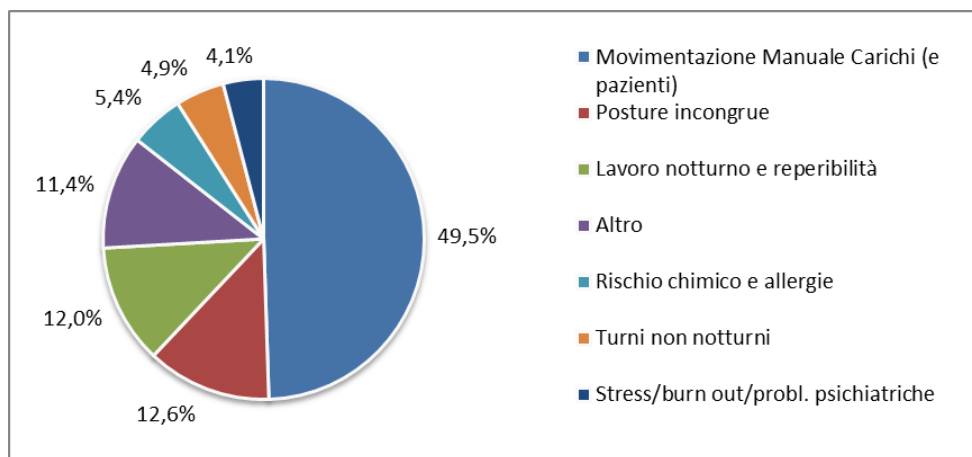
La Figura 3.1 mostra invece la prevalenza dei dipendenti con inidoneità sul totale degli organici a seconda della Regione di provenienza dei dati, unitamente al numero di Aziende rispondenti per ciascuna Regione, inserito in basso tra parentesi. Come si può notare, le diverse Regioni presentano valori anche molto differenti fra loro: la distanza massima si raggiunge fra il Piemonte, dove il 19,7% degli organici risulta affetto da limitazioni, e il Veneto, dove la percentuale scende al 9,3%. Tali oscillazioni sono con tutta probabilità imputabili alle diverse modalità con cui le limitazioni vengono registrate all'interno delle Regioni, più che a motivazioni di tipo epidemiologico.

Figura 3.1. Prevalenza dei lavoratori con inidoneità e limitazioni per Regione

Fonte: Elaborazione CeRGAS.

La Figura 3.2 presenta un'analisi delle tipologie di limitazione considerandone il valore totale incluse le eventuali seconde o terze limitazioni di uno stesso lavoratore. Dalla rilevazione emerge che le limitazioni più frequenti sono quelle relative alla movimentazione manuale di carichi (MMC) e pazienti¹ (49,5%), seguite dalle limitazioni riferite alle posture (12,6%) e al lavoro notturno e alle reperibilità (12,0%). Particolarmente elevate risultano inoltre le limitazioni relative alla categoria "Altro" (11,4%), che ricomprendono l'esposizione ai videoterminali, il rischio biologico, l'impossibilità ad operare in specifici reparti o a svolgere particolari azioni, ecc. Inferiori sono invece le limitazioni dovute all'esposizione ad agenti di rischio chimico o ad allergie (5,4%) e all'effettuazione di turni non notturni (4,9%). Da ultimo, le limitazioni meno frequenti sono legate a problemi di stress, *burn-out* o di natura psichiatrica (4,1%).

Figura 3.2. Distribuzione percentuale delle inidoneità e limitazioni



Fonte: Elaborazione CeRGAS.

Il grafico non appena presentato può essere confrontato con la Figura 3.3, che racchiude al suo interno tre differenti rappresentazioni: ciascuna di esse corrisponde ad una particolare Azienda del campione. Più specificatamente, tale figura riporta il mix delle tipologie di limitazione riscontrate:

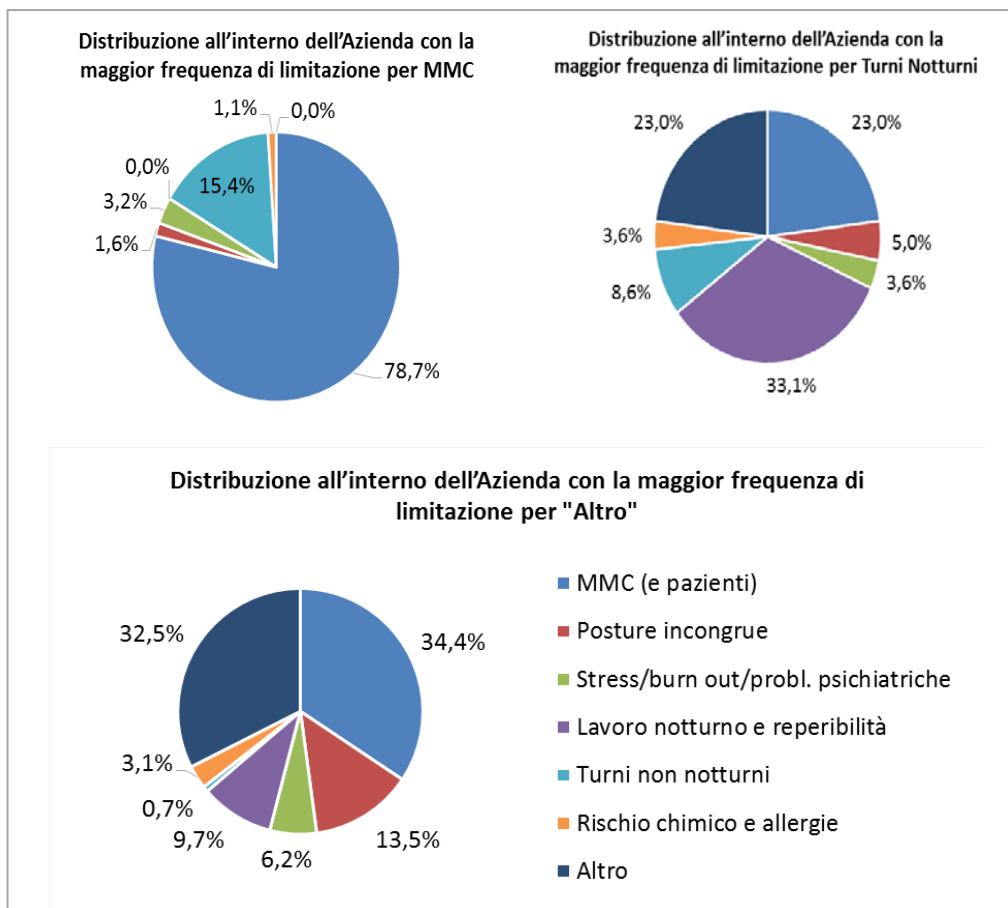
- nell'Azienda con la percentuale più elevata di limitazioni per movimentazione manuale di carichi o pazienti, sul totale delle limitazioni in essa rilevate;
- nell'Azienda con la percentuale più elevata di limitazioni per turni notturni, sul totale delle limitazioni in essa rilevate;

¹ È bene sottolineare la differenza tra Movimentazione Manuale dei Carichi e Movimentazione Manuale dei Pazienti, che sono carichi non statici e più difficilmente gestibili da parte degli operatori a parità di peso sollevato.

- nell’Azienda con la percentuale più elevata di limitazioni per con motivazione “Altro”, sul totale delle limitazioni in essa rilevate.

Anche in questo caso le motivazioni delle forti differenze nei mix delle tipologie di limitazione che emergono dal confronto dei tre casi riportati sono più probabilmente da attribuirsi alle diverse modalità con cui viene gestito il processo di sorveglianza sanitaria, piuttosto che a motivazioni di tipo epidemiologico. Possiamo immaginare, infatti, che persone operanti in Aziende equiparabili sviluppino patologie simili tra loro e in percentuali analoghe.

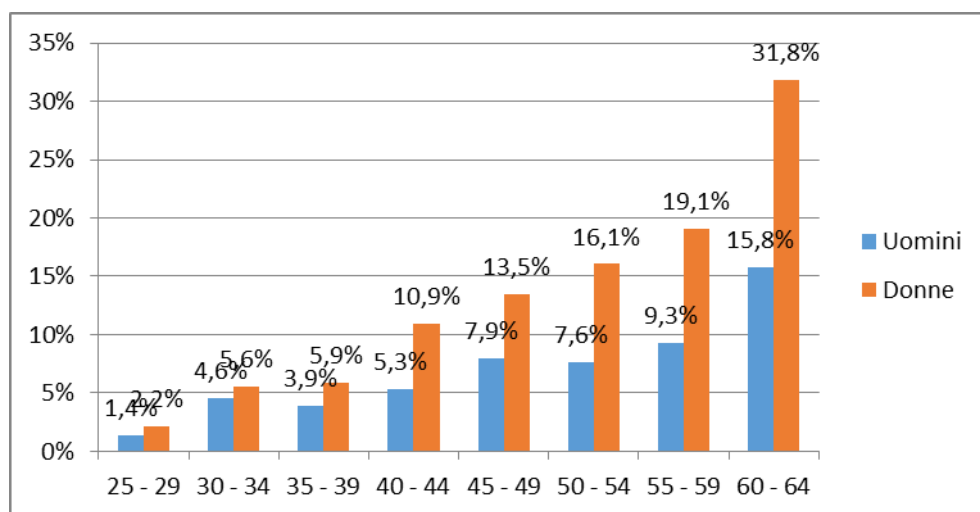
Figura 3.3. Distribuzione percentuale delle inidoneità e limitazioni in tre casi aziendali emblematici



Fonte: Elaborazione CeRGAS.

La Figura 3.4 mostra come il fenomeno si distribuisca in base al sesso dei dipendenti e all'età. Anzitutto si può notare come le inidoneità e le limitazioni siano più frequenti tra le donne che tra gli uomini (come si osserverà più avanti, tale differenza di genere è in larga misura spiegata dalla maggiore femminizzazione del personale infermieristico e del supporto assistenziale); inoltre, come facilmente prevedibile, i dipendenti inidonei o con limitazioni aumentano significativamente con il crescere dell'età: sono infatti meno del 4% nella fascia 25-29 anni, mentre arrivano a circa il 24% nella fascia 60-64 anni, con un picco del 31,8% per le lavoratrici fra 60 e 64 anni.

Figura 3.4. Prevalenza dei lavoratori con inidoneità o limitazioni per età e genere²

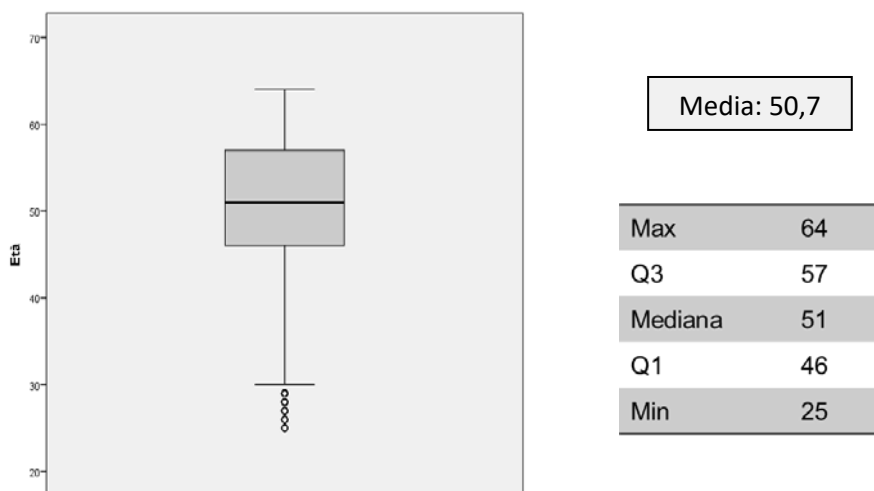


Fonte: Elaborazione CeRGAS.

La distribuzione dell'età dei dipendenti con inidoneità o limitazioni è invece rappresentata in Figura 3.5. Il campione analizzato mostra un'età media superiore rispetto a quella della totalità dei dipendenti del SSN, a ulteriore conferma della correlazione esistente fra incremento dell'età e probabilità d'insorgenza di limitazioni. Come si può notare infatti l'età media del campione è pari a 51,7 anni, mentre essa è pari a: (i) 48,6 anni nel caso degli IRCCS, (ii) 49,4 nel caso dei policlinici universitari, (iii) 49,7 anni nel caso delle unità sanitarie locali³.

² Nell'analisi sono stati considerati i dipendenti con età compresa tra i 25 e i 64 anni. Le altre categorie di età, numericamente poco significative, sono state escluse in quanto i dati riportati del Conto Annuale presentavano disallineamenti rispetto a quelli forniti dalle Aziende, probabilmente in ragione di una difficoltà nella registrazione puntuale di assunzioni/pensionamenti nel corso dell'anno.

³ Dati Conto Annuale Ministero del Tesoro, 2014, <http://www.contoannuale.tesoro.it/portal/cgi-bin/cognos.cgi>

Figura 3.5. Distribuzione dell'età dei lavoratori con inidoneità o limitazioni

Fonte: Elaborazione CeRGAS.

La distribuzione della tipologia di contratto (a tempo pieno o a tempo parziale) dei lavoratori appartenenti al campione è rappresentata nella Tabella 3.2. La prima colonna riporta la percentuale di dipendenti con contratto a tempo parziale sul totale dei dipendenti con limitazioni; la seconda invece esprime la percentuale di dipendenti con contratto a tempo parziale sul totale degli organici. La differenza fra i valori riferiti al totale delle Aziende, 10,6% e 12,2%, non risulta essere significativa; ciò suggerisce che la riduzione dell'orario di lavoro non viene utilizzata come soluzione per l'alleggerimento dei carichi di lavoro delle persone con limitazioni e, in generale, che non vi è una relazione fra i due fenomeni. In aggiunta, focalizzando l'attenzione sulle colonne, si nota una rilevante variabilità interaziendale sia nel caso della quota dei *part-time* sul numero di dipendenti con inidoneità o limitazioni sia sul totale dell'organico; tali valori oscillano fra lo 0% e più del 20%, risultando poco plausibili. È quindi possibile ipotizzare che siano presenti nel campione diverse Aziende che non tracciano correttamente la presenza di persone con contratto *part-time* e/o con limitazioni.

Tabella 3.2. Distribuzione dei contratti con *part-time*

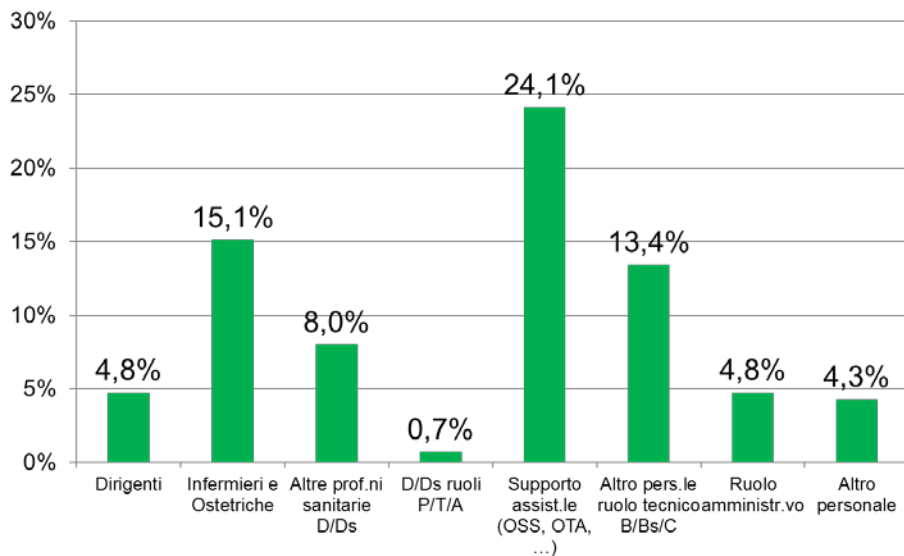
	% dipendenti con inidoneità o limitazioni con contratto a tempo parziale	% dipendenti con contratto a tempo parziale sul totale dell'organico
Totale Aziende	10,6%	12,2%
Valore Minimo Interaziendale	0,0%	0,0%
Valore Massimo Interaziendale	27,8%	24,2%

Fonte: Elaborazione CeRGAS.

La Figura 3.6 mostra come varia la quota di personale inidoneo o con limitazioni in base ai ruoli e alle categorie d'inquadramento professionale. La categoria maggiormente colpita appare quella del personale di ruolo sanitario o tecnico di area sanitaria con mansioni strettamente operative e/o di tipo socio-assistenziale (personale per il supporto assistenziale, ad esempio Operatori Socio-Sanitari – OSS, Operatori Tecnici dell'Assistenza – OTA, ausiliari specializzati) di notevole rilevanza in quanto numerosa in termini assoluti. Il 24,1% di coloro che operano in tale ruolo presenta infatti una o più limitazioni o un'inidoneità alla mansione specifica. Considerevole appare inoltre la prevalenza delle limitazioni in coloro che svolgono professioni sanitarie infermieristiche e ostetriche (categorie D o Ds) (15,1%), o nel personale di ruolo tecnico delle categorie C, Bs o B non coinvolto nel supporto assistenziale (ad esempio assistenti o operatori tecnici; 13,4%). Solo il 4,8% dei dirigenti è invece totalmente o parzialmente inidoneo, mentre i meno colpiti dalle limitazioni sono i collaboratori professionali, tecnici o amministrativi e gli assistenti religiosi (personale ruolo professionale, tecnico o amministrativo nelle categorie D o Ds; 0,7%).

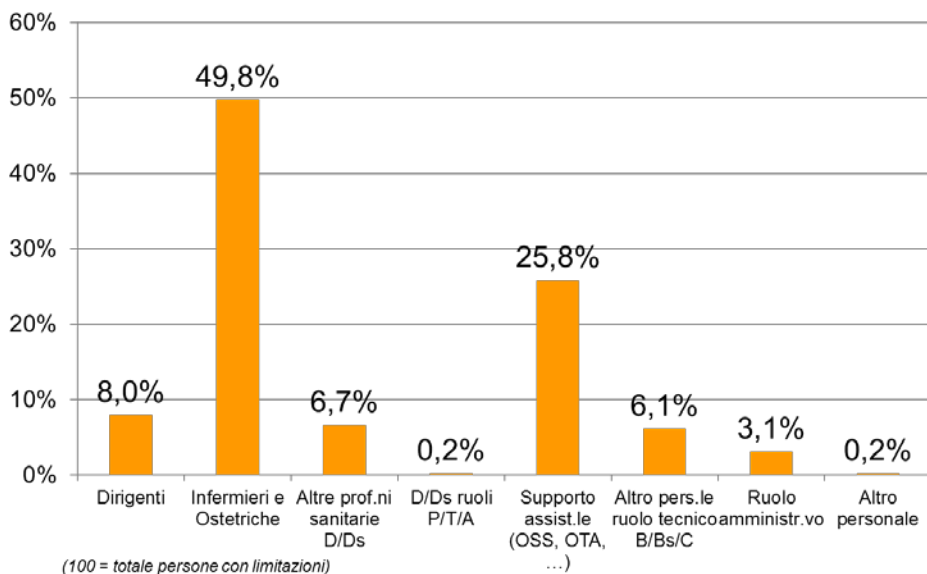
Tali valori possono essere comparati con quanto riportato nella Figura 3.7; in questo caso viene rappresentata la distribuzione percentuale delle inidoneità e limitazioni, ponendo al denominatore non più il personale operante in una determinata categoria, bensì la totalità dei dipendenti con inidoneità e limitazioni. Come è possibile notare, esse si concentrano per il 49,8% nella categoria degli infermieri e delle ostetriche, per il 25,8% nella categoria del personale di supporto assistenziale e per l'8% nella categoria dei dirigenti. Tale risultato è influenzato, oltre che dal contenuto proprio delle diverse mansioni, dalla numerosità del personale impiegato nelle categorie citate; il gruppo più numeroso è infatti rappresentato da infermieri e ostetriche, che nel campione di Aziende considerato raggiungono circa 50.000 unità, seguito dai dirigenti e dal personale di supporto assistenziale (rispettivamente circa 23.000 e 17.000 persone). Il rimanente 16,4% delle inidoneità e limitazioni si distribuisce infine nelle restanti categorie.

Figura 3.6. Prevalenza dei lavoratori con inidoneità e limitazioni per ruolo e categoria



Fonte: Elaborazione CeRGAS.

Figura 3.7. Distribuzione percentuale delle inidoneità e limitazioni per ruolo e categoria



Fonte: Elaborazione CeRGAS.

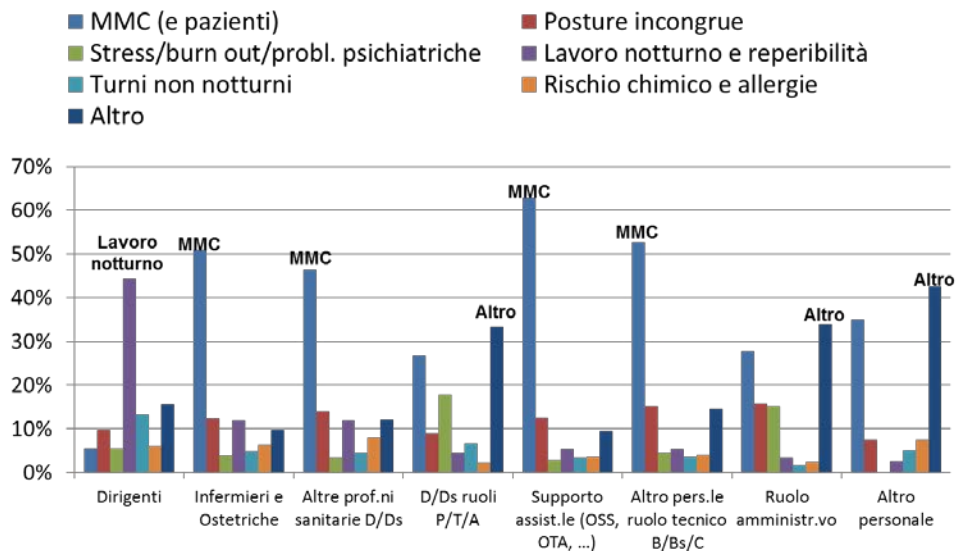
La distribuzione delle limitazioni viene ulteriormente approfondita dalle seguenti Figure 3.8 e 3.9, che rappresentano la suddivisione delle differenti tipologie di limitazione (movimentazione manuale carichi, stress, turni notturni, ecc.) rispettivamente per ruolo svolto e fascia d'età.

Dalla prima figura emerge chiaramente l'incisività delle problematiche di movimentazione manuale carichi, che risultano rilevanti in tutte le categorie considerate (tranne che nel caso dei dirigenti); esse inoltre spiccano in quattro categorie lavorative su otto, in cui figurano quelle particolarmente popolate degli infermieri e delle ostetriche e del personale di supporto assistenziale. Le limitazioni afferenti alla tipologia "Altro" che, come affermato precedentemente, ricomprendono l'esposizione ai videoterminali, il rischio biologico, l'impossibilità ad operare in specifici reparti o svolgere particolari azioni, ecc., sono invece le più rilevanti nel caso del personale appartenente alle categorie "Altre professioni sanitarie" (categorie D e DS, ovvero professioni sanitarie riabilitative, tecnico-sanitarie, tecniche della prevenzione), "Altro personale" o di ruolo amministrativo. Si distingue dalle altre la categoria dei dirigenti, in cui spiccano le limitazioni allo svolgimento di lavoro notturno.

Dalla seconda figura emerge ancora una volta la forte prevalenza della movimentazione manuale dei carichi sulle altre limitazioni, con percentuali variabili dal 38% al 51%. Sono distinguibili inoltre due trend all'aumentare dell'età del campione considerato: una progressiva riduzione in termini percentuali della rilevanza delle limitazioni connesse a rischio chimico ed allergie e un progressivo aumento, sempre in percentuale, delle limitazioni per posture incongrue.

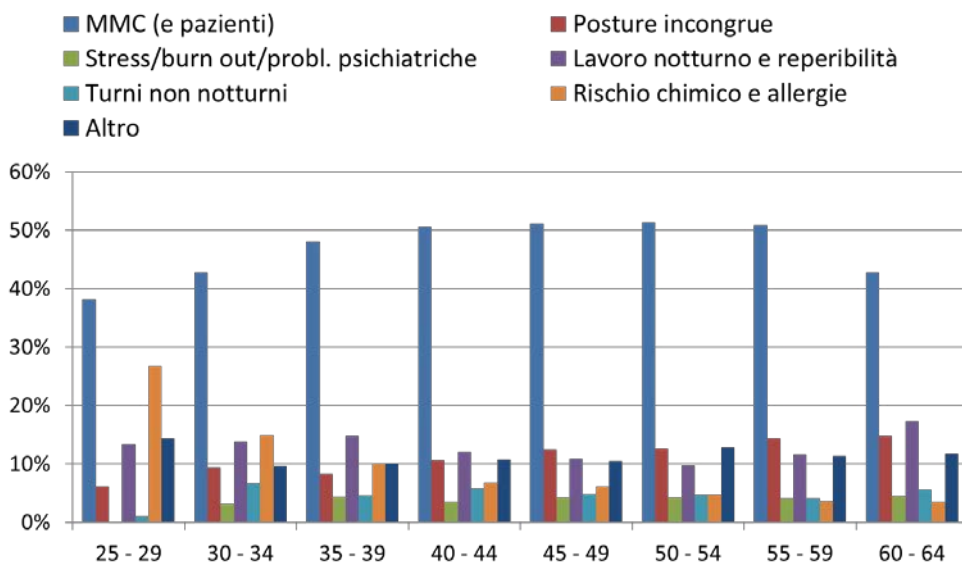
La distribuzione delle tipologie di visita durante le quali la limitazione è stata individuata viene analizzata nella Figura 3.10. Dalla rilevazione emerge che poco più della metà delle limitazioni (52,8%) è stata individuata durante una visita periodica, mentre poco più di un quarto è stato individuato durante una visita su richiesta (26,8%). Le visite per assenza prolungata occupano invece il terzo posto con una frequenza pari al 7,8%, seguite dai valori non disponibili che rappresentano il 6,9% dei casi; quest'ultimo valore è indicativo della difficoltà con cui le Aziende tengono traccia delle informazioni in analisi. Da ultimo, è interessante notare che la frequenza con cui le limitazioni vengono individuate tramite visite preventive, preassuntive e per cambio mansione è molto ridotta (rispettivamente 3,0%, 1,5% e 1,2%); tale risultato conferma quanto raccolto all'interno dei casi riportati nel capitolo 4.

Figura 3.8. Suddivisione percentuale delle tipologie di limitazioni nei ruoli svolti

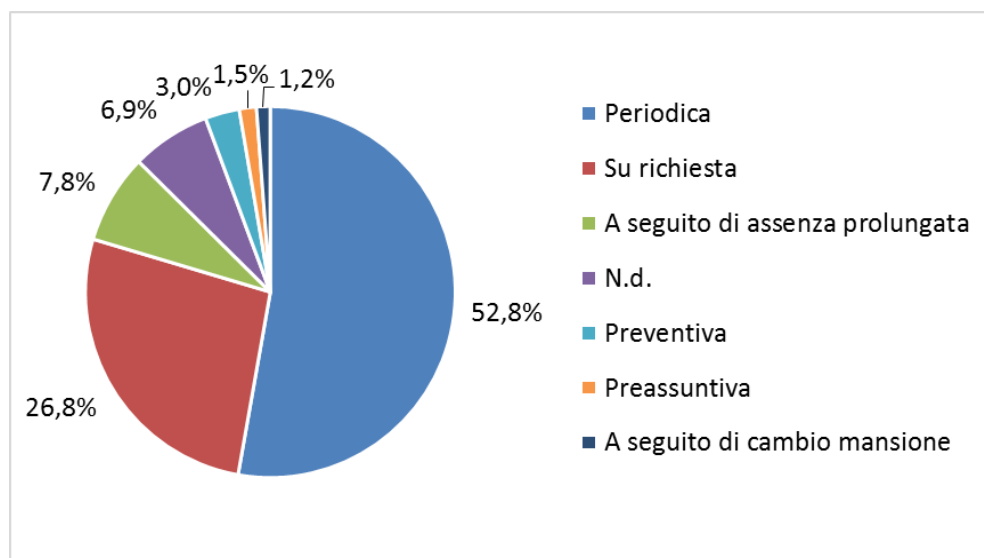


Fonte: Elaborazione CeRGAS.

Figura 3.9. Suddivisione percentuale delle tipologie di limitazioni per fasce d'età



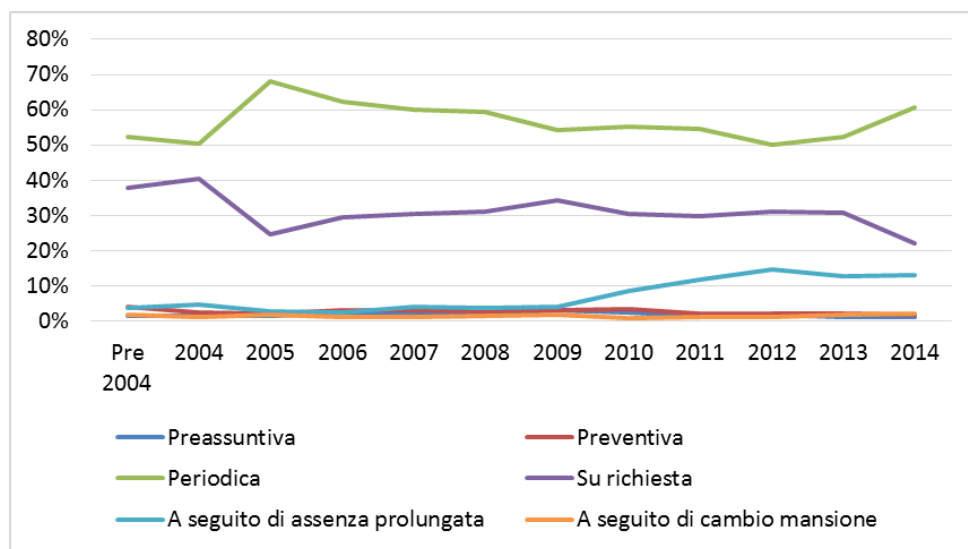
Fonte: Elaborazione CeRGAS.

Figura 3.10. Distribuzione percentuale delle tipologie di visita

Fonte: elaborazione CeRGAS.

Particolarmente interessante appare l'analisi dell'evoluzione nel tempo del mix delle tipologie di visita effettuate. Dalla Figura 3.11 emerge una specularità fra il numero di visite periodiche e su richiesta realizzate, in quanto è possibile immaginare che i dipendenti richiedano un maggior numero di visite qualora si sentano poco seguiti a causa di un calo nella frequenza delle visite periodiche.

Si osserva inoltre un deciso incremento del numero delle visite effettuate a seguito di assenza prolungata, a partire dall'anno 2009: tale aumento è certamente imputabile all'entrata in vigore della lettera e-ter), comma 2, articolo 41, del Decreto Legislativo 81/2008, introdotta dal Decreto Legislativo 106/2009. Dal 2009 diviene infatti obbligatorio verificare l'idoneità alla mansione attraverso visita medica a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi.

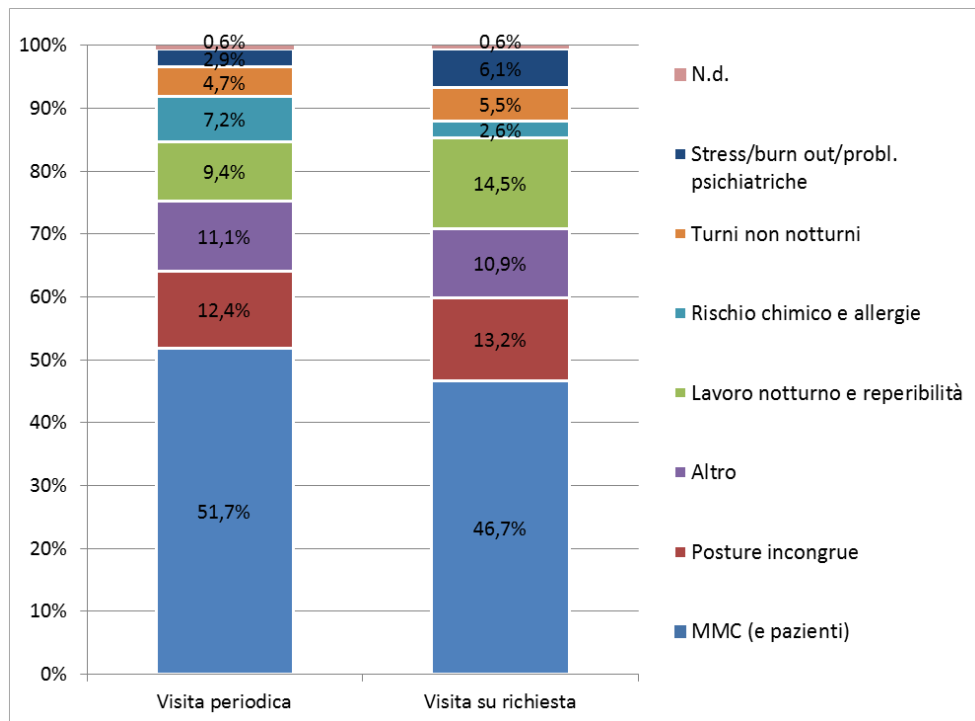
Figura 3.11. Evoluzione del mix delle tipologie di visita, anni 2004-2014

Fonte: Elaborazione CeRGAS.

La Figura 3.12 confronta il mix delle tipologie di limitazioni che sono state individuate durante visite periodiche e il mix individuato invece durante visite su richiesta. L'analisi effettuata non mostra differenze significative fra le due colonne, gli esiti delle due tipologie di visita risultano quindi quasi interamente sovrapponibili. È però interessante notare due particolari variazioni:

- le limitazioni da stress/*burn-out*/problematiche psichiatriche rappresentano il 9,4% delle limitazioni individuate tramite visite periodiche e il 14,5% delle limitazioni individuate durante visite su richiesta.
- le limitazioni da lavoro notturno e reperibilità rappresentano il 2,9% delle limitazioni individuate tramite visite periodiche e il 6,1% delle limitazioni individuate durante visite su richiesta

Questo risultato sembra confermare la bontà dei dati raccolti, in quanto è plausibile immaginare che i disturbi da stress lavoro-correlato e le difficoltà nello svolgere turni notturni siano di difficile individuazione durante la visita periodica e siano quindi solitamente segnalate dai dipendenti.

Figura 3.12. Distribuzione delle tipologie di limitazione individuate durante visita periodica o su richiesta

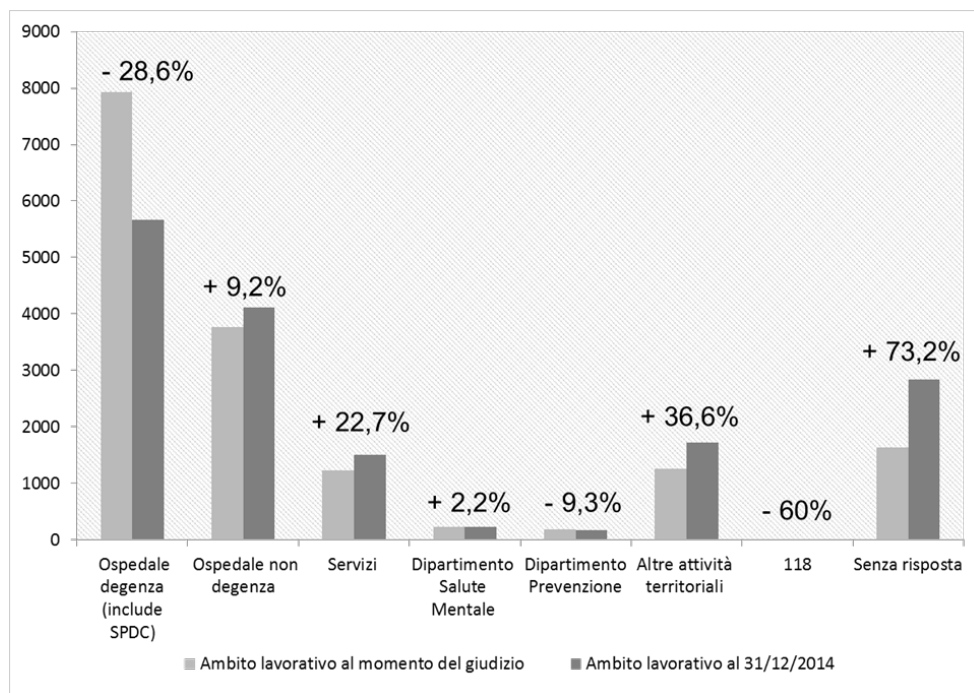
Fonte: Elaborazione CeRGAS.

Nella Figura 3.13 viene confrontato l'ambito lavorativo in cui il dipendente operava al momento del primo giudizio di inidoneità o idoneità parziale con limitazione e l'ambito lavorativo in cui era impiegato al 31.12.2014. Sebbene vi possano essere altre motivazioni personali o organizzative che abbiano determinato cambiamenti nell'ambito di lavoro, è probabile che l'insorgenza di inidoneità o limitazioni abbia avuto un ruolo rilevante in tale processo.

Emerge anzitutto come per la maggioranza dei dipendenti le Aziende abbiano trovato una modalità di gestione della inidoneità o limitazione che non ha comportato un trasferimento tra le diverse macroaree. Da ciò si deduce che è stato possibile trovare soluzioni all'interno dello stesso reparto (ad esempio dotazione di ausili, compresenza di un secondo operatore a supporto, modifica del piano di attività individuali) o che il dipendente è stato trasferito in contesti lavorativi con rischi inferiori all'interno dello stesso ambito (ad esempio reparti di degenza che non richiedono la movimentazione dei pazienti o i turni notturni). Una quota di dipendenti si è invece spostata da un ambito all'altro nel corso del tempo; la riduzione maggiore si ha nel

caso del 118 (il 60% dei dipendenti con limitazioni è stato trasferito), seguito dall'area ospedaliera di degenza (-28,6%), mentre aumentano consistentemente le persone impiegate nei servizi o nelle attività territoriali (+22,7% e +36,6%). Particolarmente rilevante in termini assoluti è il caso di coloro che vengono trasferiti dall'ambito "Ospedale degenza" ad altri ambiti: la suddivisione percentuale di questi lavoratori fra le diverse aree aziendali è riportata nella Tabella 3.3.

Figura 3.13. Confronto tra ambito lavorativo al momento del giudizio di inidoneità e ambito lavorativo al 31.12.2014 dei dipendenti inidonei o con limitazioni; unità di personale e variazioni percentuali



Fonte: Elaborazione CeRGAS.

Tabella 3.3 Ridistribuzione percentuale dei dipendenti con limitazioni provenienti dall'ambito "Ospedale degenza"

Ospedale non degenza	Servizi	Dipartimento Salute Mentale	Dipartimento Prevenzione	Altre attività territoriali	118	Senza risposta
44,3%	13,6%	2,8%	0,6%	16,7%	0,0%	21,9%

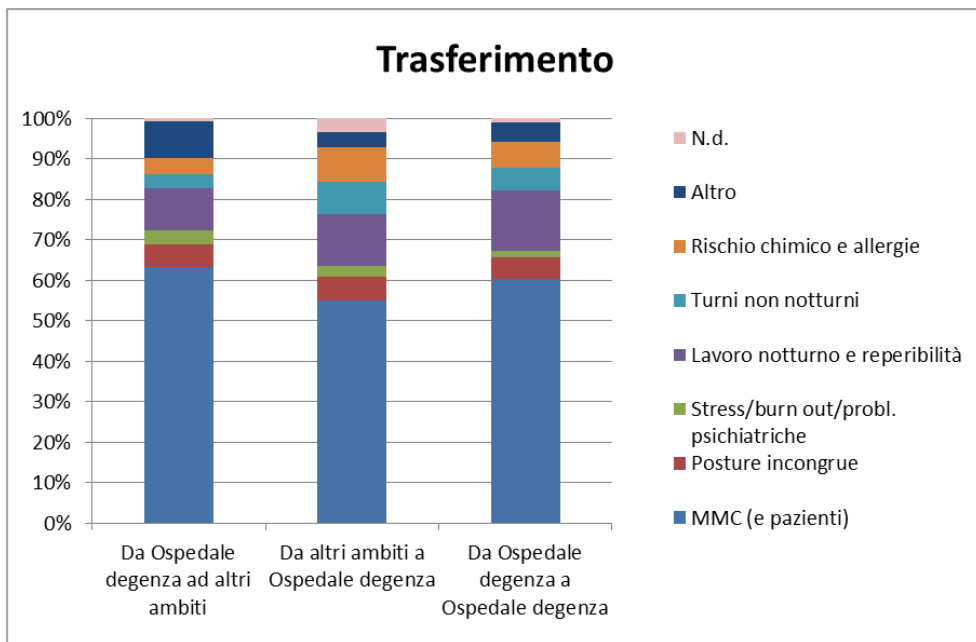
Fonte: Elaborazione CeRGAS.

Il mix delle tipologie di limitazione presentate dai lavoratori appartenenti al campione in base ai trasferimenti effettuati viene rappresentato nella Figura 3.14. Si può notare che:

- coloro che vengono trasferiti da "altri ambiti" a "reparti di degenza" presentano limitazioni da movimentazione manuale carichi o pazienti con minor frequenza rispetto agli altri due casi analizzati (il 55,1% delle limitazioni presentate è infatti da imputarsi a MMC; tale valore è invece pari a 63,4% nel caso di trasferimento da "ospedale degenza" ad "altri ambiti" e 60,4% per coloro che restano in area di degenza). Tale risultato è compatibile con le caratteristiche proprie delle aree di degenza, dove le mansioni svolte frequentemente richiedono la movimentazione di pesi;
- la maggior parte di coloro che presentano problematiche di movimentazione manuale carichi o pazienti e al momento dell'insorgenza della limitazione operano in "ospedale degenza", non vengono trasferiti in un'altra macroarea aziendale. Come affermato precedentemente, anche in questo caso è possibile dedurre che sia stato possibile trovare soluzioni (ad esempio utilizzo di ausili, ridefinizione dei compiti di lavoro, ecc.) all'interno dello stesso reparto.

In generale però, la redistribuzione delle tipologie di limitazione risulta essere simile nei tre casi considerati. Tale risultato evidenzia che l'attività di sorveglianza sanitaria non in tutte le Aziende considerate segue percorsi razionali (ad esempio trasferimento da "Ospedale degenza" ad "altri reparti" in caso di limitazioni da MMC), ma è influenzata dalle consuetudini stratificatesi nel tempo e dalle possibilità di ricollocazione che l'Azienda presenta nel momento dell'insorgenza della limitazione.

Figura 3.14. Distribuzione delle tipologie di limitazione in base al trasferimento tra macroaree aziendali



Fonte: elaborazione CeRGAS.

Infine, per quanto riguarda il ricorso avverso al giudizio del medico competente, si tratta di una eventualità relativamente poco praticata (2,8% di ricorsi sul totale dei giudizi). È interessante notare come il ricorso ha prodotto una modifica del giudizio da parte dell'organo di vigilanza nel 44,2% dei casi.

4. I risultati dei casi studio aziendali

di Agnese Pirazzoli e Marco Sartirana

4.1 Il confronto tra i casi studio

Per meglio interpretare i dati riportati nel capitolo 3, la ricerca ha completato la rilevazione quantitativa con un'analisi qualitativa che ha coinvolto nove Aziende sanitarie pubbliche di cinque Regioni: ASL della Valle d'Aosta, ULSS 3 di Bassano del Grappa, ULSS 18 di Rovigo, Azienda USL di Bologna, AOU di Parma, ASL Umbria 2, AO Santa Maria di Terni, ASP di Potenza, AOR San Carlo di Potenza.

Tali Aziende impiegano un totale di oltre 28.000 dipendenti, con un'età media significativamente inferiore – tranne che nel caso della ASP di Potenza – alla media del SSN, che a fine 2015 era di poco superiore ai cinquant'anni (si veda la Tabella 4.1). Tutte le Aziende Sanitarie Locali coinvolte, oltre alle attività di assistenza territoriale, gestiscono direttamente presidi ospedalieri.

Si riportano di seguito gli elementi più significativi emersi dal confronto tra i casi studio, con particolare riferimento agli attori coinvolti nella sorveglianza sanitaria e nella gestione dei rischi, alle caratteristiche del processo di sorveglianza sanitaria, alle modalità di gestione della ricollocazione a seguito di giudizio d'idoneità parziale, ai rapporti con le organizzazioni sindacali.

La Tabella 4.1 riporta la sintesi di alcune dimensioni più rilevanti. Successivamente sono riportati in dettaglio i nove casi studio.

Tabella 4.1. I nove casi studio

	ASL Valle d'Aosta	ULSS Bassano	ULSS Rovigo	AO Parma	AUSL Bologna	USL Umbria 2	AO Terni	ASP Potenza	AOR San Carlo Potenza
Totale dipendenti (1)	2.719	2.030	2.292	3.595	8.081	3.666	1.600	2.624	2.002
Età media dipendenti (2)	46,8	46,9	48,9	43,7	47,8	48,3	47,8	50,7	48,3

Fonti: (1) Dati inviati dalle Aziende, riferiti al personale in servizio al 31/12/2014 (per la AO di Parma e la ASP di Potenza dati Conto Annuale Ministero del Tesoro, 2013); (2) Conto Annuale Ministero del Tesoro, 2013.

4.1.1 Gli attori coinvolti nella sorveglianza sanitaria e nella prevenzione dei rischi

Nella maggior parte dei casi analizzati l'attività di sorveglianza sanitaria viene effettuata da medici competenti dipendenti dell'Azienda. Solo presso la ASL Valle d'Aosta il medico competente è libero professionista, mentre all'AO di Terni è dipendente della ASL della stessa città. L'analisi ha mostrato una forte eterogeneità nelle dotazioni di personale dedicato alla sorveglianza sanitaria, non del tutto corrispondente al diverso ammontare complessivo degli organici aziendali: troviamo infatti tre medici competenti a tempo pieno presso l'AUSL di Bologna ma uno solo e a tempo parziale presso l'AO di Terni. Significativamente differenti sono anche le dotazioni di personale di supporto e le attività ad essi assegnate. In alcune Aziende si tratta di una persona, in altre si arriva a un gruppo di dodici operatori; in alcuni casi si limitano a compiti amministrativo-segretariali, in altri svolgono anche prestazioni sanitarie (prelievi, vaccinazioni) o attività di formazione o di affiancamento al medico competente nella valutazione dei rischi.

Gli interlocutori del medico competente per l'Azienda sono, in tutti i casi analizzati, i servizi aziendali delle professioni sanitarie e, per i giudizi che coinvolgono medici o altri dirigenti di ruolo sanitario, la direzione sanitaria o la direzione medica. Dalle interviste risulta invece piuttosto secondario il ruolo di preposti e dirigenti di linea. Emerge poi una scarsa (quasi inesistente) presenza nel processo di sorveglianza sanitaria dell'ufficio gestione risorse umane, che in nessuno dei casi offre un contributo manageriale al processo di prevenzione e gestione delle limitazioni; esso si limita solitamente ad attività di natura amministrativa, prevalentemente relativa all'aggiornamento del trattamento giuridico ed economico.

Con riferimento alla prevenzione e valutazione dei rischi, si riscontrano in alcuni casi problemi relativi alla capacità del medico competente di eseguire con puntualità i sopralluoghi e di collaborare con i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza all'aggiornamento del DVR (per esempio nell'AUSL Bologna e nell'ASP Potenza, Aziende territoriali di maggiore estensione e caratterizzate da un elevato numero di sedi, e nell'ASL Valle d'Aosta, dove il medico non è dipendente). Emerge inoltre come il ruolo dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS) in tale attività sia eterogeneo ma complessivamente marginale.

4.1.2 Il processo di sorveglianza sanitaria

Il processo di sorveglianza sanitaria è regolamentato in tutte le Aziende da specifici protocolli, a volte definiti anche a livello sovra-aziendale. Tuttavia emerge come non sempre essi siano condivisi da tutti i medici competenti, in particolare nelle Aziende di maggiori dimensioni e multipresidio, soprattutto se derivanti da recenti accorpamenti. Tale fenomeno appare invece più contenuto nelle Aziende ospedaliere monopresidio, dove la prossimità fisica favorisce la condivisione delle pratiche. Ciò può avvenire a livello informale, come nel caso dell'AO di Terni, o formalizzato, come nel caso della AOR di Potenza, dove i medici competenti si incontrano due volte (o più) al mese per l'approvazione congiunta dei giudizi. Al fine di favorire l'allineamento professionale appaiono interessanti gli esempi di coordinamento tra medici competenti a livello interaziendale (ad esempio gli incontri mensili dei medici competenti dell'Area Bolognese o della Regione Veneto per la definizione di protocolli condivisi e la discussione dei casi complessi). Tali esperienze riducono peraltro i problemi di coordinamento anche in riferimento, ad esempio, al ricorso alla diagnostica e ai criteri di giudizio.

A supporto dell'attività di sorveglianza del medico competente manca, nella maggior parte delle Aziende analizzate, una rete definita di specialisti di riferimento su patologie occupazionali. L'esperienza delle Aziende che ne dispongono, a livello formale o informale, (ad esempio AO Parma, AUSL Bologna) appare positiva in quanto garantisce maggiore competenza specifica, facilita la collaborazione e riduce il rischio che gli specialisti assegnino direttamente prescrizioni o limitazioni alla mansione. In presenza di più medici competenti poi, la presenza di specialisti di riferimento favorisce ulteriormente l'omogeneizzazione dei giudizi di idoneità. Inoltre, soprattutto per limitazioni alla movimentazione carichi, sembra utile stabilire collaborazioni con fisioterapisti non solo in fase diagnostica ma anche riabilitativa, così da ridurre i tempi necessari per l'erogazione delle prestazioni e monitorare il livello di recupero, definendo con lo specialista le attività che l'operatore può effettuare o gli eventuali aggiustamenti ergonomici necessari.

I casi di studio aziendali hanno poi messo in luce la grande rilevanza, per un'efficace gestione delle inidoneità e limitazioni, della qualità degli accertamenti sanitari prodotti dai medici competenti, che devono supportare il datore di lavoro nell'identificare le soluzioni organizzative più adeguate per ciascun operatore. Molto critici sono gli episodi in cui i medici competenti danno indicazioni decontestualizzate, prive di riferimenti alle caratteristiche degli ambienti di lavoro in cui i dipendenti operano¹. Ad essere problematica è più in generale la mancanza di standardizzazione nell'indicazione delle limitazioni, che può rendere difficile l'interpretazione e la valutazione, da parte della direzione sanitaria/infermieristica, degli interventi da realizzare, quali ad esempio la modifica del piano delle attività individuali, l'introduzione di ausili, l'affiancamento o il trasferimento in altro reparto. È invece importante che il medico competente si riferisca al piano di lavoro, specificando con chiarezza quali attività il singolo lavoratore può (o non può) svolgere, anche attraverso schede di limitazioni predefinite. Interessante in tal senso è l'esperienza della ULSS di Rovigo, dove è adottata una scheda limitazioni per MMC predefinita. Tale standardizzazione potrebbe inoltre essere facilitata dalla presenza di campi codificati negli applicativi informatici adottati per la sorveglianza sanitaria. Al contempo è parimenti importante che i piani di attività consentano al medico di effettuare valutazioni adeguate.

Una soluzione adottata in alcune Aziende analizzate che sembra rendere più snella la gestione di dipendenti con limitazioni è l'introduzione di DVR che classifichino i reparti in classi per livelli di rischio, consentendo così il trasferimento dei dipendenti tra reparti con livelli di rischio analoghi senza necessità di una nuova visita dal medico competente. Particolarmente interessante a questo proposito è il caso della AUSL di Bologna, dove i reparti vengono classificati in fasce per rischi relativi alla MMC, e il giudizio di idoneità espresso dal medico competente definisce pertanto l'idoneità a svolgere tutte le mansioni con movimentazione appartenenti ad una determinata fascia di rischio. Ciò da un lato rappresenta per il medico competente uno strumento semplice e standardizzato per esprimere il giudizio di idoneità, dall'altro rende più agevole alle direzioni e ai coordinatori la gestione dei dipendenti con limitazioni. Al contempo è necessario sottolineare come tale strumento debba essere necessariamente integrato da altre fonti informative che riportino gli altri potenziali fattori di rischio (biologico, turni notturni, ecc.).

Infine emerge nelle Aziende studiate un diffuso incremento delle visite su richiesta, che non appare connesso a motivazioni sanitarie, ma piuttosto a motivazioni di disagio organizzativo riferito alla sede di lavoro, all'attività svolta, agli orari o al rapporto con i colleghi. In altri casi si tratta di mancanza di mo-

¹ Esempi estremi di questo atteggiamento sono indicazioni quali «il dipendente non deve svolgere mansioni sovraccaricanti per il rachide» o «non può assumere ruoli di responsabilità», da cui è molto difficile trarre indicazioni per una corretta collocazione del personale.

tivazione dovuta ad esempio ad età elevata, ridotte possibilità di avanzamenti di carriera, mansioni ripetitive, scarsi incentivi (finanziari e non) e carenza di occasioni per la formazione. Tali dipendenti sono in alcuni casi incoraggiati dai rispettivi dirigenti/coordinatori a richiedere una visita dal medico competente, nella speranza di ricollocamento in altri reparti o servizi. Queste considerazioni appaiono particolarmente rilevanti in quei contesti (diffusi su tutto il territorio nazionale ma particolarmente in alcune regioni meridionali) in cui vi è un severo deficit di personale e in cui sono in corso processi di chiusura o accorpamento di reparti o presidi ospedalieri. I lavoratori infatti, per tutelarsi rispetto alla possibilità di essere spostati lontano dalla propria abitazione, tendono a richiedere il riconoscimento di inidoneità tali per cui possano evitare il trasferimento. Tale fenomeno è presente tra le Aziende analizzate; un caso esemplificativo è quello di una collaboratrice di un punto nascita della ASP di Potenza che aveva chiesto che le venissero riconosciute delle limitazioni “preventive”, così che quando il punto nascita in cui operava fosse stato chiuso avrebbe potuto chiedere di essere spostata nelle strutture del distretto invece di trasferirsi in un punto nascita più lontano. Un altro esempio di utilizzo strumentale e improprio della sorveglianza sanitaria per “risolvere” questioni che hanno più propriamente a che fare con la gestione del personale è quello del giudizio «L’operatore non può lavorare in otorinolaringoiatria», che verosimilmente è usata per essere trasferito da un servizio e un’équipe dove, per varie possibili ragioni, non si vuole più lavorare: anche in questo caso è con azioni di gestione del personale e non certo con i giudizi della sorveglianza sanitaria che le aspettative del dipendente devono essere affrontate.

Diverse sono le soluzioni gestionali e organizzative messe in campo per affrontare questo aumento delle visite su richiesta dei dipendenti. Tra le altre, si distinguono le esperienze in cui la richiesta di visita deve seguire una procedura formale, o laddove è previsto che si alleggi documentazione di supporto che consenta al medico competente di valutare se esistano i presupposti per la visita (ad esempio nella ULSS Rovigo e nella ASL della Valle d’Aosta). Interessante è anche il caso dell’AOR di Potenza, che ha attivato un collegio composto da tre medici con profili professionali diversi, il quale realizza congiuntamente le viste su richiesta e discute i casi più complessi. Tali pratiche, nell’opinione delle Aziende studiate, si sono rivelate efficaci per ridurre all’origine il numero di richieste non motivate.

4.1.3 La gestione della ricollocazione a seguito di giudizio d’idoneità parziale con limitazioni

Il coinvolgimento del medico competente nella gestione dei dipendenti con limitazioni è, nella maggior parte delle Aziende oggetto dei casi di studio, poco formalizzato. Non in tutti i casi egli viene informato della risposta organizzativa alla limitazione, e il suo parere viene chiesto solo nei casi più complessi, abi-

tualmente attraverso contatti informali con la direzione sanitaria/infermieristica o con i dirigenti/coordinatori del servizio. Interessante è l'esperienza della AOU di Parma, dove nei casi più complessi il medico competente consulta la specifica area "Programmazione ed allocazione del personale", presente all'interno della Direzione Servizio assistenziale, per acquisire informazioni sulla possibilità di un trasferimento o più semplicemente sull'impatto organizzativo derivante dal riconoscimento di limitazioni lavorative al dipendente in questione. Presso la AOR di Potenza è invece in essere un "collegio medico con funzioni di medico competente" che approva tutte le ricollocazioni. Una commissione per la gestione delle inidoneità complesse è presente all'AOU di Parma, sebbene poco utilizzata, ed era attiva presso la AO di Terni ma successivamente sciolta in quanto considerata poco funzionale. Da ciò emerge come l'assenza di momenti formalizzati possa essere problematica se il coordinamento informale è inefficace per vincoli logistici, problemi interpersonali, ecc. Viceversa si riconosce come l'eccessiva formalizzazione possa appesantire il sistema.

Di aiuto nell'identificazione di soluzioni gestionali alle limitazioni sembrano essere sistemi organizzativi centrati su macroaree anziché sui reparti. È infatti evidentemente più semplice gestire ed eventualmente riposizionare un operatore con limitazioni al loro interno; allo stesso modo è preferibile applicare – anche tra dipendenti senza limitazioni – logiche di invecchiamento attivo, di rotazione orizzontale e di percorsi professionali che valorizzino le competenze, all'interno dipartimenti o distretti anziché nell'ambito di unità operative di ridotte dimensioni.

Poco diffuse, ma interessanti, sono le esperienze di supporto all'attività del medico competente nella gestione di stress o disagio organizzativo attraverso l'attivazione di appositi sportelli di sostegno (ad esempio presso l'AUSL Bologna o la ULSS Rovigo). Una delle maggiori criticità nelle Aziende analizzate è infatti costituita dalle frequenti richieste formulate da parte dei lavoratori di vedersi riconosciute limitazioni in risposta a problemi organizzativi (ad esempio stress, qualità delle relazioni nei gruppi di lavoro, ecc.), che in questo modo potrebbero trovare una soluzione mirata e maggiormente efficace. Ben più rari, ma estremamente critici nelle Aziende analizzate, sono i casi di idoneità parziale dovuti a problematiche legate alle dipendenze o di natura psichica, in particolare in quei soggetti che non ammettono la presenza della dipendenza/patologia. Tali casi vengono gestiti attraverso confronti informali tra medico competente e direzione sanitaria/infermieristica, con l'eventuale supporto una valutazione psichiatrica o del Servizio Dipendenze. L'analisi dei due fenomeni non appena descritti suggerisce che, oltre alle attività di sorveglianza sanitaria, dovrebbero essere utilizzati nelle Aziende ulteriori strumenti mirati alla gestione nel personale in situazione di difficoltà.

Con riferimento ai sistemi informativi per la sorveglianza sanitaria, emerge come la maggior parte delle Aziende utilizzi semplici database excel. Tale situazione genera duplicazione dei dati, incomunicabilità tra i database dei diversi uffici nonché una scarsa standardizzazione delle informazioni che rende estremamente complesso il confronto interaziendale. Solo due Aziende (ASL Valle D'Aosta e ASP Potenza) hanno in funzione un applicativo dedicato, che però viene considerato non del tutto funzionale. Alla AOU di Parma invece è stato acquistato un *software* che risulta però inutilizzabile in quanto organizzato diversamente rispetto al DVR in uso, a conferma della necessità di coordinamento tra ruoli e strumenti a vario titolo coinvolti nella sorveglianza sanitaria.

Con riferimento ai ricorsi avversi ai giudizi di idoneità presentati ai servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro che operano all'interno dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, emergono in molti casi situazioni problematiche. Spesso accade che tale riesame smentisca le indicazioni e i giudizi espressi dai medici competenti, spingendoli a divenire reticenti nell'esprimere giudizi contrastanti l'interesse dei lavoratori, per il timore di un possibile ricorso da parte di questi ultimi. Esistono tuttavia (rare) esperienze di confronto e collaborazione, sia istituzionale che professionale. Ad esempio all'AOU di Parma i medici competenti e i medici delle commissioni ASL collaborano efficacemente e i protocolli di sorveglianza dei lavoratori sono condivisi e uniformati sul territorio regionale.

4.1.4 La comunicazione con le rappresentanze sindacali

Come prevedibile, i casi studio hanno messo in luce differenze interaziendali nel ruolo ricoperto dai sindacati nella prevenzione e gestione delle limitazioni. Nella maggior parte delle Aziende essi non intervengono direttamente, se non in rari casi, in questioni relative alle limitazioni, ma indirettamente attraverso i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, che spesso risultano essere componenti delle rappresentanze sindacali unitarie (RSU). Altre volte essi sono fortemente presenti, ad esempio in ASL Valle d'Aosta e AUSL Bologna, dove non è infrequente che tentino di esercitare pressioni nei confronti di medici competenti e direzioni infermieristiche/sanitarie relativamente a singoli giudizi e dipendenti. È emerso inoltre come la presenza di un numero elevato di sigle sindacali, con la conseguente competizione per gli iscritti, aumenti un certo approccio rivendicativo e riduca quel controllo sociale da parte dei colleghi iscritti al medesimo sindacato che garantirebbe una naturale riduzione delle richieste di tutela non giustificate dal punto di vista sanitario.

4.1.5 Ulteriori criticità percepite dagli attori coinvolti

Una criticità riscontrata in due Aziende (ULSS Rovigo e AUSL Bologna) è relativa all'elevata età anagrafica – e alle conseguenti limitazioni lavorative – dei dipendenti neo-assunti nei ruoli di OSS. L'esperienza della ULSS di Rovigo è significativa a tale proposito: gli OSS assunti nel 2014 (peraltro chiamati dalla graduatoria di un concorso svoltosi nel 2006) avevano, al momento dell'assunzione, un'età media superiore ai 50 anni e situazioni muscoloscheletriche spesso compromesse da anni di lavoro in RSA o in altri settori usuranti. E anche quando la visita preassuntiva aveva evidenziato idoneità parziali alla mansione non era stato possibile, a causa degli orientamenti dei tribunali del lavoro, non procedere all'assunzione. Tali casi, cresciuti nei recenti anni di crisi economica in cui tra i partecipanti ai concorsi si trovano candidati in età matura costretti a cercare una nuova occupazione, devono far riflettere su come possa diventare paradossalmente penalizzante per l'Azienda la politica, spesso incoraggiata, di assumere OSS invece che infermieri.

Sempre con riferimento ai ricorrenti vincoli all'efficacia delle visite preassuntive, è emblematico il caso di un lavoratore della ULSS di Bassano, selezionato tramite un bando istituito dall'Azienda, risultato inidoneo alla mansione dopo essere stato sottoposto a visita preassuntiva. A seguito del ricorso presentato allo SPISAL (Servizio Prevenzione Igiene Sicurezza Ambienti di Lavoro della ULSS), il dipendente è stato dichiarato idoneo a proficuo lavoro, ma non alle degenze in area medica. A causa di tale giudizio quindi l'Azienda è stata obbligata ad assumere una persona non idonea alla mansione per la quale il bando originariamente era stato istituito.

Si riscontra inoltre una complessiva assenza di chiarezza in merito alle funzioni attribuite alle diverse commissioni medico-legali esistenti. Capita che all'interno della stessa Regione (e in qualche caso all'interno della stessa Azienda) diversi medici competenti facciano ricorso a commissioni differenti per casi analoghi, o ignorino l'esistenza stessa di alcune commissioni. Sebbene l'intricata normativa in materia sia nazionale, le differenze interregionali nelle prassi applicative appaiono molto marcate. Inoltre alcune Aziende lamentano la scarsa conoscenza da parte di questi organi dei contenuti del lavoro nei contesti sanitari, le ridotte possibilità di confronto con l'Azienda, nonché l'assenza di meccanismi di controllo indiretto dell'operato di tali commissioni.

Infine, un ulteriore tema emerso in alcune delle Aziende riguarda la valutazione annuale delle prestazioni dei dipendenti con limitazioni fisiche. Appare infatti problematica l'eventuale assegnazione di incentivi per la produttività a dipendenti con limitazioni, soprattutto se percepite come poco giustificate da parte degli altri componenti del gruppo di lavoro. Al contempo, quando l'incentivo non viene riconosciuto, il dipendente facilmente si appella all'Organismo Indipendente di Valutazione per una valutazione di seconda istanza.

Tabella 4.2. Alcune dimensioni rilevanti nel confronto tra i nove casi studio

	ASL VdA	ULSS Bassano	ULSS Rovigo	AO Parma	AUSL Bologna	USL Umbria 2	AO Terni	ASP Potenza	AOR S. Carlo Potenza
<i>Inquadramento contrattuale MC</i>	Libero prof.	Dipendente	Uno dipendente uno in convenz.	Dipendenti, uno autorizzato	Dipendente	Dipendente	Dipendente ASL autorizzato	Dipendente	Dipendente
<i>Dotazione MC</i>	1 PT	1 FT + 1 PT	1 FT + 1 PT	6 PT	3 FT	1 FT + 1 PT	1 PT	4 PT	1 FT + 2 PT
<i>Supporto a MC</i>	4 operatori (attività amm.va)	1 operatore (attività amm.va e san.)	3 operatori (attività amm.va, san., formaz., DVR)	4 operatori (attività amm.va e san.)	12 operatori, (attività amm.va e san.)	3 operatori, (attività amm.va e san.)	1 operatore, (attività amm.va)	4 operatori (attività amm.va)	Supporto amministrativo della DS
<i>Sopralluoghi effettuati da</i>	SPP e RLS (MC poco presente)	SPP, MC e RLS	SPP e MC o suo staff (RLS poco presenti)	SPP, MC e RLS	SPP e RLS (a volte MC)	SPP, MC e RLS	SPP e MC (RLS poco presenti)	SPP e MC (ma difficoltà di esecuzione)	SPP e MC
<i>Omogeneità pratiche tra MC</i>	Unico MC	Elevata	Elevata (e coord. regionale)	Elevata	Ridotta (avviato coord. interaz.)	Ridotta	Unico MC	Ridotta	Elevata (e collegio per casi complessi)
<i>Rete specialisti</i>	Assente	Assente	Assente	Presente	Parzialmente presente	Assente	Assente	Assente	Assente
<i>Sistema informativo</i>	Applicativo, non pienamente funzionale	File excel	File excel	File excel (applicativo non utilizzato)	File excel	File excel diversi per MC	File excel	Applicativo, utilizzato non da tutti i MC	Cartaceo
<i>Influenza sindacati</i>	Elevata presso SITRA e DAZ	Moderata	Scarsa, ma «utilizzo» RLS a fini sindacali	Scarsa, ma «utilizzo» RLS a fini sindacali	Elevata presso MC e SITRA, «utilizzo» RLS a fini sindacali	Scarsa	Scarsa, ma «utilizzo» RLS a fini sindacali	Media, sovrapposizione RLS e RSU	Scarsa, ma «utilizzo» RLS a fini sindacali
<i>Supporto per stress/problemi org.vi</i>	Non presente	Non presente	Psicologo part time	Non presente	Psicologi part time	Non presente	Non presente	Non presente	Presente

4.2 Il dettaglio dei nove casi studio

4.2.1 Il Caso dell'Azienda USL Valle d'Aosta

4.2.1.1 Gli attori coinvolti nella sorveglianza sanitaria e nella prevenzione e protezione dei rischi

In Azienda USL Valle d'Aosta opera un unico medico competente in regime di libera professione, presente in Azienda due volte alla settimana. Tale configurazione è venuta a mutare nel corso del 2014; precedentemente infatti l'incarico era affidato ad una società di servizi che metteva a disposizione dell'AUSL tale figura professionale. Il recente cambiamento organizzativo e l'assenza di momenti formali di coordinamento hanno evidenziato alcune difficoltà nel raccordo delle attività fra SPP e medico competente.

La gestione amministrativa della sorveglianza sanitaria è affidata alla struttura semplice dipartimentale (SSD) medicina preventiva. Essa interviene nella gestione del *follow up* degli infortuni biologici dei lavoratori e opera in stretta collaborazione con il medico competente, supportandolo nella gestione delle varie tipologie di visite previste dall'articolo 41 del Decreto Legislativo 81/2008. L'ufficio conta una responsabile, due operatrici amministrative e un'assistente sanitaria.

Il servizio di prevenzione e protezione (SPP) conta invece cinque operatori, due impiegati in ambito amministrativo e tre in ambito tecnico sanitario, in aggiunta alla responsabile del servizio. Si segnala, inoltre, la presenza di un consulente esterno presente presso gli uffici del SPP in media quattro giorni al mese. Il SPP organizza la riunione prevista ex articolo 35 del Decreto Legislativo 81/2008, che vede partecipare la direzione strategica, il medico competente, il RSPP e i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza. Con l'esclusione di quest'ultima riunione periodica, non vengono previsti incontri di coordinamento tra SPP e medico competente in tema di sorveglianza sanitaria.

Gli RLS in Azienda sono 9, distribuiti in modo proporzionale rispetto alla numerosità di lavoratori afferenti alle diverse aree contrattuali e sono individuati dalla RSU. I loro compiti, la durata dell'incarico e le modalità di svolgimento dell'attività sono definiti da apposito regolamento condiviso con le organizzazioni sindacali.

4.2.1.2 Il processo di sorveglianza sanitaria

La gestione dell'intero processo di sorveglianza sanitaria viene effettuata sulla base delle procedure aziendali (PAZ 17 e 40), redatte dall'Azienda. Il processo della sorveglianza sanitaria inizia in occasione dell'effettuazione della visita preassuntiva; al momento dell'ingresso del nuovo dipendente esso viene assegnato ad uno dei gruppi di rischio omogenei previsti nel DVR. Ove non sia già

disponibile la valutazione del rischio specifico, il medico competente invia un'eventuale richiesta di chiarimenti sui contenuti dell'attività da svolgersi al direttore della struttura complessa (SC) presso cui avverrà l'inserimento della risorsa. Una volta definiti i rischi specifici della mansione in analisi, la SSD medicina preventiva insieme al medico competente attribuisce al lavoratore un protocollo sanitario che stabilisce la frequenza delle eventuali visite mediche periodiche e degli esami clinici da effettuarsi, utilizzando anche i dati di classificazione pervenuti da parte della SC fisica sanitaria. La scarsa presenza del medico competente presso l'Azienda tuttavia rende particolarmente critico l'aggiornamento dei protocolli e la loro assegnazione ai dipendenti.

La gestione delle visite periodiche viene demandata alle operatrici della SSD medicina preventiva. La gestione delle visite su richiesta avviene tramite la compilazione, da parte del dipendente, di un modulo su cui specificare il motivo della visita e a cui allegare eventuale documentazione di supporto. Tale richiesta viene poi valutata dal medico competente. Nella quasi totalità dei casi le richieste vengono accolte, ma la procedura favorisce una auto-selezione dei lavoratori.

L'intero processo di sorveglianza sanitaria è supportato dal *software* Canopo, che ha la potenzialità di integrare i dati dei diversi uffici (personale/RSPP/medico competente).

4.2.1.3 La gestione della ricollocazione a seguito di giudizio d'idoneità parziale con limitazioni

Il cambio di mansione viene effettuato, di concerto con la direzione generale, da parte della SC personale o da parte della SSD SITRA (servizio infermieristico, riabilitativo, della prevenzione e della professione ostetrica aziendale) per il personale afferente, solo a seguito di visita collegiale medica che attesti la inidoneità parziale o permanente del dipendente. Qualora il medico competente ritenga il lavoratore non idoneo alla mansione specifica, infatti, provvede ad una sospensione dell'attività lavorativa con certificato medico, richiedendo contestualmente l'attivazione del collegio medico; in caso di conferma della non idoneità o della necessità di provvedere con un trasferimento, si stabilirà la nuova allocazione della persona. Per tutto il personale afferente al SITRA ogni inserimento/trasferimento viene comunicato al SPP e alla SSD medicina preventiva, specificando la data di decorrenza e la struttura di destinazione. Tale nota viene inviata anche alla SC personale e, per le strutture complesse o le mansioni soggette a radioesposizione, anche alla SC fisica sanitaria.

Il SPP comunica al medico competente la nuova mansione assegnata alla risorsa. Il medico competente verifica se si presenti il bisogno di modificare il protocollo sanitario o di attivare una visita di cambio mansione: qualora non lo ritenga necessario, per esempio perché la limitazione riscontrata è di movimentazione manuale carichi o pazienti e la nuova mansione presenta un indice

MAPO inferiore rispetto a quella precedente, la SSD medicina preventiva invia al direttore della SC di destinazione e alla SC personale il giudizio precedentemente rilasciato; in caso contrario il medico competente procede alla valutazione dell'idoneità alla mansione del lavoratore.

4.2.1.4 La comunicazione con le rappresentanze sindacali e con i lavoratori

Le sei sigle sindacali presenti presso l'AUSL della Valle d'Aosta chiedono frequentemente alla direzione infermieristica e a quella del personale informazioni in merito alle valutazioni di idoneità dei dipendenti e le condizioni lavorative che conseguono alle prescrizioni del medico competente. Talora, su richiesta dei dipendenti, danno indicazioni sulle possibili riallocazioni che, laddove possibile, vengono accolte. La frequenza con cui tali confronti si verificano e il fatto che l'attenzione dei rappresentanti sia spesso focalizzata più sulle esigenze dei singoli lavoratori che sulla complessiva gestione degli organici fanno sì che su questo tema i rapporti dell'Azienda con le rappresentanze sindacali siano marcatamente conflittuali.

Oltre alle occasioni istituzionalizzate dall'articolo 35 del Decreto Legislativo 81/2008, gli RLS vengono regolarmente consultati preventivamente sugli atti inerenti la sicurezza e l'igiene del lavoro. Il clima di collaborazione con tali figure ha generato alcuni miglioramenti nella gestione delle inidoneità alla mansione specifica, contribuendo anche alla stesura di documenti sui temi della salute e della sicurezza condivisi da Azienda, rappresentanze sindacali e lavoratori.

4.2.1.5 Alcune criticità specifiche percepite dagli attori coinvolti

Una prima criticità riscontrata riguarda la gestione delle dipendenze, dell'alcolismo e dell'utilizzo di sostanze stupefacenti, soprattutto nelle situazioni di urgenza. Non esiste infatti alcuna procedura interna che stabilisca come agire in presenza di un dipendente alterato da alcol o sostanze; la prassi consolidatasi nell'Azienda è di far attendere il dipendente negli ambienti del pronto soccorso o sotto la supervisione del medico di reparto fino al recupero della lucidità.

Critici sono inoltre i casi in cui il medico competente assegna limitazioni, quali ad esempio l'impossibilità di presenziare ai turni notturni o di venire a contatto con i pazienti, che evidenziano una scarsa consapevolezza dell'organizzazione nel suo complesso e che costituiscono una soluzione inappropriata a problemi di natura psicosociale che andrebbero affrontati secondo altre modalità.

4.2.2 Il caso della ULSS di Bassano

4.2.2.1 Gli attori coinvolti nella sorveglianza sanitaria e nella prevenzione e protezione dei rischi

I medici competenti che si dedicano all'attività di sorveglianza sanitaria all'interno dell'ULSS 3 di Bassano sono due, uno dei quali prossimo al pensionamento. Essi sono supportati nella propria attività dall'operato di due infermiere, incaricate dell'organizzazione delle visite e dello svolgimento di attività vaccinale e prelievi.

Il servizio di prevenzione e protezione è composto da 3 operatori e un responsabile. Il DVR dell'ULSS 3 di Bassano è prevalentemente focalizzato sulla movimentazione manuale di carichi e pazienti, per la cui valutazione utilizza il metodo MAPO integrato dal metodo SUVA, che analizza le posture assunte dall'operatore durante lo svolgimento delle proprie attività. L'attenzione alla movimentazione è testimoniata anche dall'intensa attività di formazione degli operatori svolta tramite il Metodo di Movimentazione dei Malati ideato dal fisioterapista francese Paul Dotte, il quale ha tra gli obiettivi quello di contribuire a fornire maggior sicurezza negli ambienti di lavoro attraverso l'insegnamento di una specifica gestualità basata sull'utilizzo delle leve, che modifica il comportamento dell'uomo sottoposto al carico del lavoro.

4.2.2.2 Il processo di sorveglianza sanitaria

La calendarizzazione delle visite di sorveglianza sanitaria viene operata dalle infermiere a supporto dei medici competenti sulla base di quanto previsto dal protocollo sanitario, definito in relazione a quanto contenuto all'interno del DVR.

I due medici collaborano fra loro in modo costante e informale, confrontandosi per uniformare la formulazione dei giudizi di idoneità e per la gestione dei casi più complessi. Essi riportano infatti come sia frequente incontrare difficoltà nell'oggettivare le problematiche del lavoratore (come capire il grado di "mal di schiena" presentato?) o nel distinguere quali fra le molte attività che il lavoratore svolge non può più portare a compimento. Il confronto con il collega riduce inoltre possibili *bias* dovuti alla conoscenza personale o professionale degli operatori, che potrebbero influenzare il giudizio finale.

Qualora ritengano necessario un approfondimento specialistico per un caso in esame, essi possono richiedere consulenze *ad hoc* utilizzando un accesso rapido e riservato alle prestazioni specialistiche. Non è però presente una rete di professionisti stabile e formalizzata.

I dati più importanti relativi alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori sono contenuti in tabelle excel alimentate dalle professionalità descritte nel paragrafo precedente. Tali informazioni vengono estratte dai documenti prodotti

dal medico competente, che vengono trasmessi in cartaceo nei vari passaggi del processo di sorveglianza sanitaria per poi essere archiviati all'interno della cartella sanitaria del dipendente.

4.2.2.3 La gestione della ricollocazione a seguito di giudizio d'idoneità parziale con limitazioni

I documenti prodotti dal medico competente comprendono un giudizio in testo libero che da una definizione più generica si articola in una serie di limitazioni specifiche; un esempio è costituito dal divieto di sovraccaricare il rachide, che viene completato da una serie di indicazioni relative a quali attività concretamente il lavoratore può svolgere o meno.

La direzione delle professioni sanitarie gestisce autonomamente il dipendente con giudizio di idoneità parziale, attribuendogli nuove mansioni utilizzando le indicazioni contenute sul documento. Rispetto ai cambiamenti di mansione o ambito lavorativo conseguenti a tale giudizio non viene quindi richiesta al medico competente un'ulteriore autorizzazione.

I ricorsi avversi al giudizio del medico competente sono poco frequenti e, qualora si realizzino, solitamente si concludono con un incremento delle limitazioni già previste. In alcuni casi tuttavia i giudizi dello SPISAL non fanno riferimento alla mansione specifica, e si rivelano pertanto particolarmente problematici. Ne è un esempio il caso di un'ostetrica con problemi di lombosciatalgia che, richiesta conferma allo SPISAL per una sua esenzione dall'esecuzione di turni notturni (dove non avrebbe potuto ricevere dalle colleghe il supporto necessario a compiere le azioni più gravose), viene dichiarata idonea alla mansione di ostetrica presso il distretto. Tale pronunciamento ha reso necessario collocare la dipendente sul territorio invece che ridefinire le sue mansioni così da poterla impiegare, anche se con qualche limitazione, nel presidio in cui operava precedentemente.

4.2.2.4 La comunicazione con le rappresentanze sindacali e con i lavoratori

Nell'ULSS 3 di Bassano le organizzazioni sindacali appaiono poco focalizzate sul tema delle inidoneità alla mansione specifica. Prevalde in ogni caso l'attenzione ai singoli lavoratori piuttosto che all'organizzazione del lavoro nel suo complesso, non considerando che le attività non svolte dai lavoratori con limitazioni andranno ad incrementare il carico di lavoro di altri dipendenti. Gli RLS risultano invece limitatamente coinvolti nel processo di sorveglianza sanitaria.

4.2.2.5 Alcune criticità specifiche percepite dagli attori coinvolti

Una prima criticità riguarda i vincoli posti all'efficacia delle visite preassuntive. Ne è testimonianza il caso di un lavoratore, selezionato tramite un bando istituito dall'Azienda, che, risultato inidoneo alla mansione dopo essere stato sottoposto a visita preassuntiva, aveva presentato ricorso allo SPISAL; da quest'ultimo esso era stato dichiarato idoneo a proficuo lavoro, ma non alle degenze in area medica. A causa di tale giudizio quindi l'Azienda è stata obbligata ad assumere una persona non idonea alla mansione per la quale il bando originariamente era stato istituito.

In Azienda si evidenzia inoltre la difficoltà nel ridurre o eliminare le limitazioni ingiustificate dopo diversi anni in cui il lavoratore ne ha beneficiato. Ciò evidenzia la grande responsabilità del medico competente, in quanto i suoi giudizi hanno impatti sull'organizzazione per molti anni a seguire.

Ulteriore criticità presentata dall'Azienda è connessa all'applicazione della Legge 68/99 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili". Diversi dipendenti con inidoneità presentano patologie sia fisiche sia, soprattutto, psicologiche/psichiatriche (ad esempio depressione) che permetterebbero loro di rientrare nelle categorie protette. Diversi di loro però non sono disposti ad ammettere le proprie problematiche, soprattutto se di natura psichica o se connesse a dipendenze, non permettendo quindi al datore di lavoro di intervenire anche tramite la legge sopracitata, tutelando così sia il lavoratore che i pazienti.

Una possibile soluzione che viene prospettata per ridurre l'impatto del fenomeno delle inidoneità lavorative consiste nel ripensare la gestione del personale con limitazioni secondo macro-aree e non in base al reparto. Mentre infatti una sola persona con limitazioni influisce notevolmente sulla redistribuzione delle attività all'interno di un reparto, che possono essere modificate solo al margine e dove risulta difficile effettuare una reale programmazione, su una base più ampia l'impatto che ne deriva può essere meglio "assorbito" dall'organizzazione.

Appare infine imprescindibile il poter ri-inquadrare contrattualmente le persone con limitazioni, ad esempio facendole passare dal ruolo sanitario a quello amministrativo, quando sia questa la natura dei nuovi contenuti lavorativi. Il trasferimento di personale attualmente non si accompagna a una modifica del proprio inquadramento, elemento che genera iniquità e disparità di trattamento economico fra dipendenti assegnati alla stessa mansione (coloro che hanno profilo sanitario infatti solitamente hanno una remunerazione più alta). Tale situazione si rivela inoltre particolarmente svantaggiosa per l'Azienda, in quanto il personale sanitario assegnato ad attività di tipo amministrativo in ragione delle proprie limitazioni viene conteggiato nei minutaggi complessivi relativi all'assistenza nell'unità operativa di origine: al momento della redazione di questo caso aziendale per esempio, vi erano presso l'ULSS

circa quaranta fra infermieri e OSS impiegati in ambito amministrativo ma comunque formalmente ancora conteggiati secondo il ruolo precedente svolto.

4.2.3 Il caso della ULSS di Rovigo

4.2.3.1 Gli attori coinvolti nella sorveglianza sanitaria e nella prevenzione e protezione dei rischi

Presso la ULSS di Rovigo la sorveglianza sanitaria viene svolta da due medici competenti, uno dipendente e uno in convenzione, che svolgono la propria attività negli ambulatori istituiti presso i due presidi ospedalieri dell'Azienda, quello di Rovigo e quello di Trecenta. Essi sono affiancati da due assistenti sanitarie e da un'infermiera, che oltre a offrire supporto amministrativo e a svolgere attività sanitaria, collaborano alla stesura del DVR (ad esempio collaborando all'effettuazione delle valutazioni MAPO), alle attività formative sul rischio e allo svolgimento delle inchieste sugli infortuni.

Lo staff del servizio di prevenzione e protezione è composto da tre persone. Il RSPP partecipa agli incontri periodici organizzati dal coordinamento dei responsabili degli RSPP della Regione Veneto.

I rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza sono in totale dieci, tutti facenti parte della rappresentanza sindacale unitaria. Essi partecipano a sopralluoghi effettuati dal RSPP solo in determinate occasioni per specifici problemi da loro segnalati.

4.2.3.1 Il processo di sorveglianza sanitaria

La sorveglianza sanitaria è svolta secondo il protocollo, condiviso dai due medici competenti, che definisce modalità e periodicità degli accertamenti in relazione alle risultanze del DVR. Il protocollo viene aggiornato periodicamente anche tenendo in considerazione le linee di indirizzo emanate dal coordinamento regionale dei medici competenti della Regione Veneto. Tale coordinamento, nato su iniziativa della Regione nei primi anni duemila ma successivamente sviluppatosi per iniziativa dei medici coinvolti, organizza incontri formativi con cadenza annuale e incontri mensili per la discussione di casi complessi.

Il servizio del medico competente invita i lavoratori alle visite periodiche informando il direttore della struttura di appartenenza. Le assistenti sanitarie e l'infermiera, oltre a gestire le comunicazioni e il calendario delle visite, eseguono direttamente anche i prelievi ematici e le vaccinazioni.

La gestione delle visite su richiesta avviene tramite la compilazione, da parte del dipendente, di un modulo su cui specificare il motivo della richiesta e a cui allegare eventuale documentazione di supporto. Tale domanda viene poi valutata dal medico competente. Nella quasi totalità dei casi le richieste ven-

gono accolte perché è difficile a priori cogliere la pertinenza delle domande, ma la procedura sembra garantire comunque un certo effetto di auto selezione delle richieste.

Non è presente una rete di specialisti di riferimento, se non in rari casi, per le consulenze eventualmente richieste dal medico competente. Gli esami vengono prenotati internamente tramite CUP. Tale procedura mostra alcune criticità, sia collegate ai tempi di attesa sia, soprattutto, al rischio di scarsa integrazione (ad esempio quando gli specialisti danno specifiche indicazioni sulle limitazioni lavorative, sostituendosi nei fatti al medico competente).

Le informazioni sui dipendenti vengono oggi archiviate in un database informatizzato (excel). Non esiste un applicativo informatico specifico per la gestione della sorveglianza sanitaria che integri i dati dei diversi uffici (personale/RSPP/medico competente). È in fase di progettazione un *software*, unificato a livello regionale, per la gestione della sorveglianza sanitaria.

4.2.3.3 La gestione della ricollocazione a seguito di giudizio di idoneità parziale con limitazioni

La inidoneità o la limitazione viene espressa dal medico competente con un testo libero, ad eccezione di quelle relativa alla movimentazione manuale dei carichi, per la quale è stata condivisa a livello aziendale una scheda standardizzata (si veda l'Appendice). Il giudizio viene comunicato, nel rispetto della procedura aziendale sulla sorveglianza sanitaria, al dipendente, all'ufficio risorse umane e ai responsabili della struttura di afferenza del dipendente (direttore della struttura e del dipartimento o coordinatore infermieristico). Tutti i giudizi vengono inoltre inviati mensilmente alla direzione sanitaria (per il personale dirigente) o alla direzione infermieristica (per il personale del comparto).

Sulla base delle indicazioni che accompagnano il giudizio si valuta se debbano essere introdotti ausili, se debbano essere apportate modifiche al piano di lavoro (ad esempio esonero da alcune specifiche attività, presenza di secondo operatore, ecc.) o se il dipendente debba essere trasferito, temporaneamente o definitivamente. Nei casi più complessi la direzione sanitaria o infermieristica chiedono, tramite contatti informali, il parere del medico competente prima del trasferimento. Tutti i trasferimenti vengono poi comunicati al medico competente *ex post*.

Nella ULSS di Rovigo è stato inoltre creato un gruppo di lavoro sulle idoneità che ha messo a punto una procedura aziendale per tutti i casi che richiedono l'intervento di commissioni terze (quali la commissione medica di verifica del Ministero dell'Economia e delle Finanze oppure i cambi di qualifica) a cui partecipano, oltre ai medici competenti, anche il RSPP, la direzione del personale e quella delle professioni sanitarie. Tale procedura indica inoltre quali documenti e informazioni debbano essere inviati alle diverse commissioni.

Per la gestione dei casi di problemi psicologici e organizzativi, o di disagio lavorativo, il servizio di sorveglianza sanitaria viene supportato da una psicologa, disponibile a richiesta per alcune ore al mese. Nel corso del 2014 circa 15 persone hanno beneficiato di tale supporto.

4.2.3.4 La comunicazione con le rappresentanze sindacali e con i lavoratori

I rapporti con le rappresentanze sindacali appaiono moderatamente conflittuali. I medici competenti e la direzione infermieristica riportano periodiche istanze da parte dei sindacati; esse vengono ascoltate, con atteggiamento fermo di fronte a richieste ritenute improprie o a proteste successive ai trasferimenti. Negli ultimi anni solo in qualche sporadico caso sono state esercitate pressioni più forti su singoli casi. Viene percepito un approccio prevalentemente rivendicativo da parte delle sigle sindacali, che tutelano i rispettivi iscritti anziché – attraverso per esempio il sostegno alle attività di prevenzione e promozione della salute – la totalità dei lavoratori.

Si riscontra infine un ruolo abbastanza marginale degli RLS su questi temi. In alcuni casi essi mettono a disposizione le informazioni di cui sono in possesso (ad esempio il DVR) ai rappresentanti sindacali, ma non svolgono direttamente un ruolo di mediazione tra lavoratori e Azienda.

4.2.3.5 Alcune criticità specifiche percepite dagli attori coinvolti

Una criticità è relativa alle richieste di trasferimento motivate da disagi o esigenze personali. Sono infatti in marcato aumento le visite su richiesta nelle quali, per esempio, i dipendenti richiedono un trasferimento o l'esenzione da turni notturni sulla base di risultanze di visite psichiatriche effettuate esternamente all'Azienda.

Altre criticità, già menzionate al paragrafo 4.1.5, sono qui brevemente riprese.

Un problema riguarda la valutazione annuale delle performance dei dipendenti con limitazioni fisiche. Da un lato appare infatti problematico assegnare incentivi per la produttività a dipendenti con limitazioni, soprattutto se percepite come poco giustificate da parte degli altri componenti del gruppo di lavoro. Al contempo, se l'incentivo non viene dato, spesso il dipendente chiede la valutazione di seconda istanza.

Un'ulteriore criticità è relativa alla elevata età anagrafica – e alle conseguenti limitazioni lavorative – dei dipendenti neo assunti, soprattutto per i ruoli di OSS. La ULSS infatti ha effettuato l'ultimo concorso per OSS nel 2006, e i neoassunti chiamati nel 2014 da quella graduatoria avevano un'età media superiore ai 50 anni, con situazioni muscoloscheletriche spesso compromesse. Anche quando la visita preassuntiva evidenzia idoneità parziali alla

mansione risulta molto difficile, per vincoli di natura politica o l'orientamento dei tribunali del lavoro, non procedere all'assunzione.

Da ultimo, particolarmente critica appare la gestione dei dipendenti con problematiche legate a dipendenze o di natura psichica. I casi di sofferenza psichica identificati sono gestiti dal medico competente con il supporto del DSM, i casi di dipendenza invece con il SERD. Particolarmente delicate sono le situazioni in cui i dipendenti non sono consapevoli o non ammettono la presenza della patologia o dipendenza: in questi casi il medico competente si confronta con la direzione sanitaria o la direzione infermieristica e il dipendente viene inviato alla commissione medica di verifica regionale insieme ad una relazione scritta dal coordinatore/responsabile sui suoi comportamenti e agli altri documenti previsti nella procedura aziendale già menzionata.

4.2.4 Il caso della AUSL di Bologna

4.2.4.1 Gli attori coinvolti nella gestione delle inidoneità o idoneità parziali alla mansione specifica

Per gestire il processo di sorveglianza sanitaria, l'AUSL di Bologna ricorre ad una squadra di tre medici competenti interni all'Azienda e di dodici assistenti sanitarie territoriali. I medici riportano al coordinatore dei medici competenti, definito a livello interaziendale (il ruolo è attualmente ricoperto dal direttore dell'UO medicina del lavoro presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, che è anche professore ordinario presso l'Università di Bologna). Le grandi dimensioni dell'Azienda e la presenza di molte strutture territoriali rendono più difficile la conoscenza approfondita dei luoghi di lavoro e il coordinamento fra i professionisti che vi operano. I medici competenti controllano più sedi all'interno del territorio bolognese e realizzano in media 10-14 visite per giorno lavorativo. Le dodici assistenti sanitarie, oltre a offrire supporto amministrativo e a svolgere attività sanitaria (ad esempio vaccinazioni) collaborano nello svolgimento dei sopralluoghi e nelle indagini per contatti (ad esempio tubercolosi).

L'attività di prevenzione e protezione è in capo alla UOC sistemi per la sicurezza, a cui riportano la UO servizio di prevenzione e protezione area sud e centro, la UO servizio di prevenzione e protezione area nord e la UO fisica sanitaria.

Il DVR si configura come un documento in costante evoluzione, a motivo delle modifiche all'organizzazione, al *layout* dei locali, all'introduzione di nuove tecnologie. Il processo di aggiornamento del DVR coinvolge il medico competente, i RLS, il SSP e il responsabile della Direzione Assistenziale, Tecnica-Sanitaria e Riabilitativa (DATEr) dell'area, i dirigenti e preposti.

Gli RLS sono in totale 14, di questi quattro fanno parte della rappresentanza sindacale unitaria. Oltre alla riunione periodica in applicazione dell'arti-

colo 35 del Decreto Legislativo 81/2008 gli RLS si incontrano periodicamente sia con il direttore generale che con il RSPP da questi delegato per la funzione in analisi.

4.2.4.2 Il processo di sorveglianza sanitaria

Il processo di sorveglianza sanitaria presso l'AUSL di Bologna viene gestito secondo protocolli condivisi con l'AOU Sant'Orsola-Malpighi e l'Istituto Ortopedico Rizzoli. Viene utilizzata una cartella sanitaria unificata per registrare la documentazione relativa a visite ed esami clinici dei lavoratori, ed è in via d'introduzione una versione informatizzata di tale cartella. La gestione degli appuntamenti e delle visite periodiche spetta alle assistenti sanitarie.

Una volta al mese il coordinatore, i medici competenti e i coordinatori delle assistenti sanitarie delle due Aziende si incontrano al fine di discutere i casi più complessi in gestione e organizzare le attività. Tale integrazione è orientata all'arricchimento delle competenze personali, al progressivo allineamento dei criteri per le richieste di diagnostica e di consulenze e all'omogeneizzazione dei criteri di valutazione (particolarmente rilevante alla luce dell'elevata mobilità di personale tra le Aziende). Questi incontri sono finalizzati inoltre ad evitare la possibile sensazione di "isolamento" organizzativo dei medici competenti. Un incontro ulteriore, di frequenza variabile, viene realizzato al fine di discutere i casi di inidoneità alla mansione più delicati, legati per esempio alle tossicodipendenze o ai disturbi psichiatrici.

Tutte le visite su richiesta vengono accolte, l'Azienda infatti non utilizza meccanismi di filtro o selezione. Per le consulenze sono presenti, in alcuni casi, specialisti di riferimento (ad esempio psichiatri, oculisti) esperti in patologie occupazionali. La prenotazione delle visite specialistiche avviene tramite agende diverse dal CUP.

A partire dal 2014 è stato introdotto un nuovo modello di categorizzazione dei livelli di rischio dati dalla movimentazione manuale di carichi, che suddivide i diversi ambiti lavorativi in quattro fasce (A con rischio più elevato, B, C, D con rischio sostanzialmente trascurabile). Esso deriva dalla rielaborazione e dal raggruppamento delle valutazioni ottenibili da quattro metodi "tradizionali" di valutazione del rischio da movimentazione carichi, ovvero il Metodo Snook e Ciriello, il Metodo NIOSH, il Metodo MAPO e il Metodo Ambulatori/Servizi. Il giudizio di idoneità espresso dal medico competente secondo il modello in oggetto definisce pertanto l'idoneità a svolgere tutte le mansioni con movimentazione appartenenti ad una determinata fascia di rischio. Ciò da un lato rappresenta per il medico competente uno strumento semplice e standardizzato per esprimere il giudizio di idoneità, dall'altro rende più agevole alle direzioni e ai coordinatori la gestione dei dipendenti con limitazioni. Ogni dipendente è quindi idoneo a svolgere tutte le mansioni incluse nella classe di rischio, e può essere trasferito da un reparto/ambulatorio ad un

altro della stessa classe di rischio, qualora non vi siano differenze per altri rischi, senza bisogno di effettuare una nuova visita di idoneità.

4.2.4.3 La gestione della ricollocazione a seguito di giudizio di idoneità parziale con limitazioni

La inidoneità o la limitazione viene espressa dal medico competente con un testo libero. Il giudizio di inidoneità parziale viene comunicato alla DATeR e al responsabile dell'area di riferimento (ad esempio il responsabile infermieristico di dipartimento), nel caso del personale di comparto; al direttore della struttura cui il dipendente afferisce, nel caso del personale dirigente. Il medico competente non ha un ruolo formalizzato nel processo di ricollocazione, sebbene in diversi casi venga interpellato dalla DATeR o dai coordinatori/direttori di struttura. In tutti i casi, frequenti soprattutto per il personale del comparto, in cui risulta difficile gestire la limitazione a livello decentrato, la decisione sul ricollocamento viene assunta a livello centralizzato da parte della DATeR, tenendo in conto le esigenze di personale delle diverse articolazioni aziendali e le competenze specifiche di cui dispone il dipendente.

Più complessa è la gestione dei dipendenti con inidoneità derivanti da fattori psicosociali o dipendenze da alcol e droghe. In questi casi la gestione è di tipo informale e si sviluppa attraverso il confronto fra medico competente, DATeR/direzione aziendale e coordinatore/direttore di unità operativa. La principale criticità riscontrata è spesso quella di far ammettere ed accettare il disagio al dipendente, così da avviare un percorso di cura che coinvolga lo specialista psichiatra.

A supporto invece dei dipendenti che manifestano problemi di disagio lavorativo nel team professionale, una forte attività di supporto viene offerta da un gruppo di sostegno composto da psicologi, creato *ad hoc* in Azienda; essi prendono in carico il caso e, tramite una serie di incontri con il personale interessato, individuano le possibili soluzioni, possibilmente coordinandosi con le direzioni di riferimento.

4.2.4.4 La comunicazione con le rappresentanze sindacali e con i lavoratori

Il confronto con le organizzazioni sindacali riguardo al tema delle idoneità lavorative avviene sia ai tavoli formali che a livello informale, in quanto i rappresentanti sindacali sono interlocutori di DATeR, direttori di struttura, coordinatori e medici competenti. Il ruolo dei sindacati e dei patronati è molto forte anche in relazione alle domande per il riconoscimento delle malattie professionali; è infatti quest'ultimo soggetto che è risultato più frequentemente coinvolto nell'attivazione delle procedure per il riconoscimento. Poche di esse si concludono però con esito positivo, in quanto prive dei requisiti necessari.

I rappresentanti sindacali hanno un rapporto diretto e frequente non solo con la direzione aziendale e il DATeR, ma anche con i medici competenti e il SPP, che sono nei fatti chiamati a svolgere un ruolo di interlocutore datoriale che non è loro proprio. L'Azienda lamenta a tale proposito un approccio prevalentemente rivendicativo da parte delle organizzazioni sindacali, orientato più alla tutela delle singole istanze dei lavoratori che alla funzionalità dell'Azienda nel complesso. Ad esempio ritiene che in alcuni casi il personale, su incoraggiamento dei rappresentanti sindacali, faccia richieste di visita al medico competente motivate, più che dall'insorgenza di problemi di natura psicofisica o di disagio, dal desiderio di vedersi riconosciuta una limitazione che consenta di evitare una richiesta di trasferimento da parte dell'Azienda, o viceversa per ottenere un trasferimento in altra collocazione più gradita.

4.2.4.5 Alcune criticità specifiche percepite dagli attori coinvolti

Una prima criticità individuata dall'Azienda è l'incremento dei casi di limitazioni nel personale neoassunto, dovuta anche alla presenza nei concorsi di candidati in età matura. Sono sempre più frequenti infatti i casi di candidati, ad esempio nei concorsi per OSS, che sono stati costretti in età matura a cercare un nuovo lavoro avendo perso quello precedente a causa della crisi economica.

Inoltre, sebbene il problema delle idoneità parziali sia stato storicamente relativo al personale del comparto, l'Azienda riscontra come stia progressivamente aumentando il numero di limitazioni anche nella dirigenza. Se ciò da un lato rappresenta una criticità, dall'altro ha contribuito a portare il problema all'attenzione della direzione aziendale e dei decisori politici più di quanto non avvenisse in passato.

Viene poi riportata una certa eterogeneità nel ricorso alla diagnostica e alle consulenze e nei criteri di valutazione adoperati dai medici competenti. Più in generale, si riporta il rischio che il medico competente sia lasciato solo di fronte alle rivendicazioni dei dipendenti, alle richieste dei sindacati e alle lamentele da parte dell'Azienda. Ciò può determinare un certo isolamento e comportamenti definibili come di "medicina difensiva" da parte del medico. L'attività di incontri periodici e di scambio di esperienze a livello metropolitano recentemente avviata dall'Azienda va proprio nella direzione di ridurre questo possibile isolamento, favorire la conoscenza reciproca e crescere l'allineamento e la collaborazione all'interno del gruppo dei medici e tra medici e altri interlocutori aziendali.

Con riferimento al modello di classificazione dei luoghi di lavoro in fasce di rischio, un elemento di attenzione è che tale classificazione tiene conto solo dei rischi relativi alla movimentazione. Esso non può pertanto essere l'unico riferimento nel momento di definire il trasferimento di personale da un reparto all'altro, ma deve necessariamente essere integrato da fonti informative che ri-

portino gli altri potenziali fattori di rischio (biologico, turni notturni, ecc.). Inoltre, pensando ai trasferimenti di personale infermieristico, è evidente come debbano essere tenuti in considerazione i livelli di competenza specifici richiesti dalla pratica assistenziale nei diversi reparti.

Come riscontrato in altri contesti aziendali, si evidenzia come richieste improprie di *part-time*, di riconoscimento dello stato di disabilità ex Legge 104/1992 o di riconoscimento di malattie professionali rappresentino una fonte di iniquità nei confronti degli altri lavoratori, costretti a compensare le mansioni non svolte per i motivi appena citati. Una possibile soluzione al fenomeno delle idoneità parziali alla mansione potrebbe essere una maggiore flessibilità da parte dell'Azienda nel concedere la mobilità interna; flessibilità che tuttavia dovrebbe fare i conti con le esigenze poste dalle riorganizzazioni, dai vincoli contrattuali e dai tetti di spesa per il personale.

Da ultimo, come sopra evidenziato, si riscontra una presenza eccessiva e un approccio rivendicativo da parte dei sindacati, che rende difficile una proficua collaborazione. L'Azienda segnala come vi potrebbero essere ambiti in cui il contributo attivo dei sindacati potrebbe essere prezioso, come per esempio la promozione dei comportamenti di prevenzione (utilizzo ausili, partecipazione a corsi di ginnastica in orario di lavoro, formazione su tematiche relative alla sicurezza e alla promozione di sani stili di vita).

4.2.5 Il caso della AOU di Parma

4.2.5.1 Gli attori coinvolti nella sorveglianza sanitaria e nella prevenzione e protezione dei rischi

All'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma operano cinque medici competenti a tempo parziale, uno dei quali si dedica esclusivamente alla sorveglianza sanitaria riservata agli specializzandi presenti presso la struttura, e un medico autorizzato di ruolo presso un'Azienda Ospedaliera lombarda. Essi vengono supportati nella loro attività da quattro infermiere, che si occupano della calendarizzazione delle visite e svolgono attività sanitarie non specialistiche come l'effettuazione di prelievi o vaccinazioni.

I medici competenti si avvalgono poi di una rete di specialisti di riferimento non formalizzata. Si ritiene infatti che, al fine di non incrementare la variabilità di giudizio insita nella presenza di cinque medici competenti diversi, sia necessario rivolgersi agli stessi professionisti per eventuali approfondimenti dei disturbi presentati dai lavoratori.

Il servizio di prevenzione e protezione aziendale conta invece un responsabile, con formazione ingegneristica, quattro collaboratori (più precisamente un ingegnere, un architetto, un chimico e un tecnico di radiologia) e un tecnico. Il SPP coordina una squadra di emergenza interna composta da un coordinatore e diciannove operatori (elettricisti, idraulici, ecc.). Infine, il numero de-

gli RLS è pari a nove unità: sette in rappresentanza dell'area comparto e due in rappresentanza della dirigenza.

4.2.5.2 Il processo di sorveglianza sanitaria

Una volta assunti, ai lavoratori vengono attribuiti dei protocolli sanitari tratti da quelli creati dal coordinamento regionale fra medici competenti e RSPP. Saranno quindi le infermiere a supporto del processo di sorveglianza sanitaria a organizzare le visite sulla base del protocollo e delle indicazioni del medico competente.

Sulla periodicità dei controlli hanno un peso rilevante due elementi: i rientri da malattia e le visite su richiesta. L'AOU di Parma infatti presenta un elevato tasso di quest'ultimo tipo di verifiche, che vengono concesse in relazione ai rischi lavorativi cui il dipendente è soggetto e alla possibilità di un aggravamento del suo stato di salute in caso di permanenza nello stesso ambiente lavorativo. Questa tipologia di visite rappresenta un'attività particolarmente onerosa per la sorveglianza; a tale riguardo, basti considerare che nel corso del 2014, 87 persone hanno richiesto più di 500 visite su richiesta. Al momento della redazione del presente caso (novembre 2015), gli attori coinvolti dal processo di sorveglianza sanitaria stanno elaborando un percorso condiviso che regoli le visite su richiesta; il processo attuale infatti presenta tempistiche eccessivamente dilatate per l'espressione del giudizio, che raggiungono anche i due mesi, a causa dell'intervento di professionalità diverse. Non è tuttavia interesse dei professionisti in oggetto accorciare eccessivamente la durata di tale percorso, che costituisce un meccanismo indiretto di autoselezione per le richieste non appropriate, in quanto scoraggia i dipendenti a presentare domande di visita strumentali o infondate.

Una volta conclusasi la visita e prima dell'emissione del giudizio, per i casi più complessi o che comporterebbero limitazioni particolarmente gravose il medico competente consulta l'area "Programmazione ed allocazione del personale", presente all'interno della "Direzione Servizio assistenziale", così da acquisire informazioni sulla possibilità di un trasferimento o più semplicemente sull'impatto organizzativo derivante dal riconoscimento di limitazioni lavorative al dipendente in questione. Al fine di ottenere informazioni più complete, vengono contattati inoltre in via informale la caposala e il dirigente del servizio. Una volta formulato il giudizio, esso viene riportato all'interno di una cartella formalizzata in testo libero; il giudizio viene in seguito trasmesso al servizio assistenziale e applicato.

La redazione in cartaceo dei documenti di sorveglianza sanitaria è una condizione dettata dalle contingenze presenti all'interno dell'AOU. L'Azienda possiederebbe un *software* specifico per la gestione di tale processo, che risulta però inutilizzabile in quanto organizzato diversamente rispetto al DVR in uso. Quest'ultimo definisce infatti i rischi in base al luogo in cui il dipendente opera

(il padiglione dell'ospedale) e alle tipologie di lavorazione attuate, mentre il *software* acquistato li articola in base al profilo professionale. Il programma potrebbe quindi potenzialmente estrarre in automatico dal DVR il profilo di rischio del lavoratore; tuttavia quest'ultimo andrebbe inserito in un linguaggio comprensibile dal sistema, convertendo la valutazione ambientale in valutazione alla mansione. Ad ogni modo, il DVR risulta particolarmente importante per costituire un documento specifico che espliciti i rischi alla mansione, la cosiddetta "scheda occupazionale", generata dalla collaborazione fra SPP e il coordinamento infermieristico e attribuita a ciascun lavoratore. Esso è facilmente accessibile a coloro che si occupano del processo di sorveglianza sanitaria ed è in costante evoluzione; un caso di trasformazione del DVR è rappresentato per esempio dalla classificazione della formaldeide come sostanza cancerogena, elemento che ha attivato l'adeguamento del DVR ai nuovi protocolli di sorveglianza per i lavoratori esposti alla sostanza e l'identificazione dei dispositivi di protezione individuali necessari alla loro tutela.

4.2.5.3 La gestione della ricollocazione a seguito di giudizio d'idoneità parziale

Come detto il medico competente partecipa alla definizione *ex ante* dell'eventuale cambio mansione; non gli è pertanto richiesto di approvarla *ex post*. Emerge come in alcuni casi la ricollocazione sia ostacolata dagli stessi lavoratori, anche a motivo della dedizione al proprio lavoro e al proprio gruppo. È questo il caso di due esempi recenti: uno riguarda un dipendente cardiopatico che non voleva essere trasferito dal Pronto Soccorso mettendo a rischio la propria salute; l'altro riguarda una persona in neurochirurgia che in seguito ad un infarto richiedeva le ferie pur di non essere sottoposto a visita ed essere spostato dal proprio reparto.

La gestione dei ricorsi avversi al giudizio del medico competente costituisce una particolarità dell'Azienda. Nell'AOU di Parma infatti i medici competenti percepiscono la commissione AUSL dedicata a questa attività (SPSAL) come un alleato nell'approfondimento dei giudizi, uniformati sul territorio regionale in ragione dei protocolli di sorveglianza dei lavoratori condivisi fra le diverse AUSL. Un ulteriore elemento che favorisce l'allineamento di medici competenti e Commissione AUSL è la conoscenza personale e la stima professionale tra i medici, consolidatesi nel corso del tempo. Il lavoratore viene informato della possibilità di ricorrere, spesso per avere un parere neutrale sul giudizio formulato. L'esito netto di questa procedura è che nel 2014 sono stati presentati 17 ricorsi contro il giudizio del medico competente; in nove casi i giudizi sono stati integrati da ulteriori prescrizioni e/o limitazioni e in otto casi sono stati confermati; nei primo dieci mesi del 2015 invece sono stati presentati 15 ricorsi di cui cinque hanno confermato il giudizio del medico competente e quattro lo anno integrato.

4.2.5.4 La comunicazione con le rappresentanze sindacali e con i lavoratori

La cooperazione con i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza è stata, in questa struttura e per qualche tempo, difficoltosa. Gli RLS infatti percepivano il ruolo del medico competente come alleato del datore di lavoro, a svantaggio dei dipendenti. Essi a volte avanzavano richieste strumentali non legate alla sicurezza e alla medicina del lavoro, ma utilizzate come una leva di pressione nella negoziazione con l'Azienda. Superati i momenti di contrasto, il RSPP, i medici competenti e gli RLS dell'Azienda hanno instaurato un proficuo rapporto di collaborazione che ha permesso di ridurre il numero di riunioni formali di coordinamento a vantaggio di comunicazioni informali, perlopiù frequenti, rapide e telefoniche. I momenti di confronto, talvolta anche aspro, naturalmente rimangono nonostante il miglioramento delle relazioni, e solitamente sono legati alla diversa appartenenza sindacale degli RLS, molti dei quali sono anche componenti della RSU.

Gli scontri fra sindacati e le conseguenti ricadute sull'organizzazione aziendale sono frequenti e talvolta creano situazioni di complessa gestione. Ciò è accaduto per esempio quando è stata formalizzata una procedura che prevede la movimentazione delle barelle da due operatori; solo un'attività di mediazione e formazione è riuscita a fare fronte ad una forte opposizione degli operatori e dei sindacati che richiedevano un raddoppio del personale.

4.2.5.5 Alcune criticità specifiche percepite dagli attori coinvolti

Un primo elemento di criticità che viene segnalato è lo scarso utilizzo di uno strumento che risulta potenzialmente attivo: il tavolo tecnico per la gestione dei casi complessi, finalizzato al supporto del datore di lavoro nella ricollocazione dei lavoratori. Tale tavolo, composto dai medici competenti, dal direttore del servizio di medicina preventiva, igiene ospedaliera e sicurezza igienico-sanitaria, dal RAD, dal servizio assistenziale e dal servizio di prevenzione e protezione, fra 2011 e 2014 ha gestito circa una sessantina di casi.

Funzionale appare invece il coordinamento provinciale dei medici competenti delle Aziende pubbliche e private presenti su territorio, ovvero l'“Associazione Parmense dei Medici del Lavoro”. L'adesione è volontaria ma la partecipazione è elevata, anche da medici che lavorano fuori provincia.

Ulteriore difficoltà riscontrata dall'AOU di Parma nel processo di sorveglianza sanitaria è costituita dalla gestione dei giudizi di inidoneità permanente o, più di frequente, temporanea, definiti dal collegio medico di verifica regionale. I dipendenti che ottengono tali giudizi da parte di questo organismo, poiché inidonei alla qualifica professionale e non solo alla mansione attualmente svolta, vengono collocati in malattia riducendo così l'organico disponibile. L'Azienda lamenta la scarsa conoscenza da parte di quest'organo dei contenuti del lavoro nei contesti sanitari, la scarsa possibilità di confron-

to con l'Azienda, nonché l'assenza di meccanismi di controllo indiretto (ovvero di ricadute sul collegio stesso delle conseguenze dei giudizi emessi) del suo operato.

In terzo luogo, una criticità nella gestione del personale è costituita dalla difficoltà di motivare alcuni dipendenti nello svolgimento delle proprie attività lavorative. Dipendenti con un'età elevata, ridotte possibilità di avanzamenti di carriera, mansioni ripetitive, scarsi incentivi (finanziari e non) e formazione, risultano maggiormente propensi a richiedere una visita per accertare le proprie limitazioni all'attività svolta così da ridurre il carico lavorativo. Un esempio di questa tendenza è rappresentato da coloro che, ottenuta la prescrizione di fermarsi ogni ora per fare una pausa di dieci minuti, non sono disposti a cooperare nel caso in cui si presenti un'urgenza, incrementando il carico di lavoro dei colleghi e il rischio per i pazienti. Anche le caposala, per favorire il ricambio del personale problematico, a volte paradossalmente vedono favorevolmente l'emersione di nuove limitazioni, e a tal fine invitano coloro che hanno condizioni di salute più precarie a richiedere una visita al medico competente nella speranza di una loro ricollocazione in altri reparti o servizi.

Anche l'ambiente lavorativo, ovvero l'AOU, è considerato un punto critico per il processo di sorveglianza sanitaria, poiché rende più facile ai dipendenti accedere ai servizi sanitari (visite specialistiche, accertamenti diagnostici, ecc.).

Come in altri casi aziendali, appare particolarmente difficile la gestione delle dipendenze da alcool e sostanze (tossicodipendenza) senza incorrere nel rischio di ledere la *privacy* dei dipendenti, in quanto spesso questi ultimi non sono disposti ad ammettere la propria condizione.

Infine, anche la gestione delle malattie professionali è complessa, poiché esse vengono diagnosticate da altri medici, principalmente il MMG del lavoratore, e non dal medico competente. Nel 2014 sono state nove le richieste di riconoscimento di malattie professionali, tutte rifiutate dall'INAIL. Nei primo dieci mesi del 2015 le richieste sono state undici, di cui due riconosciute (ernie discali).

4.2.6 Il caso della USL Umbria 2

4.2.6.1 Gli attori coinvolti nella sorveglianza sanitaria e nella prevenzione e protezione dei rischi

Presso la USL Umbria 2 operano due medici competenti: il primo è responsabile dell'area della ex ASL 3 (Cascia, Foligno, Norcia, Spoleto), per un totale di circa 2.000 dipendenti, mentre il secondo è responsabile dell'area della ex ASL 4 (Amelia, Narni, Orvieto, Terni), per un totale di circa 1.800 dipendenti. Quest'ultimo è inoltre medico competente anche per l'Azienda Ospedaliera di Terni, e divide la sua attività settimanale tra le due strutture. I due medici sono

dipendenti dell’Azienda ed effettuano le visite spostandosi tra le diverse strutture di loro competenza.

La gestione della banca dati dei dipendenti in relazione alle attività di sorveglianza sanitaria e il supporto ai medici competenti nel fissare gli appuntamenti per le visite periodiche è in capo a quattro persone: tre infermiere coadiuvano il medico che opera nel territorio della ex ASL 3 e un amministrativo collabora con il medico della ex ASL 4.

Lo staff del servizio di prevenzione e protezione dell’USL Umbria 2 è invece composto da cinque persone: quattro tecnici della prevenzione e un amministrativo, a cui si aggiunge il responsabile del SPP.

Infine, i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza sono diciotto, di cui alcuni facenti parte della rappresentanza sindacale unitaria. Essi partecipano ai sopralluoghi effettuati dal RSPP.

4.2.6.2 Il processo di sorveglianza sanitaria

La sorveglianza sanitaria è svolta secondo i protocolli definiti da ciascuno dei due medici competenti. Essi operano in autonomia, senza momenti di coordinamento formali o informali. Anche la documentazione di ciascun lavoratore è conservata in due archivi separati. Le origini di tale organizzazione risalgono alle modalità di lavoro precedenti l’accorpamento tra le Aziende, delle quali i due professionisti erano i medici competenti. Non sembra pertanto essersi ancora avviato un processo di condivisione e omogeneizzazione delle pratiche professionali.

Per le consulenze non è presente una rete di specialisti di riferimento esperti in patologie occupazionali e la prenotazione delle visite avviene tramite CUP.

La convocazione dei dipendenti e la gestione del calendario delle visite è in capo ai collaboratori dei medici competenti e rispetto alle visite periodiche l’Azienda riscontra un’adeguata *compliance* da parte dei dipendenti. Lo *staff* del medico della ex ASL 3, oltre a svolgere la gestione amministrativa della sorveglianza sanitaria, esegue direttamente anche i prelievi ematici. Emerge anche in questo caso una consistente crescita del numero di visite su richiesta, rispetto alle quali l’Azienda non utilizza meccanismi di filtro o selezione.

Le informazioni sui dipendenti vengono oggi archiviate in *database* informatizzati (excel) distinti, uno presso ciascun ufficio dei medici competenti, e un altro (per il solo personale del comparto) presso il servizio infermieristico, tecnico, riabilitativo e ostetrico (SITRO). Rispetto a tale tematica, si segnala che la USL Umbria 2 ha recentemente acquistato un *software*, non ancora attivo, per la gestione della sorveglianza sanitaria, che consentirà di evitare le duplicazioni.

4.2.6.3 La gestione della ricollocazione a seguito di giudizio d' idoneità parziale con limitazioni

Nel caso dell'USL Umbria 2, l'inidoneità o la limitazione vengono espresse dal medico competente con un testo libero: non sono infatti presenti forme di codifica standardizzate. Al termine della visita, il medico competente consegna il giudizio al dipendente e ne invia copia alla direzione generale dell'Azienda; egli inoltre lo manda al SITRO e ai referenti per ciascuna professione (per il personale del comparto) o al dirigente di struttura di afferenza (per i dirigenti). Tali soggetti valutano poi se il dipendente possa essere mantenuto nella precedente collocazione organizzativa nel rispetto delle limitazioni, o se si renda necessario un trasferimento. Tali decisioni vengono sempre proposte al medico competente che esprime su ciascuna il proprio parere. Anche in questo caso prima del trasferimento viene effettuata la visita di cambio mansione, a meno che il dipendente venga trasferito in reparti con livelli di rischio inferiori.

In alcuni casi, quando le limitazioni indicate dal medico competente sono particolarmente significative e il dipendente è prossimo all'età pensionabile, si valuta se inoltrare una richiesta di esonero alla commissione medica deputata, così da avviare il dipendente verso il pensionamento.

La comunicazione fra i due medici competenti e il responsabile del SITRO ha luogo informalmente tramite mail, fax, telefono. Con uno dei due medici si svolgono incontri di persona con cadenza almeno quindicinale in cui vengono discussi i casi più complessi. Gli incontri tra i due medici competenti sono più sporadici e ostacolati anche dalla lontananza tra le rispettive sedi di lavoro, elemento che non favorisce la collaborazione e l'identificazione di soluzioni condivise.

Anche in questa Azienda i dipendenti che fanno ricorso al giudizio del medico sono pochi, nell'ordine di qualche unità all'anno.

4.2.6.4 La comunicazione con le rappresentanze sindacali e con i lavoratori

Analogamente all'esperienza della AO di Terni, di seguito descritta, i rapporti con le organizzazioni sindacali non appaiono conflittuali. Né i medici competenti né i responsabili del SITRO o della direzione del personale riportano di essere stati oggetto di richieste o pressioni in tal senso. In particolare, ciò sembra dovuto alla consapevolezza, da parte dei rappresentanti sindacali, che una tutela ingiustificata per il singolo lavoratore ha delle forti ricadute sul carico di lavoro e sulla motivazione degli altri dipendenti.

Infine, si segnala un ruolo relativamente marginale degli RLS su questi temi.

4.2.6.5 Alcune criticità specifiche percepite dagli attori coinvolti

Un primo elemento critico individuato dall'Azienda è rappresentato dall'elevato numero di richieste di esonero dai turni notturni. L'eventuale concessione dell'esonero, infatti, genera malumori all'interno del gruppo di lavoro, in quanto il carico di lavoro per il personale idoneo aumenta.

Un ulteriore elemento di criticità, citato anche in numerosi altri casi aziendali, è dato dalla gestione dei dipendenti con problematiche psichiche o di dipendenza. L'Azienda affronta queste problematiche con la sospensione temporanea dall'attività lavorativa, seguita da un trasferimento del dipendente in aree a minor contatto con il paziente e dall'alleggerimento dei carichi di lavoro o l'esclusione dai turni notturni (spesso incompatibili con l'assunzione di psicofarmaci).

4.2.7 Il caso della AO di Terni

4.2.7.1 Gli attori coinvolti nella sorveglianza sanitaria e nella prevenzione e protezione dei rischi

Presso l'AO Santa Maria di Terni la sorveglianza sanitaria viene svolta da un medico competente presente in Azienda da circa dieci anni, assunto alle dipendenze dell'USL Umbria 2 e autorizzato allo svolgimento dell'attività in convenzione presso l'Azienda Ospedaliera. Attualmente è presente in AO due giorni alla settimana. Egli viene supportato nella sua attività da un collaboratore di ruolo amministrativo, che si occupa della gestione della banca dati relativa alle attività di sorveglianza sanitaria dei dipendenti e degli appuntamenti per le visite periodiche, calendarizzate in base ai protocolli sanitari assegnati ai lavoratori.

Lo *staff* del servizio di prevenzione e protezione è composto da quattro persone: un tecnico della prevenzione, un OSS, un infermiere e un amministrativo, a cui si aggiunge il responsabile del servizio. Vi sono inoltre collaboratori esterni presso il servizio infermieristico tecnico riabilitativo ostetrico (SITRO) e presso la direzione medica di presidio (DMPO).

Gli RLS sono in totale sette, di cui uno facente parte della rappresentanza sindacale unitaria. Essi intervengono alle riunioni periodiche, mentre non partecipano abitualmente ai sopralluoghi.

4.2.7.2 Il processo di sorveglianza sanitaria

Il processo di sorveglianza sanitaria viene eseguito secondo i protocolli definiti dal medico competente per tutti quei dipendenti che svolgono attività a rischio secondo quanto indicato nel DVR dell'Azienda. La presenza di un unico me-

dico garantisce l'omogeneità nei protocolli adottati e nella prescrizione di approfondimenti diagnostici o consulenze.

Per le consulenze non è presente una rete di specialisti di riferimento esperti in patologie occupazionali, ad eccezione di quelle fisiatriche. La prenotazione delle visite avviene tramite un canale preferenziale, senza passaggio dal centro unico di prenotazione (CUP).

La convocazione dei dipendenti e la gestione del calendario delle visite è in capo al collaboratore amministrativo del medico competente, ad esclusione dei dipendenti di ruolo amministrativo, per i quali le convocazioni sono gestite dall'ufficio personale. In tali attività collabora anche il SITRO, in particolare con riferimento alle visite per il rientro in servizio dei dipendenti che si sono assentati per più di sessanta giorni consecutivi.

In generale, le attività di sorveglianza sanitaria richiedono numerosi solleciti ai dipendenti affinché svolgano le visite mediche previste, il che determina l'accumularsi di ritardi rispetto ai protocolli previsti. Sono invece frequenti e in aumento le visite su richiesta, prevalentemente legate a problemi derivanti da movimentazione manuale di pazienti o carichi. All'interno di questa tipologia di visite, numerose vengono percepite dal medico competente come non appropriate. Si ritiene che ad incentivare tale fenomeno potrebbe contribuire l'assenza di meccanismi di filtro o selezione, in quanto tutti i dipendenti che fanno richiesta vengono visitati.

Le informazioni sui dipendenti vengono ad oggi archiviate in due banche dati informatiche (excel) distinte, una presso l'ufficio del medico competente e una seconda (per il solo personale del comparto) presso il SITRO. Recentemente l'Azienda ha acquistato un *software*, non ancora attivo, per la gestione della sorveglianza sanitaria, che dovrebbe evitare tali registrazioni duplicate e rendere maggiormente fruibili le informazioni.

4.2.7.3 La gestione della ricollocazione a seguito di giudizio d'idoneità parziale con limitazioni

Una volta espresso un giudizio di inidoneità o idoneità parziale alla mansione, il medico competente dell'Azienda lo consegna al dipendente e ne invia copia all'ufficio personale e al SITRO (per i dipendenti del comparto) o alla Direzione medica di presidio (per i dirigenti). La limitazione viene espressa dal medico con un testo libero, in quanto non sono presenti forme di codifica standardizzate.

Il SITRO con il coordinatore o la DMPO con il responsabile della struttura valutano se il dipendente possa essere mantenuto nella precedente collocazione organizzativa nel rispetto delle limitazioni, ad esempio attraverso la dotazione di ausili e lo svolgimento di opportune attività formative; nel caso in cui ciò non sia possibile, viene identificata una nuova collocazione organizzativa in cui possa essere trasferito. Il medico competente viene coinvolto in que-

sta fase solo nei casi più complessi, e sempre qualora si verifichi un cambio di mansione. In caso di trasferimento viene effettuata la visita di cambio mansione, a meno che il dipendente venga trasferito in reparti con livelli di rischio inferiori.

La comunicazione fra i diversi attori non avviene all'interno di momenti o processi formali e standardizzati, ma tramite mail, fax, telefono, incontri di persona. In precedenza era attiva in Azienda una commissione preposta alla valutazione delle situazioni complesse composta da: ufficio del personale, medico competente, SITRO e direzione medica di presidio; oggi essa risulta sciolta in quanto considerata poco funzionale ed eccessivamente burocratica, soprattutto nel contesto di un'Azienda ospedaliera monopresidio in cui le opportunità di confronto anche informale sono numerose.

I dipendenti che fanno ricorso contro il giudizio del medico competente sono pochi, nell'ordine di uno o due all'anno, sebbene un incentivo in questa direzione possa essere dato dal fatto che spesso i giudizi espressi dal servizio per la prevenzione e la sicurezza negli ambienti di lavoro risultano ad essi favorevoli. Tale situazione era significativamente diversa in passato, anche a causa di un fattore fortemente contingente: era infatti presente un dipendente di ruolo amministrativo a supporto del medico competente che era solito consigliare ai dipendenti di ricorrere contro il giudizio da quest'ultimo espresso in modo da incrementare le proprie limitazioni e ridurre il proprio carico di lavoro.

4.2.7.4 La comunicazione con le rappresentanze sindacali e con i lavoratori

Il medico competente e i responsabili del SITRO dell'Azienda non hanno rapporti diretti con rappresentanti delle organizzazioni sindacali in merito a questioni relative ad inidoneità e limitazioni. I sindacati sono però molto attivi sul fronte della consulenza rivolta ai dipendenti, in quanto offrono supporto operativo e assistenza legale, contando anche sul supporto degli RLS. Ciò è favorito dalla presenza di numerose sigle sindacali (otto per il solo comparto), elemento che genera un'elevata "competizione" per gli iscritti giocata anche su questi temi.

Si riscontra infine un ruolo abbastanza marginale dei RLS su questi temi; solo in alcuni casi essi mettono a disposizione le informazioni di cui sono in possesso (ad esempio il DVR) ai rappresentanti sindacali, senza però svolgere direttamente un ruolo di mediazione tra lavoratori e Azienda.

4.2.7.5 Alcune criticità specifiche percepite dagli attori coinvolti

Un primo elemento di criticità identificato dall'Azienda si riferisce al tema degli infortuni, in parte collegato a quello delle limitazioni. Più in dettaglio, si riscontra un elevato numero di infortuni che appare almeno in parte motivato

da comportamenti opportunistici. Si è registrata infatti una diminuzione di infortuni causati dalla movimentazione pazienti grazie agli investimenti effettuati in formazione e ausili, che hanno ridotto i rischi ma anche hanno reso più difficile il riconoscimento di un infortunio di questo tipo; parallelamente però sono aumentati gli infortuni derivanti da traumi e quelli *in itinere*, come cadute per le scale, traumi legati a movimenti improvvisi del paziente, ecc. Per ridurre questa problematica, l'Azienda ha deciso di richiedere per ogni infortunio la dichiarazione scritta di un testimone che descriva la dinamica dell'incidente, così da verificarne l'attendibilità.

Una seconda criticità è relativa alle visite mediche per cambio mansione. Come anticipato, esse vengono effettuate quando la nuova mansione presenta, a giudizio del medico competente, un profilo di rischio differente rispetto a quella precedente, sulla base di quanto indicato nel DVR. Tale procedura richiede tuttavia un efficace coordinamento tra SITRO o direzione sanitaria e medico competente, che consenta di comunicare con tempestività i cambi di mansione. Quando ciò non avviene, possono infatti emergere problemi rilevanti, come nel caso della denuncia da parte di un'infermiera, precedentemente impiegata in mansioni amministrative, assegnata all'effettuazione dei prelievi domiciliari prima che venisse effettuata la visita di cambio mansione.

Da ultimo, particolarmente critica appare la gestione dei dipendenti con problematiche legate alle dipendenze o di natura psichica (sebbene queste ultime siano molto poche: vengono stimati due/tre casi negli ultimi dieci anni). I casi di sofferenza psichica identificati sono gestiti dal medico competente con il supporto di una valutazione psichiatrica. Particolarmente delicate sono le situazioni dei dipendenti che non sono coscienti o non ammettono la presenza della patologia psichica (o di una dipendenza): in questi casi i confronti informali tra il medico competente, il SITRO e gli altri attori aziendali rilevanti sono il più delle volte lunghi e complessi.

4.2.8 Il caso dell'ASP Potenza

4.2.8.1 Gli attori coinvolti nella sorveglianza sanitaria e nella prevenzione e protezione dei rischi

I medici competenti impiegati presso l'ASP di Potenza sono quattro, impegnati a tempo parziale e con formazione in medicina del lavoro, anche se il resto dell'attività lavorativa viene comunque svolta all'interno del dipartimento di prevenzione. Ciascuno dei medici viene supportato nell'espletamento delle proprie attività da un operatore: sono quindi presenti in totale tre collaboratori amministrativi e un infermiere. Tutti provengono dalla direzione sanitaria e non si occupano a tempo pieno delle attività di sorveglianza sanitaria, ma vi si

dedicano a giorni alterni. Il servizio di prevenzione e posizione invece conta un RSPP e un addetto dedicato; ad essi si uniscono, qualora necessario, tre addetti assegnati ad altre unità operative.

Al fine di contrastare la dispersività derivante dall'articolazione territoriale dell'ASP, vengono previste diverse riunioni di coordinamento fra gli attori coinvolti nel processo di sorveglianza sanitaria. In primo luogo viene tenuta la riunione periodica prevista dal Decreto Legislativo 81/2008; inoltre ogni tre mesi, e ogni qualvolta sia necessario, l'RSPP convoca gli operatori del SPP.

Da ultimo si segnala la presenza di un gruppo di lavoro dedicato al *risk management* coordinato dal direttore sanitario, che ogni anno definisce degli obiettivi specifici; al momento della redazione del presente caso (luglio 2015) l'obiettivo che il gruppo si prefigge è la mappatura dei rischi aziendali. In mancanza di tale mappatura è stato utilizzato in Azienda un questionario per l'acquisizione di informazioni (attività praticate, tipo di personale, ecc.), finalizzato a individuare gruppi omogenei di personale che siano sottoposti agli stessi rischi. La compilazione del documento è realizzata in collaborazione fra RSPP e medici competenti.

4.2.8.2 Il processo di sorveglianza sanitaria

Il processo di sorveglianza sanitaria inizia nell'ASP di Potenza con la visita preassuntiva che, come in diversi casi precedentemente descritti, appare uno strumento scarsamente in grado di selezionare il personale al momento dell'assunzione. L'inefficacia della visita preassuntiva viene imputata all'impossibilità di redigere bandi per la ricerca di personale che includano l'idoneità alla mansione del futuro dipendente, in quanto risulterebbero discriminatori; l'assenza di specifiche relative alle capacità dei candidati aumenta infatti le probabilità che venga assunto personale idoneo a proficuo lavoro ma inidoneo alla mansione per cui il bando era stato promosso.

Le visite periodiche si svolgono sulla base di protocolli definiti dall'Azienda: gli operatori a supporto dei medici competenti contattano i lavoratori per fissare le visite e prenotare gli esami diagnostici necessari, cui viene dedicato un canale riservato.

Qualora si renda necessario richiedere un consulto specialistico, non risultano essere presenti specialisti di riferimento: i medici competenti si rivolgono ai professionisti in quel momento presenti, attraverso vie di comunicazione informale, a livello quasi personale. La stessa gestione dei lavoratori con dipendenze da alcol e sostanze stupefacenti viene condotta in modo informale grazie alla collaborazione con gli specialisti presenti nell'ASP (psichiatri e neurologi o il SERT) e non presenta particolari criticità.

Per la redazione e archiviazione dei giudizi è a disposizione dei medici dell'ASP di Potenza un *software* condiviso, che però viene utilizzato da un solo

medico competente: la compilazione dei giudizi avviene quindi nella maggior parte dei casi in testo libero e in cartaceo.

Il giudizio espresso dal medico competente viene quindi trasmesso da quest'ultimo alla direzione sanitaria (o, in alcuni casi, alla direzione medica di presidio e/o all'ufficio personale che a loro volta lo inviano alla direzione sanitaria), la quale potrà riallocare il lavoratore o creare un piano di lavoro individualizzato con la collaborazione della direzione infermieristica/medica di presidio. Il nuovo piano di lavoro verrà successivamente comunicato all'ufficio del personale.

Le azioni intraprese nel processo di sorveglianza sanitaria derivano perlopiù dal consolidamento delle prassi in vigore nelle tre precedenti ASL (Venosa, Lagonegro e Potenza) la cui fusione ha originato l'attuale ASP; tale elemento riduce il coordinamento e l'uniformità nelle attività condotte dagli attori coinvolti nel processo, in particolar modo fra i medici competenti. La situazione non appena descritta è tuttavia in fase di cambiamento, in quanto è in atto un ripensamento del processo di sorveglianza sanitaria e la creazione del servizio infermieristico tecnico riabilitativo aziendale (SITRA).

Infine, si nota che tramite una riunione annuale il servizio di prevenzione e protezione definisce le priorità di aggiornamento dei documenti di valutazione dei rischi e del DVR. Questa attività risulta particolarmente complessa vista la dispersione nel territorio dei presidi appartenenti all'ASP di Potenza e la conseguente difficile effettuazione dei sopralluoghi in presenza di tutte le figure necessarie richieste dalla normativa. Per rispondere a queste problematiche l'Azienda ha avviato un processo di informatizzazione dei documenti di sorveglianza sanitaria.

4.2.8.3 La gestione della ricollocazione a seguito di giudizio d'idoneità parziale con limitazioni

Non sempre il medico competente viene informato dell'eventuale cambio di mansione del dipendente: solitamente infatti apprende la nuova collocazione o tramite comunicazione informale o, su base anamnestica, in seguito a visita periodica. In alcuni casi gli viene inviata una nota esplicativa per chiedere la compatibilità della nuova mansione con le problematiche rilevate.

4.2.8.4 La comunicazione con le rappresentanze sindacali e con i lavoratori

Le organizzazioni sindacali con maggior numero di iscritti risultano, nella realtà potentina, quelle più attive sul versante della sorveglianza sanitaria; esse sono quattro e vengono affiancate da diverse organizzazioni di più piccole dimensioni.

In caso di problematiche connesse con il processo in oggetto, è possibile stimare che nell'80% dei casi sia il lavoratore a rivolgersi alle organizzazioni

sindacali al fine di ottenere supporto, mentre nel restante 20% dei casi è il sindacato che assume un ruolo proattivo, identificando i lavoratori da difendere. Si osserva che questi ultimi sono disposti a rivolgersi ad organizzazioni sindacali diverse da quelle cui sono iscritti al fine di individuare qualcuno che, anche con finalità rivendicative, sia disposto a perorare la propria causa.

È infine interessante segnalare due elementi: (i) vi è all'ASP di Potenza la completa sovrapposizione fra RSU e RLS, che risultano scarsamente interessati alla partecipazione al processo di sorveglianza sanitaria; (ii) un ridotto ricorso all'organo di vigilanza. Frequentemente infatti gli avvocati dei lavoratori si rivolgono direttamente ai medici competenti e al datore di lavoro, senza ricorrere alla commissione medica di verifica. Questa prassi particolarmente aggressiva influenza i medici competenti, che si sentono direttamente attaccati e isolati dal contesto, portandoli ad esprimere talvolta giudizi difensivi.

4.2.8.5 Alcune criticità specifiche percepite dagli attori coinvolti

In un contesto di severo deficit di personale, aggravato dalle frequenti richieste di trasferimento in altre Regioni (prevalentemente Campania o Puglia) l'Azienda sta cercando di chiudere i reparti inefficienti o i piccoli ospedali, accentrando i lavoratori in poli di dimensioni maggiori. Tale scelta si rivela tuttavia di difficile realizzazione in quanto i lavoratori, per tutelarsi rispetto alla possibilità di essere trasferiti lontano dalla propria abitazione, tendono a richiedere il riconoscimento di inidoneità tali per cui possano non essere spostati. Un caso esemplificativo di questo fenomeno è quello, già riportato nel paragrafo 4.1.2, dell'operatrice del punto nascita che aveva chiesto che le venissero riconosciute delle limitazioni "preventive" così che quando il punto nascita in cui operava fosse stato chiuso avrebbe potuto chiedere di essere spostata nelle strutture del distretto invece di trasferirsi in un punto nascita più lontano.

Infine, sia le malattie professionali che gli infortuni costituiscono un elemento di difficile gestione all'interno dell'ASP. Le prime perché vengono richieste soprattutto all'esterno, al medico di medicina generale o all'INPS, che non conoscono la realtà organizzativa dell'Azienda. I secondi perché pongono problematiche di sostituzione degli infortunati, derivanti dalla carenza di personale precedentemente descritta. Nel 2014 sono stati contattati circa ottoanta casi di infortunio, la maggior parte avvenuti nell'area dell'emergenza urgenza (prevalentemente legati a disturbi del rachide), unitamente a qualche puntura, traumi da caduta o incidente stradale in itinere.

4.2.9 Il caso dell'AOR San Carlo di Potenza

4.2.9.1 Gli attori coinvolti nella sorveglianza sanitaria e nella prevenzione e protezione dei rischi

Dal 2004 è stato istituito presso l'AOR San Carlo di Potenza un "Collegio medico con funzioni di medico competente" che, da allora, si occupa della sorveglianza sanitaria, compresi i casi segnalati dal lavoratore al medico competente e/o al datore di lavoro previa formale richiesta di visita straordinaria, e finalizzato alla condivisione delle pratiche e dei giudizi fra i diversi medici competenti aziendali. Esso è composto da tre medici competenti *part time* con profili professionali diversi: il primo infatti è specializzato in medicina del lavoro (svolge inoltre la funzione di coordinatore del collegio), il secondo in igiene e medicina preventiva e il terzo in medicina legale. Il collegio si riunisce per tutte le viste su richiesta e per la discussione dei casi più complessi, per i quali le certificazioni di idoneità sono ratificate e firmate da tutti e tre i componenti.

Le visite periodiche vengono invece realizzate in autonomia dai diversi medici competenti, che tuttavia si incontrano circa due volte al mese per l'approvazione dei giudizi. Il datore di lavoro ha delegato il medico competente coordinatore per la convocazione dei lavoratori, attribuendogli la responsabilità anche legale dell'attività di sorveglianza sanitaria; la convocazione alle visite viene quindi definita dal medico competente coordinatore e viene successivamente gestita dalla direzione sanitaria, che ha il compito di fissare gli appuntamenti.

Il servizio di prevenzione e protezione è invece composto da quattordici addetti, con profili professionali differenti e non esclusivamente dedicati all'attività di sorveglianza sanitaria.

Gli attori che intervengono nel processo di sorveglianza sanitaria sono in costante contatto fra loro, senza la necessità di ricorrere a momenti formalizzati; l'unica riunione periodica è infatti quella prevista dal Decreto Legislativo 81/2008.

4.2.9.2 Il processo di sorveglianza sanitaria

La visita preassuntiva, realizzata ogni volta che l'Azienda ha necessità di assumere nuovo personale, appare scarsamente efficace, come testimoniato dal caso di seguito descritto, esemplificativo delle difficoltà che è possibile incontrare nella gestione di tale fase del processo di sorveglianza sanitaria. Il caso riguarda un progetto promosso dalla Regione Basilicata, per il quale era necessario assumere una operatore per otto mesi. La vincitrice del concorso bandito in tale occasione era risultata in gravidanza, e non poteva quindi essere impiegata nelle attività per le quali la posizione era stata aperta. Poiché non era possibile ritardare l'inizio del progetto, perdita la pena del finanzia-

mento erogato dalla Regione, l'Azienda aveva optato per l'assunzione di un'altra persona; la lavoratrice ha quindi presentato ricorso, che ha successivamente vinto. L'AOR ha pertanto dovuto versare l'intero stipendio degli otto mesi di lavoro (mai svolto) alla vincitrice del bando, perdendo il finanziamento a causa dell'assenza di una persona dedicata al progetto. Anche in altre occasioni l'Azienda è stata costretta ad assumere lavoratori considerati inidonei alla mansione a seguito di ricorso avverso al giudizio del medico competente.

Una volta assunto, al dipendente viene attribuito un protocollo operativo basato su un documento aziendale che sistematizza la periodicità delle visite a seconda della mansione svolta; generalmente essa varia da uno a tre anni a seconda del livello di rischio cui il lavoratore è sottoposto. Le visite effettuate dai medici competenti aziendali in un anno sono circa 1.300-1.400 e le problematiche che più frequentemente vengono lamentate dai dipendenti durante le visite su richiesta derivano dalla gestione dei turni.

Non è presente una rete formalizzata di specialisti cui i medici competenti possano rivolgersi (tranne nel caso della Medicina Riabilitativa, dove viene fatto riferimento al solo responsabile della UO), mentre per l'effettuazione di esami diagnostici vengono riservate agende specifiche per la sorveglianza sanitaria.

Terminata la visita, il giudizio del medico competente, attraverso l'intermediazione dell'ufficio del personale, viene consegnato all'ufficio protocollo e da questi al direttore generale e sanitario e alle unità operative. Il lavoratore, passate due settimane dall'effettuazione della visita, deve recarsi presso queste ultime per ritirare il certificato contenente il giudizio; nel caso non si presenti il documento verrà inserito nella sua cartella sanitaria. È importante ricordare che il lavoratore ha la possibilità di ricorrere avverso il giudizio del medico competente entro trenta giorni dalla data di ritiro del certificato, indipendentemente da quando quest'ultimo avvenga. Se necessario, all'interno di tale documento i medici competenti possono indicare quando il dipendente si dovrà ripresentare a visita, così da permettere un riesame delle condizioni del lavoratore senza dover attendere la successiva visita periodica.

Il collegio medico ha, in un numero esiguo casi, riscontrato la completa inidoneità alla mansione dei dipendenti, in particolare relativamente alle radiazioni ionizzanti. In tale eventualità, al lavoratore viene solitamente assegnata una nuova mansione (per esempio tramite il trasferimento in ambito amministrativo), senza però mutare il proprio profilo professionale.

Il DVR viene aggiornato dal SPP almeno annualmente, in quanto nel corso dell'anno solare vengono effettuati i sopralluoghi necessari. Tali sopralluoghi sono periodici e programmati, ma la presenza di numerosi operatori garantisce flessibilità rispetto alle emergenze. Il DVR è in formato elettronico ed è facilmente consultabile dagli attori coinvolti nel processo di sorveglianza sa-

nitaria. Per quanto riguarda il rischio di movimentazione manuale carichi, il documento definisce tre fasce di rischio basate sull'indice MAPO: bassa, media e alta; tali fasce permettono al medico competente di modulare le prescrizioni relative alla MMC sulla base dei livelli di rischio propri della mansione svolta dal lavoratore.

4.2.9.3 La gestione della ricollocazione a seguito di giudizio d'idoneità parziale con limitazioni

La direzione sanitaria, attraverso l'ufficio infermieristico, sentiti il Collegio medico con funzioni di medico competente e i direttori delle unità operative interessate al trasferimento interno, provvede alla ricollocazione del lavoratore con limitazioni.

4.2.9.4 La comunicazione con le rappresentanze sindacali e con i lavoratori

Nella realtà dell'AOR San Carlo, la relazione con le rappresentanze sindacali non risulta essere conflittuale; tale circostanza è probabilmente legata all'attività di mediazione svolta dai Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza, che si dimostrano collaborativi rispetto agli attori che intervengono nel processo di sorveglianza sanitaria, e dal datore di lavoro. L'azione delle organizzazioni sindacali è infatti solitamente volta a spingere i lavoratori a domandare visite su richiesta o a porre richieste specifiche, in particolare in vista di eventuali riorganizzazioni aziendali, più che allo scontro o a presentare ricorso avverso il giudizio ottenuto; ne è testimonianza il fatto che nell'Azienda il numero delle visite su richiesta è aumentato con il diminuire della conflittualità. Qualora tuttavia si configuri uno scontro, esso solitamente riguarda la ricollocazione dei lavoratori a seguito di giudizio del medico competente.

Il numero dei ricorsi è quindi ridotto, presumibilmente anche per altre ragioni. In primo luogo, la presenza di medici competenti con profili diversi costituisce una garanzia per il lavoratore, che si ritiene maggiormente tutelato dalla presenza di competenze diverse e ripone maggiore fiducia nel giudizio espresso. In secondo luogo, la ridotta probabilità di vedere il proprio ricorso accettato (solitamente infatti in circa il 90% dei casi il giudizio viene confermato) scoraggia i lavoratori da intraprendere tale decisione. Infine, la presenza di professionalità diverse riduce il rischio di errori e il senso di "solitudine" testimoniato da altri medici competenti intervistati in differenti realtà.

4.2.9.5 Alcune criticità specifiche percepite dagli attori coinvolti

Oltre alle criticità precedentemente descritte e connesse alla scarsa efficacia delle visite preassuntive, un punto di attenzione per l'Azienda è costituito dalle persone con problemi psicologici, che le portano a relazionarsi in modo inad-

guato con colleghi e/o pazienti. Solo il Collegio medico con funzioni di medico competente infatti ha la facoltà di intervenire, a fronte però di una segnalazione circostanziata per comportamenti ripetuti. Anche il dipendente ha la possibilità di rivolgersi direttamente al Collegio, senza intervento del medico competente, così che esso possa successivamente interpellare il datore di lavoro; tale elemento ha favorito l'emersione di problemi di tipo psicologico, solitamente taciuti dalla persona in ragione del timore che i propri colleghi potessero venirne a conoscenza.

5. Osservatorio FIASO Politiche del Personale: approfondimenti alla rilevazione quantitativa di Nicola Pinelli¹ e Marco Sartirana

Riportiamo di seguito i risultati della ricerca realizzata da FIASO, con il supporto di CeRGAS Bocconi, che ha approfondito alcuni aspetti del fenomeno inidoneità nel SSN. La ricerca si inserisce nell'ambito dell'Osservatorio Politiche del Personale, avviato da FIASO nel 2016 per rilevare i cambiamenti in atto nel governo delle risorse umane derivanti dalle evoluzioni in corso nel SSN e dalle innovazioni organizzative.

L'Osservatorio è stato coordinato da un comitato strategico composto dai direttori generali delle Aziende che hanno partecipato al progetto. Tale comitato ha avuto il compito di definire obiettivi strategici e linee metodologiche dell'attività dell'Osservatorio, identificare le proposte di miglioramento, interpretare i risultati ottenuti e presentarli a istituzioni e *stakeholder*.

Il comitato tecnico interaziendale è stato invece composto dai referenti aziendali e ha avuto il compito di attuare gli obiettivi definiti dal comitato strategico, raccogliere le informazioni e contribuire alla loro interpretazione, mettere a punto gli strumenti di comunicazione per facilitare la diffusione dei risultati. Il comitato tecnico ha predisposto una prima versione del questionario che è stata testata, in versione pilota. Il questionario è stato quindi riveduto, informatizzato e somministrato alle Aziende del SSN. Una volta terminata la fase di rilevazione, sono state elaborate le analisi e le proposte di *policy* che sono state successivamente discusse e validate con il comitato strategico dell'Osservatorio.

Gli ambiti di indagine che sono stati oggetto di approfondimento da parte del questionario, relativamente al fenomeno inidoneità e idoneità parziali, sono scaturiti dal programma di ricerca CeRGAS di cui si è detto ai capitoli prece-

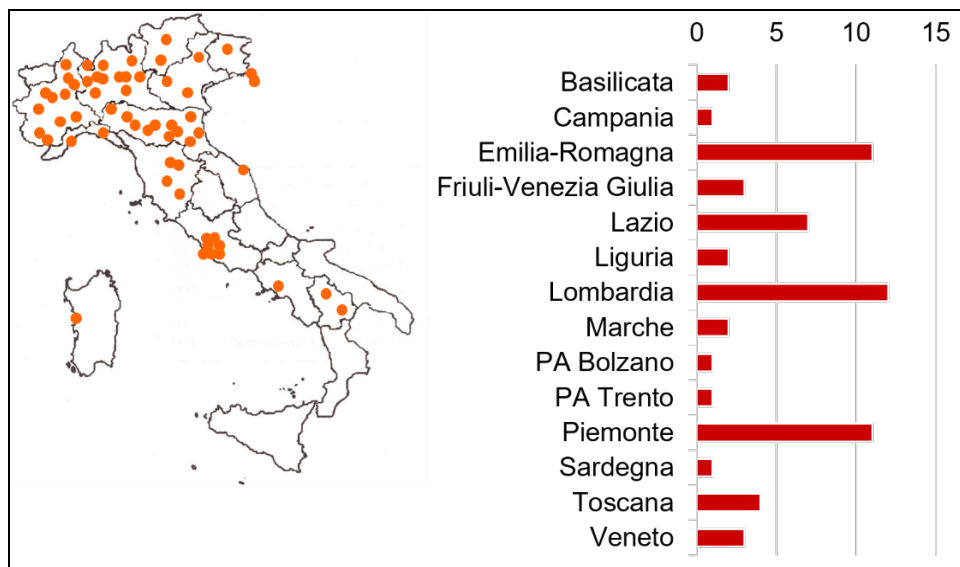
¹ Direttore FIASO.

denti. In particolare, tali ambiti di indagine hanno avuto il principale obiettivo di approfondire e dare evidenze quantitative a questioni messe in evidenza dai casi di studio aziendali, i cui risultati sono stati presentati nel capitolo 4:

- numero medici competenti presso l'Azienda;
- numero operatori di supporto alla sorveglianza sanitaria e attività da loro svolta;
- tipologia di sistema informativo utilizzato per la sorveglianza sanitaria;
- modalità di classificazione dei livelli di rischio degli ambienti di lavoro;
- presenza di una rete stabile di specialisti di riferimento per le patologie occupazionali;
- presenza di incontri multidisciplinari per la discussione di casi complessi;
- tipologie di commissioni e collegi medico legali per giudizi di seconda istanza o alternativi rispetto a quello del medico competente;
- numero e esito dei ricorsi al giudizio del medico competente.

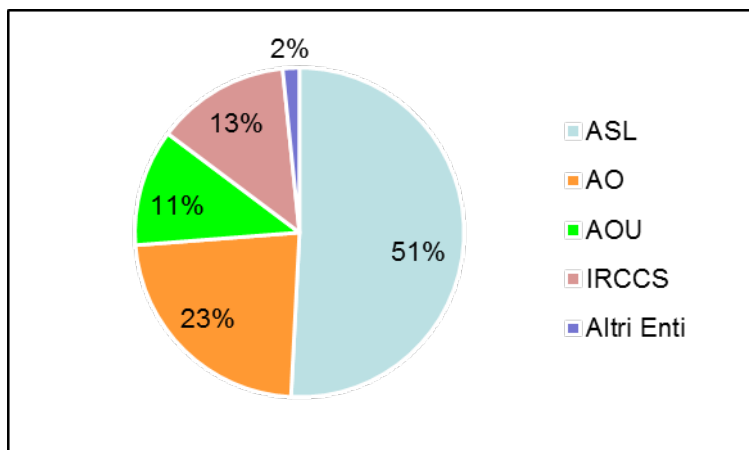
Come evidenziato dalla Figura 5.1, al questionario hanno risposto 55 Aziende di 14 Regioni italiane (con il centro nord più rappresentato rispetto al sud e alle isole).

Figura 5.1. Aziende rispondenti per Regione



La Figura 5.2 invece evidenzia come il 51% delle Aziende rispondenti fossero ASL, il 23% AO, l'11% AOU e il 13% IRCCS. Completano l'analisi l'ESTAR (Ente di supporto tecnico-amministrativo regionale del SSR toscano) e l'Azienda ARES 118 (Azienda regionale emergenza sanitaria) del Lazio.

Figura 5.2. Aziende rispondenti per tipologia



Il questionario si strutturava in 43 domande. La prima sezione era relativa all'impatto della legge 161/2014 (i cui risultati sono pubblicati su un apposito Quaderno FIASO pubblicato nel 2017), mentre la seconda sezione, a cui fanno riferimento le analisi riportate di seguito, riguardava la gestione dei dipendenti con inidoneità e idoneità parziali con limitazioni. Il questionario è stato inviato alle direzioni generali che hanno identificato una o più figure professionali deputate all'inserimento delle risposte, nella maggior parte i responsabili della gestione delle risorse umane o loro collaboratori.

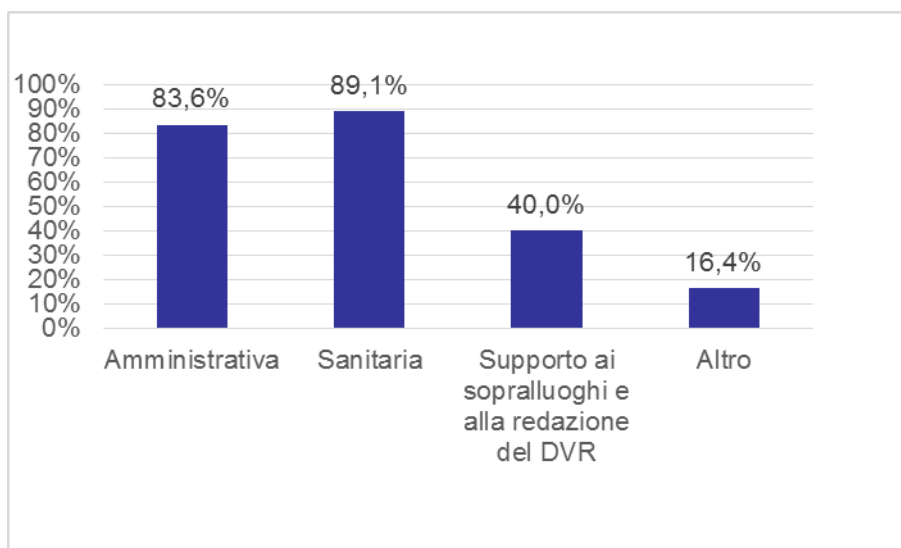
La rilevazione descritta in questo capitolo ha evidentemente alcune differenze metodologiche rispetto a quella realizzata dal CeRGAS e presentata all'interno del capitolo 3; inoltre, le due rilevazioni sono state svolte a un anno di distanza l'una dall'altra e hanno coinvolto Aziende del SSN diverse. Questi elementi potrebbero portare a pensare che i risultati delle due rilevazioni siano difficilmente comparabili. Tuttavia gli autori ritengono che i dati riportati di seguito, che rappresentano le risposte di 55 Aziende del SSN, consentano di arricchire e integrare la comprensione del fenomeno delle inidoneità e limitazioni alla mansione e delle modalità con cui esso viene gestito all'interno delle organizzazioni.

I risultati della rilevazione condotta da FIASO mostrano anzitutto come, nelle Aziende che hanno risposto al questionario, più di due medici competenti su

tre siano dipendenti (121 su 168). Solo il 5% delle Aziende che hanno risposto (3 su 55) affidano invece la sorveglianza sanitaria a società di servizi.

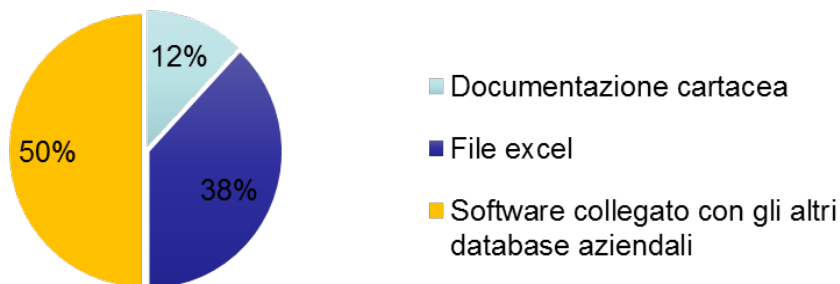
Nelle Aziende lavora in media un medico competente (dipendente o libero professionista) ogni 1.150 dipendenti. Tuttavia si riscontra una forte variabilità, da un minimo di un medico ogni 2.800 dipendenti (ASL Nordest) a un massimo di un medico ogni 370 dipendenti (AOU Nordest). Forte eterogeneità si riscontra anche con riferimento agli operatori di supporto alla sorveglianza sanitaria: in media in ogni Azienda ne lavorano 5,9, ma mentre in quattro Aziende vi è un solo operatore, in altre ne lavorano 15 o più. Tale livello di variabilità stupisce, pur ammettendo che in parte sia fisiologica e da ascrivere alle dimensioni aziendali e ai diversi tipi di attività svolte da questi operatori. Come evidenziato in Figura 5.3 infatti, in alcuni casi essi non solo offrono supporto amministrativo, ma effettuano anche prestazioni sanitarie (ad esempio prelievi), partecipano ai sopralluoghi e alla redazione del DVR o svolgono attività di formazione.

Figura 5.3. Tipologia di attività svolta dagli operatori a supporto della sorveglianza sanitaria



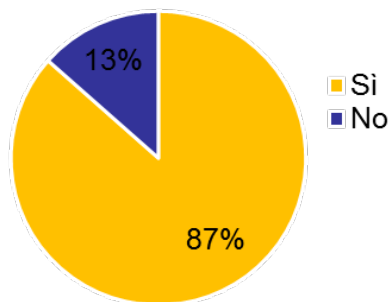
La Figura 5.4 mostra invece come solo la metà delle Aziende utilizza per la gestione della sorveglianza sanitaria un *software* collegato con gli altri database aziendali (ad esempio anagrafica del personale, DVR, ecc.). Il 38% delle Aziende utilizza archivi excel mentre ancora un'Azienda su otto mantiene la documentazione in formato cartaceo.

Figura 5.4. Sistema informativo per la sorveglianza sanitaria



Diffuso è invece il ricorso a strumenti standardizzati per la classificazione dei livelli di rischio degli ambienti di lavoro (Figura 5.5), in particolare con riferimento ai rischi collegati alla movimentazione carichi. Ben l'87% delle Aziende ne adotta uno o più, quali ad esempio "Fasce di impegno biomeccanico"; MAPO; SAP; NIOSH; SUVA; SNOOK e Ciriello; Archimede.

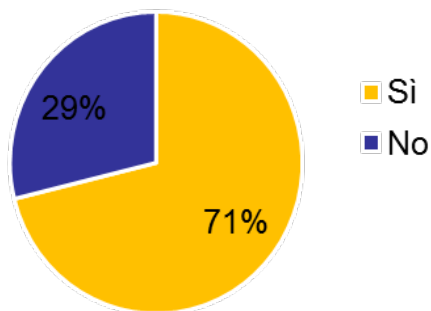
Figura 5.5. Presenza di modalità standardizzate per la classificazione dei rischi



Diversamente da quanto emerso nei casi studio riportati nel capitolo precedente, in una quota significativa di Aziende è presente una rete aziendale stabile (anche se non formalizzata) di specialisti di riferimento per le patologie occupazionali (fisiatra, ortopedico, psichiatra, ecc.), in contatto con il medico competente in fase diagnostica/riabilitativa. Nel 71% dei casi infatti, come riportato in Figura 5.6, è in essere una collaborazione con le principali specialità; le collaborazioni riguardano in particolare ortopedici e psichiatri. Tale dato, seppur rilevato tramite questionario e pertanto meno approfondito rispetto

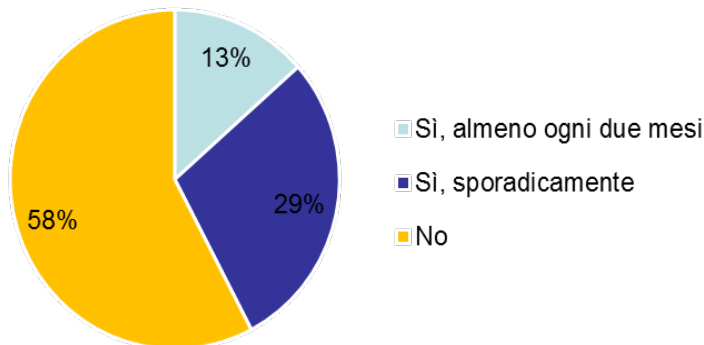
all'analisi con casi studio, appare estremamente positivo in quanto la presenza di una rete di specialisti di riferimento è una preconditione necessaria per una buona prevenzione e gestione del fenomeno delle limitazioni.

Figura 5.6. Presenza di una rete di specialisti di riferimento



In Figura 5.7 è invece mostrato il dato relativo alla presenza e alla frequenza degli incontri di commissioni collegiali o *team* multidisciplinari formalizzati per la discussione di giudizi di idoneità complessi. Nel 58% dei casi non esistono riunioni, mentre nel 29% esistono ma sono sporadiche e solo nel 13% hanno cadenza almeno bimestrale. Sicuramente l'opportunità di predisporre riunioni periodiche formalizzate varia in base alle scelte aziendali e al contesto di riferimento; in particolare Aziende piccole e monopresidio possono facilmente trovare modalità informali di allineamento. Tuttavia, come ipotizzato nella ricerca descritta nei capitoli precedenti, il dato appare complessivamente basso, e sembra opportuno un maggiore investimento da parte delle direzioni aziendali e dei medici competenti in tal senso.

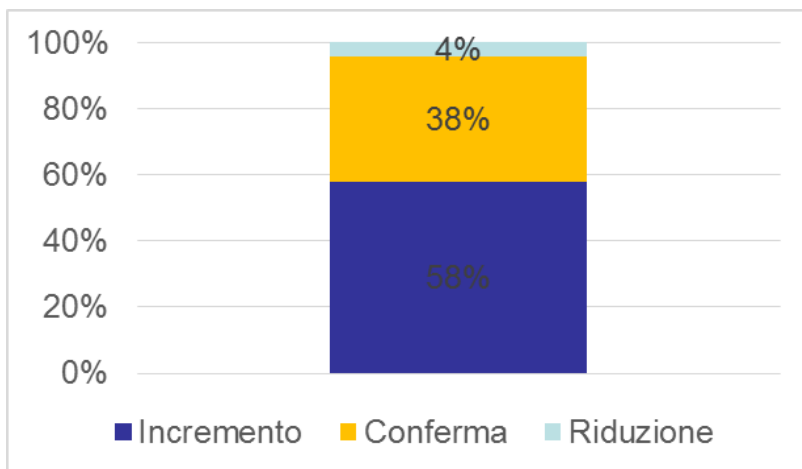
Figura 5.7. Incontri multidisciplinari formalizzati per la discussione di casi complessi



Le risposte al questionario hanno inoltre confermato l'estrema e apparentemente ingiustificata eterogeneità con riferimento al ricorso alle commissioni/collegi medico legali a cui lavoratore o azienda si rivolgono per un giudizio di seconda istanza o alternativo rispetto a quello del medico competente. Di seguito si riportano esempi delle commissioni/collegi a cui si sono rivolte le Aziende rispondenti nell'ultimo anno: «Commissione interprovinciale ex articolo 5 statuto lavoratori»; «Commissione medica di verifica ex articolo 15 DPR 461/2001»; «Collegio Medico Legale ASL»; «PSAL ex articolo 41 Decreto Legislativo 81/2008»; «CMO (DPR 461/2001)». Appare pertanto necessario un chiarimento normativo e un allineamento nelle pratiche tra Regioni e tra Aziende.

Da ultimo, il questionario chiedeva alle Aziende il numero e l'esito dei ricorsi presentati al servizio di prevenzione e sicurezza sugli ambienti di lavoro nel 2015 da parte di dipendenti. L'ipotesi di ricerca, formulata sulla base dei casi studio dell'indagine precedente, era che nella maggior parte dei casi i servizi ASL di prevenzione e sicurezza sugli ambienti di lavoro accogliessero la richiesta dei dipendenti di veder riconosciuta o incrementata una limitazione che il medico competente aveva negato o contenuto. Nel 2015 nelle 55 Aziende sono stati presentati 197 ricorsi da parte dei dipendenti. Come riportato in Figura 5.8, nel 58% dei casi il servizio di prevenzione e sicurezza sugli ambienti di lavoro ha incrementato la limitazione riconosciuta dal medico competente, nel 38% dei casi ha confermato il giudizio del medico competente e solo nel 4% dei casi ha ridotto o negato la limitazione. Molto inferiore è stato invece, nel medesimo periodo di riferimento, il numero di ricorsi al giudizio del medico competente da parte dell'Azienda, pari infatti a 21 ricorsi in 55 Aziende.

Figura 5.8. Esito dei ricorsi al giudizio del medico competente



Complessivamente questi risultati confermano la necessità di intervenire su un tema importante non solo perché si trova all'intersezione tra l'esigenza di tutelare la salute dei lavoratori e quella di garantire la funzionalità aziendale e il contenimento della spesa pubblica, ma anche perché ha ripercussioni significative sulla qualità dell'assistenza e sulla sicurezza dei pazienti.

Essi confermano la rilevanza di alcune delle misure d'intervento suggerite al capitolo 4, in particolare l'omogeneizzazione delle dotazioni di medici competenti e operatori della sorveglianza sanitaria, l'urgenza di investire in sistemi informativi, la necessità di fare chiarezza sulle tipologie di commissioni e collegi medico legali per giudizi di seconda istanza o alternativi rispetto a quello del medico competente, l'esigenza di soluzioni per ridurre il numero di ricorsi al ricorso al giudizio del medico e l'utilizzo strumentale delle visite su richiesta dei lavoratori quando originate da attese o motivazioni che andrebbero più correttamente risolte nell'ambito della gestione del personale.

6. Suggerimenti di policy e di management¹

I capitoli precedenti hanno consentito di descrivere il quadro complessivo di un fenomeno esteso e articolato. Il secondo obiettivo della ricerca era di iniziare a raccogliere una serie di suggerimenti di *policy* e *management* in grado di indicare alcune possibili traiettorie di sviluppo future. I risultati della ricerca CeRGAS Bocconi hanno permesso di individuare alcune misure utili per migliorare la gestione del fenomeno delle inidoneità e delle limitazioni lavorative. Se il punto di partenza resta l'obiettivo di tutelare la qualità dell'assistenza e la salute dei lavoratori, queste misure potrebbero contribuire a ridurre le ampie differenze non spiegate di gestione da un'Azienda all'altra, oltre che a tutelare la funzionalità delle Aziende e dunque del sistema sanitario pubblico.

Tali misure incidono su una pluralità di dimensioni. In alcuni casi si tratta di decisioni organizzative e prassi gestionali interne alle singole Aziende e che dunque interpellano la dimensione manageriale. In altri casi riguardano le competenze professionali dei diversi attori coinvolti nelle attività di prevenzione e di sorveglianza sanitaria e dunque interpellano la dimensione professionale. Altre proposte guardano invece alla regolamentazione del Servizio Sanitario Nazionale e degli operatori, ad esempio con riguardo ai contratti collettivi nazionali di lavoro, alle regole per l'autorizzazione o per l'accreditamento istituzionale, ecc. Infine, alcune misure riguardano le relazioni interistituzionali, coinvolgendo norme di ordine generale, *in primis* quelle relative al pubblico impiego.

¹ Le proposte riportate in questo capitolo sono frutto del lavoro congiunto del Comitato Guida della ricerca. Si ringraziano pertanto: Giovanni Battista Bochicchio, Regione Basilicata; Claudio Costa e Franco Botteon, Regione Veneto; Daniela Volpato, CISL FP; Donato Carrara, NurSind; Daniela Tarello e Giuliana Vuillermin, Azienda USL Valle d'Aosta; Barbara Mangiacavalli e Franco Vallicella, IPASVI; Nicola Pinelli e Walter Locatelli, FIASO; Maria Trani, Regione Umbria. Si ringraziano inoltre gli esperti che hanno partecipato al Comitato Guida a titolo individuale ovvero Paola Torri, Pietro Apostoli, Daniele Tovoli e Giovanni Di Giacomo. La responsabilità del testo finale rimane in ogni caso degli autori del presente volume.

Gli interventi di seguito proposti sono organizzati in quattro sezioni, secondo quanto illustrato nel Box 6.1.

Box 6.1. Le proposte di *policy e management*

- Introdurre sistemi di rilevazione di informazioni codificate e fruibili:
 - Condividere una tassonomia di riferimento per le limitazioni;
 - Introdurre sistemi informativi aziendali per la gestione della sorveglianza sanitaria;
 - Istituire flussi informativi a beneficio delle Regioni.
- Sviluppare le competenze attraverso comunità di pratica:
 - Promuovere meccanismi di coordinamento sovra-aziendale/regionale tra RSPP;
 - Promuovere meccanismi di coordinamento aziendale e sovra-aziendale/regionale tra medici competenti.
- Rinnovare e rafforzare il ruolo dell'Azienda nella gestione delle limitazioni:
 - Sviluppare reti di specialisti di riferimento sulle patologie occupazionali ad alta incidenza;
 - Definire e diffondere protocolli e altri strumenti operativi per la gestione della sorveglianza sanitaria;
 - Favorire il coinvolgimento del medico competente nella gestione delle limitazioni;
 - Sviluppare sistemi aziendali di supporto psicologico per la gestione dello stress o del disagio organizzativo;
 - Coinvolgere maggiormente i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza nei sopralluoghi sui posti di lavoro;
 - Definire politiche e regole di gestione del personale che si basino esplicitamente sulla gestione dell'età;
 - Definire bandi di concorso che permettano di reclutare le figure di cui realmente c'è bisogno in azienda;
 - Garantire dotazioni di medici competenti e di personale di supporto adeguate.
- Rivedere le relazioni interistituzionali e le regole di sistema:
 - Chiarire le competenze distintive delle diverse commissioni medico-legali previste dalla normativa;
 - Allineare i criteri di giudizio di medico competente e organo di vigilanza ex articolo 41 Decreto Legislativo 81/2008;
 - Introdurre soluzioni – anche di CCNL – per ricorrere con maggior facilità al cambio di qualifica;
 - Ridurre i possibili comportamenti di medicina difensiva da parte dei medici competenti.

6.1 Introdurre sistemi di rilevazione di informazioni codificate e fruibili

È necessario in primo luogo condividere una tassonomia di riferimento per la rilevazione delle limitazioni. Manca ad oggi una tassonomia condivisa che possa semplificare la gestione aziendale e favorire analisi e confronti interaziendali. La ricerca ha adottato le seguenti classi di limitazioni: (i) movimentata-

zione manuale dei carichi; (ii) posture incongrue; (iii) stress/ *burn-out*/ problematiche psichiatriche; (iv) lavoro notturno e reperibilità; (v) turni non notturni; (vi) rischio chimico e allergie; (vii) altro. È necessario adottare questa o un'altra analoga classificazione. Ovviamente, la riconduzione delle specifiche limitazioni a una di tali classi nulla toglie alla possibilità/necessità che il medico competente descriva più precisamente i contenuti di tale limitazione, in un "campo di testo" lasciato aperto nella propria documentazione.

Bisogna inoltre introdurre sistemi informativi aziendali per la gestione della sorveglianza sanitaria. In molte Aziende oggi la sorveglianza sanitaria si basa su materiale cartaceo o su informazioni raccolte su file di lavoro (excel, word o di altri formati) in cui i singoli operatori o uffici hanno riportato nel corso del tempo quanto ritenevano utile. Le informazioni dovrebbero invece essere raccolte su sistemi informatici che ne assicurino una alimentazione longitudinale nel corso del tempo e ne permettano la fruizione da parte dei vari attori dell'Azienda e l'integrazione con i database dell'ufficio del personale, del responsabile per la sicurezza, ecc. Preventivamente allo sviluppo di tali *software* sarebbe utile definire caratteristiche tecniche di interoperabilità, così da permettere l'estrazione di dati aggregati che rendano possibili confronti interaziendali.

Da qui la necessità di istituire flussi informativi anche a beneficio dei *policymaker*. Gli attuali flussi informativi sulla sorveglianza sanitaria, quali ad esempio l'allegato 3B previsto dall'articolo 40 del Decreto Legislativo 81/2008 e redatto dai medici competenti e le informazioni inviate annualmente dalle Aziende al Conto Annuale, appaiono largamente insufficienti per consentire analisi accurate e guidare le politiche sanitarie. Tali flussi presentano un livello di dettaglio informativo non adeguato e non sono peraltro privi di ambiguità lessicali. Non consentono, in un'ultima analisi, di supportare efficacemente le decisioni di *policymaking* e gli interventi di *management*. L'utilizzo di informazioni codificate per la sorveglianza sanitaria, descritte al punto precedente, renderebbe invece possibile istituire efficaci flussi informativi sovra-aziendali e così procedere a confronti gestionali (ad esempio per capire con quali tempi i lavoratori che hanno determinate limitazioni sono effettivamente ricollocati all'interno dell'Azienda), professionali (ad esempio per capire quali sono gli strumenti utilizzati per la definizione dei rischi o quali protocolli sono usati per la sorveglianza), epidemiologici (ad esempio per capire quanto l'invecchiamento anagrafico è collegato alle varie tipologie di limitazione), ecc.

6.2 Sviluppare le competenze attraverso le comunità di pratica

Le comunità di pratica sono gruppi di persone che condividono una preoccupazione o una passione per qualcosa che fanno e per imparare a farlo meglio

interagiscono regolarmente (Wenger-Trayner, 2015). Non tutte le comunità sono comunità di pratica, ma solo quelle che hanno un'identità definita da un dominio condiviso di interesse; nel perseguire il loro interesse per il loro dominio, i membri si impegnano in attività congiunte e discussioni, si aiutano a vicenda e condividere le informazioni; sviluppano un repertorio condiviso di risorse: esperienze, storie, strumenti, modi di affrontare i problemi ricorrenti.

Nel caso della tutela della salute dei lavoratori è possibile sviluppare comunità di pratica anzitutto tra i medici competenti, con meccanismi di coordinamento aziendale e/o sovra-aziendale. La ricerca ha messo in evidenza un'ampia variabilità delle prassi professionali e gestionali con riguardo al tema delle idoneità lavorative. Tale variabilità è in parte spiegata dalle caratteristiche delle singole Aziende (ad esempio natura di Azienda Ospedaliera o di ASL, numero di dipendenti, distribuzione geografica delle strutture aziendali, ecc.), ma in parte sembra legata a un certo isolamento professionale e alla mancanza di occasioni e strumenti di condivisione e confronto interaziendale. Coordinamenti o tavoli definiti a livello metropolitano o regionale tra i medici competenti costituiscono le basi per uno sviluppo di comunità di pratiche quali luogo per garantire lo scambio di esperienze, la discussione di casi complessi, la condivisione di sistemi e strumenti professionali (protocolli, ricorso alle consulenze, classificazione reparti, uso del DVR), la verifica delle differenze nelle dotazioni del servizio, l'allineamento professionale. Iniziative di questo tipo sono presenti a macchia di leopardo o operano con poca continuità: andrebbero invece sviluppate in maniera sistematica e supportate da un adeguato riconoscimento da parte delle Aziende e delle Regioni.

È poi necessario promuovere meccanismi di coordinamento sovra-aziendale/regionale anche tra RSPP per favorire lo scambio di esperienze e condividere sistemi e strumenti professionali per la valutazione dei rischi. Un processo di valutazione dei rischi efficace, e condiviso con i medici competenti e i RLS, consente infatti di individuare misure di "prevenzione primaria" in grado di ridurre i rischi per i dipendenti, e supporta il medico competente nella definizione delle categorie da sottoporre a sorveglianza sanitaria, aumentando l'efficacia e la produttività del suo operato.

6.3 Rinnovare e rafforzare il ruolo dell'Azienda nella gestione delle limitazioni

Le Aziende devono sviluppare reti di specialisti di riferimento sulle patologie occupazionali ad alta incidenza. Nell'attività di sorveglianza sanitaria il medico competente ha spesso necessità di approfondimenti specialistici relativi a singole discipline medico-chirurgiche. La costituzione di una rete di specialisti di riferimento per tali approfondimenti sembra utile per tre ragioni. Da un lato riduce la variabilità artificiale dei giudizi e delle certificazioni relative alle limitazioni lavorative. Dall'altro gli specialisti di riferimento potrebbero sviluppare competenze e sensibilità più adatte alle attività e agli obiettivi della sorve-

gianza sanitaria. Non da ultimo, tale maggiore conoscenza potrebbe contribuire a focalizzare il ruolo dello specialista, anche nel senso di non sostituirsi al medico competente, come invece succede quando lo specialista indica direttamente prescrizioni o limitazioni lavorative.

La rilevazione realizzata nell'ambito dell'Osservatorio FIASO ha mostrato come reti informali di professionisti siano presenti in diverse Aziende; tuttavia appare opportuno favorire e continuare a investire in tale tipo di esperienze.

Bisogna inoltre definire e diffondere protocolli e altri strumenti operativi per la gestione della sorveglianza sanitaria. In questo senso le Aziende dovrebbero sviluppare e adottare glossari condivisi, scale di misurazione dei rischi per la classificazione dei reparti, classificazioni delle "mansioni specifiche", protocolli per le visite periodiche, procedure per le visite su richiesta dei lavoratori, ecc. La definizione o l'adozione di tali strumenti operativi beneficerebbe grandemente del confronto interaziendale nell'ambito delle comunità di pratica sopra proposte. Nel caso di Aziende con più medici competenti, è inoltre fondamentale che essi allineino le rispettive pratiche, anche attraverso momenti periodici di confronto e collaborazione o visite congiunte, almeno per i casi più complessi.

Spazi di miglioramento sussistono nel favorire il coinvolgimento del medico competente nella gestione delle limitazioni. L'identificazione delle soluzioni organizzative (adeguamento dell'organizzazione del lavoro, delle tecnologie, degli ambienti, ricollocazione del dipendente, ecc.) a seguito di giudizio di idoneità parziale è spesso complessa per l'Azienda. Le limitazioni definite dal medico competente possono facilmente risultare ambigue o poco chiare, anche in ragione del fatto che la diagnosi non è resa disponibile al datore di lavoro e al *management* aziendale. Almeno nei casi più complessi sembra pertanto necessario che il medico competente collabori attivamente anche "a valle" del proprio giudizio, verificando se le ipotesi di ricollocazione fatte dall'Azienda siano realmente rispettose delle limitazioni certificate o eventualmente collaborando a riprogettare contenuti e ambiente di lavoro, così da trovare soluzioni che tutelino al contempo la salute del lavoratore e la funzionalità aziendale.

È opportuno sviluppare, in collaborazione con i servizi psicologici delle Aziende, sistemi di ascolto professionale e strutturato, capaci di supportare lavoratori in situazioni di stress lavoro-correlato o altre situazioni di disagio, anche legato a conflitti in ambito lavorativo. Quasi a costituire un'azione di "prevenzione secondaria", ciò permetterà di intercettare precocemente problematiche che non possono trovare adeguata risposta da parte dei servizi di sorveglianza sanitaria, e prevenire eventuali abusi e comportamenti opportunistici.

Emerge inoltre l'opportunità di coinvolgere maggiormente i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza nei sopralluoghi sui posti di lavoro. I sopralluoghi sui luoghi di lavoro, in particolare se per definire o aggiornare il DVR, sono momenti preziosi per sviluppare fiducia e collaborazione tra medico/i competente/i, RSPP e RLS. In particolare i RLS possono capire meglio quali sono i rischi dei diversi ambiti lavorativi e suggerire cosa l'Azienda può fare per ridurli. L'obiettivo di tale coinvolgimento è una corresponsabilizzazione rispetto a potenzialità e limiti dell'azione aziendale, riducendo la possibile postura sindacale-rivendicativa frequente tra i RLS. Tale pratica mette inoltre maggiormente in evidenza il ruolo di terzietà del medico competente nei confronti del datore di lavoro. Al contempo le Aziende sono chiamate a valorizzare e legittimare il ruolo degli RLS raccogliendo le segnalazioni ricevute e aggiornando il DVR di conseguenza.

In linea generale non è più rinviabile la definizione di politiche e regole di gestione del personale che si basino esplicitamente sulla gestione dell'età. La ricerca ha confermato una forte relazione tra limitazioni lavorative ed età anagrafica dei lavoratori. È fondamentale che la gestione del personale tenga conto di questa modifica strutturale e orienti sistematicamente le proprie politiche per tener conto dell'età dei lavoratori, utilizzando a tal fine gli spazi di autonomia di cui dispone (compresi dunque i contratti collettivi integrativi aziendali). Le leve gestionali disponibili comprendono la definizione degli orari di lavoro, la formazione e i percorsi di riqualificazione, la promozione dell'attività fisica, ecc. Il responsabile di tali politiche e tale progettazione potrebbe essere l'ufficio gestione del personale che – per quel che riguarda il tema limitazioni – potrebbe chiedere un supporto a SPP, servizio delle professioni sanitarie, medico competente, ecc. Tale cambiamento costituirebbe un parziale ma significativo contributo nell'orientare la gestione del personale delle Aziende sanitarie verso l'introduzione di percorsi professionali motivati non solo dalla necessità di dare risposta a esigenze contingenti, ma che tengano conto delle aspirazioni di crescita professionale e che valorizzino realmente le attitudini dei lavoratori.

La ricerca ha tuttavia confermato come le Aziende pubbliche del SSN abbiano difficoltà crescenti a gestire le limitazioni lavorative in quanto gli spazi per ricollocazioni organizzative adeguate sono quasi esauriti. In tale contesto, l'Azienda deve porre attenzione a definire bandi di concorso che permettano di reclutare le figure di cui essa ha realmente bisogno, eventualmente indicando i rischi collegati alla mansione. Ciò significa, per quanto possibile, definire con precisione la mansione specifica per la quale quel concorso è aperto.

6.4 Rivedere le relazioni interistituzionali e le regole di sistema²

Le competenze distintive delle diverse commissioni medico-legali previste dalla normativa appaiono in parte oscure. Serve maggiore chiarezza nel definire le differenze esistenti tra i vari giudizi medico-legali (Collegio Medico ASL, Commissione medica di verifica regionale – ex articolo 5 Decreto Legislativo 278/1998, Organi collegiali per valutazioni a fini pensionistici ex articolo 13 Legge 274/1991), le loro finalità e i loro rapporti con i giudizi di idoneità formulati dal medico competente. In particolare è necessario identificare chiaramente in quali casi è necessario ricorrere alle diverse commissioni e quali sono i soggetti titolati a riferire al datore di lavoro della necessità di una valutazione medico-legale. Appare opportuno un riordino della normativa da parte del legislatore sul tema.

Allo stesso modo non concluso appare l'allineamento sui giudizi di medico competente e organo di vigilanza ex articolo 41 Decreto Legislativo 81/2008. I servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro istituiti presso le ASL, che emettono un giudizio di seconda istanza in caso di ricorso del lavoratore o dell'Azienda al giudizio del medico competente, abitualmente non conoscono in dettaglio le mansioni specifiche assegnate al lavoratore per cui possono avere difficoltà nel valutare la bontà del giudizio di idoneità formulato dal medico competente. È necessario che i servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro esprimano un giudizio sulla mansione specifica del lavoratore. Ciò rende necessaria la conoscenza del DVR dell'Azienda e l'effettuazione di sopralluoghi nel contesto lavorativo. Per queste ragioni appare opportuno che tali servizi si confrontino periodicamente con i medici competenti e i RSPP delle Aziende sanitarie del territorio di riferimento.

Esiste inoltre la possibilità di introdurre soluzioni – anche di CCNL – per ricorrere con maggior facilità al cambio di qualifica. La questione dell'inquadramento contrattuale resta un nodo per una gestione attiva del personale, considerando soprattutto l'allungamento dei percorsi professionali e la gestione attiva dell'invecchiamento. Le regole del pubblico impiego che collegano ruoli e categorie ai titoli di studio, e le tutele retributive per il personale reinquadrato, costituiscono un'importante rigidità per la gestione del personale. A ciò si aggiunge il fatto che in alcune Regioni il cambio di profilo si considera alla stregua di una nuova assunzione, rendendolo così una strada nei fatti difficilmente percorribile. Al contempo, è importante conoscere e saper applicare gli spazi e le opportunità per la gestione aziendale offerte dalla normativa vigente, anche alla luce della recente riscrittura dell'articolo 2103 del codice civile ad opera del Decreto Legislativo 81/2015. Appare

² Si ringrazia Stefano Simonetti, già Direttore Amministrativo presso la ASL di Rieti, la AO San Filippo Neri e la ASL di Pistoia, per i preziosi suggerimenti in fase di stesura di questo paragrafo.

necessaria e urgente una revisione della normativa del pubblico impiego e dei CCNL del SSN in merito a questi due aspetti.

Sembra anche necessario fare chiarezza sulla reale applicabilità dell'art. 55-octies del Decreto Legislativo 165/2001, che prevede che, a fronte della accertata inidoneità psicofisica al servizio del dipendente, l'amministrazione possa, se l'inidoneità risulta permanente e assoluta, risolvere il rapporto di lavoro; se invece l'inidoneità risulta permanente ma relativa, procedere ad un eventuale demansionamento. Tale norma potrebbe costituire la soluzione per i casi più estremi, soprattutto di quelli con profili psichiatrici. Il problema è che non tutte le Aziende sanitarie hanno regolamentato l'istituto della risoluzione, anzi molte ritengono che la norma citata non abbia le Aziende sanitarie tra i destinatari.

È infine opportuno ridurre i possibili comportamenti di medicina difensiva da parte dei medici competenti. La possibile medicina difensiva messa in atto dal medico competente è un tema molto rilevante che dovrebbe trovare risposta nella generale revisione della normativa che regola la responsabilità professionale. Al contempo alcuni di questi comportamenti possono essere ridotti favorendo l'adozione e la condivisione di linee guida a livello aziendale e sovra aziendale, nonché la collegialità delle decisioni nei casi più complessi.

7. Conclusioni e punti aperti

di Marco Sartirana

In una fase caratterizzata da vincoli di spesa e invecchiamento della forza lavoro il tema delle inidoneità e delle limitazioni alla mansione è di evidente rilevanza per il futuro non solo della sanità italiana, ma dell'intero comparto pubblico e – con uno sguardo più ampio – del mondo del lavoro nel suo complesso. La ricerca ha rilevato che almeno l'11,8% del personale in servizio del SSN a fine 2014, pari a circa 80.000 lavoratori, nei dieci anni precedenti ha avuto un giudizio di inidoneità o di idoneità parziale con limitazioni rispetto alla mansione alla quale era precedentemente assegnato. Come detto nelle pagine precedenti, tale prevalenza è peraltro marcatamente sottostimata per le diffuse lacune nelle informazioni disponibili con relativa agibilità presso le aziende. Inoltre, la ricerca ha confermato come il numero dei dipendenti non pienamente idonei aumenti in modo significativo al crescere dell'età e le limitazioni si concentrino soprattutto nei ruoli operativi di tipo socio-assistenziale, finendo per pregiudicare soprattutto l'operatività dei reparti ospedalieri a maggiore intensità assistenziale.

L'assenza di informazioni rilevate sistematicamente a livello regionale o nazionale in grado di consentire analisi comparative era uno dei ostacoli allo sviluppo di diagnosi condivise del problema a livello di dibattito pubblico e di *policy* sanitaria. La ricerca, la prima a far luce su questo fenomeno, ha accompagnato ad una rigorosa analisi quantitativa una serie di approfondimenti qualitativi in grado di esplorare le dinamiche organizzative sottostanti la gestione delle inidoneità, mettendo in luce numerose criticità ma anche esperienze gestionali capaci di contenere l'impatto organizzativo di tale fenomeno. In questo senso, la ricerca ha guardato alle relazioni tra i diversi attori coinvolti (Regioni, datori di lavoro, dipendenti e loro organizzazioni sindacali, medici competenti) allo scopo favorire la collaborazione nella valorizzazione delle diverse prospettive e specificità. La ricerca ha inoltre supportato l'avvio di iniziative a livello nazio-

nale, regionale e aziendale capaci di mantenere condizioni di “fisiologia” organizzativa nella gestione del fenomeno, evitando di farlo evolvere verso condizioni “patologiche”.

L'importanza della rilevazione è stata confermata dalla visibilità che i media nazionali hanno dato ai risultati della ricerca, che è stata ripresa su numerosi quotidiani e mezzi di comunicazione. Tuttavia, appare quanto mai necessario evitare il rischio di una ipersemplicizzazione della materia, che rischia di associare il fenomeno che qui si è indagato alla polemica sui “fannulloni” e su altre critiche mosse al pubblico impiego. È evidente come sia innegabile una quota di abusi, con individui che approfittano di medici compiacenti o strumenti gestionali deboli per interessi opportunistici. È possibile anche, sebbene tale ipotesi non possa essere confermata con i dati a nostra disposizione, che vi siano differenze interregionali nel numero di limitazioni. È però importante sottolineare come il tema della gestione dei dipendenti con limitazioni lavorative sia un ambito di grande complessità organizzativa, in cui si confrontano diversi e legittimi interessi e approcci professionali. Il problema principale rilevato dalla nostra indagine è che a fronte di tale complessità si riscontra una drammatica carenza di *policy* e spesso anche di *management*, con conseguenze negative e pesanti per gli operatori e per la capacità delle aziende sanitarie di rispondere alla domanda di salute dei pazienti. E in contesti caratterizzati da assenza di chiarezza di ruoli e compiti, procedure definite, luoghi e strumenti di collaborazione e modalità di verifica, anche eventuali abusi trovano un terreno fertile di sviluppo.

La ricerca, supportata in misura determinante dai partecipanti al Comitato Guida e dalla sua composizione multidisciplinare, ha quindi potuto leggere fin dalle sue prime fasi e lungo tutto il suo svolgimento la complessità del fenomeno tenendo conto delle sue numerose sfaccettature, così da identificare un portafoglio di proposte di soluzioni articolato e condiviso. Le misure che si suggerisce di adottare incidono infatti su una pluralità di dimensioni. In alcuni casi si tratta di decisioni organizzative e prassi gestionali interne alle singole Aziende e che dunque interpellano la dimensione manageriale, come nel caso dell'entità e delle attività svolte dal personale della sorveglianza sanitaria (medici competenti e operatori di supporto), delle dotazioni informatiche, dell'utilizzo di strumenti standardizzati di classificazione del rischio, delle modalità di integrazione multidisciplinare o delle reti di specialisti. In altri casi riguardano le competenze professionali dei diversi attori coinvolti nelle attività di prevenzione e di sorveglianza e dunque interpellano principalmente i medici competenti, i RSPP, ecc. e quindi la dimensione professionale. Altre proposte guardano invece alla regolamentazione del SSN e il rapporto con altri attori del sistema, *in primis* i servizi di prevenzione e sicurezza sugli ambienti di lavoro.

ro delle ASL che la normativa identifica quali soggetti chiamati a esprimere giudizio di seconda istanza ma che operano con criteri e modalità disallineate rispetto ai medici competenti. Altre proposte ancora chiamano in causa soggetti quali l'INAIL, chiamato ad accogliere meglio le richieste giustificate di riconoscimento della malattia professionale. Gli approfondimenti offerti dall'analisi realizzata nell'ambito dell'Osservatorio FIASO Politiche del Personale hanno poi confermato la rilevanza di alcune criticità, ad esempio la frequenza con cui la valutazione di seconda istanza è diversa dal giudizio del medico competente, acuendo i contrasti organizzativi e riducendo autorevolezza e autonomia al medico competente. Numerosi sono stati infine gli spunti emersi nel convegno di presentazione dei risultati della ricerca, riportati in appendice al presente volume.

È positivo e incoraggiante osservare il concreto impatto che la ricerca ha avuto nelle prassi gestionali di numerose Regioni e Aziende. In particolare è da segnalare l'esperienza di Regione Veneto che in seguito al progetto di ricerca ha avviato un gruppo di lavoro regionale che ha disegnato uno strumento condiviso per la formulazione dei giudizi di idoneità e l'attribuzione delle limitazioni, e si è dotata di un *software* comune utilizzato da tutte le aziende regionali in grado favorire i confronti e l'allineamento delle pratiche. Significativa è stata anche la richiesta informativa in merito al “personale dipendente con limitazione permanente di idoneità” che il Ministero della Salute ha rivolto alle Regioni per rilevare le inidoneità al fine di considerare il dato in fase di pianificazione del personale¹. Tuttavia non si può non segnalare come tale flusso informativo rischi di risultare poco efficace in assenza di metodologie di rilevazione condivise. Ad esempio, come emerso nella ricerca, la maggior parte dei medici competenti assegna limitazioni temporanee anche a soggetti passibili di riconoscimento di limitazione permanente. Inoltre vi sono limitazioni permanenti che hanno diversi livelli di impatto sull'attività lavorativa dell'operatore (si pensi alle limitazioni all'uso prolungato di videoterminali a confronto con, ad esempio, l'esclusione dai turni notturni).

Tra le numerose riflessioni e proposte racchiuse in questo volume vogliamo richiamarne una, in qualche misura fondante e capace di racchiudere le altre. Si tratta dell'importanza dell'umanizzazione, non solo delle cure e dell'assistenza, ma della sanità nel suo complesso, con particolare riferimento alla gestione del personale delle nostre Aziende sanitarie. Oggi troppo spesso gli operatori sono considerati alla stregua di numeri, voci di costo, portatori di competenze più o meno fungibili, dalle direzioni aziendali, sanitarie o infermieristiche e dagli uffici del personale. In molti casi manca un interlocutore aziendale in grado di

¹ Nota del 31 marzo 2016 relativa alle indicazioni operative in merito all'applicazione della Legge 208/2015 commi 541, 542 e 543.

rilevare capacità, aspettative di sviluppo, aspirazioni, esigenze personali, e di disegnare insieme percorsi organizzativi e di sviluppo professionale che tengano conto di questi elementi. In alcuni casi, quando è presente, tale ruolo è svolto dal referente immediato di linea (direttore di struttura o coordinatore), che però non sempre dispone di adeguata capacità decisionale e visione d'insieme sul percorso dell'operatore nel tempo. È necessario un deciso investimento sulle competenze delle direzioni delle risorse umane nella sanità pubblica italiana, estendendone il perimetro di attività e mettendoli in grado di introdurre strumenti di pianificazione delle carriere, formazione, *talent management*, gestione dell'invecchiamento rivolti a tutti e in maniera sistematica e strutturata. Ciò consentirebbe di superare il frequente approccio reattivo, in cui le direzioni del personale si attivano solo per risolvere casi estremi, implicitamente incoraggiando l'utilizzo di modalità improprie – quali i giudizi di idoneità parziale – per richieste di natura personale o relazionale. A titolo di esempio, notevoli sarebbero i vantaggi di un ricorso frequente al meccanismo di *job rotation*, che offre elevati benefici in termini motivazionali e può tutelare la salute quando consente un'alternanza nell'esposizione alle mansioni a più alto rischio.

Il progetto i cui risultati sono riportati in questo volume si è concluso nel dicembre 2015, ma il lavoro di ricerca sul tema delle inidoneità è proseguito nel 2016 nell'ambito dell'Osservatorio FIASO Politiche del Personale. Numerosi risultati sono stati conseguiti, ma ancora molti rimangono i temi da esplorare. Futuri approfondimenti potranno estendere l'analisi, per sviluppare confronti e indagini comparative, al settore della sanità privata. O avvicinare il settore socioassistenziale, particolarmente interessato dal fenomeno inidoneità vista la tipologia di personale impiegato e l'impegno fisico che grava su molti operatori. Molto interessante sarebbe inoltre sviluppare uno studio comparativo internazionale sulle modalità di gestione delle limitazioni lavorative nei sistemi sanitari di altri paesi europei, confrontando le politiche per la prevenzione e la gestione dei rischi, il ruolo di datori di lavoro, società professionali, sindacati, assicurazioni. Un ulteriore ambito di indagine è la stima dell'impatto economico delle non idoneità a livello di sistema, in termini di costo organizzativo, esigenza di personale in sostituzione o affiancamento, eventuale incremento delle assenze per malattia, ecc. Da ultimo, avvicinando il tema dalla prospettiva della sociologia delle professioni, sarebbe possibile analizzare le modalità con cui i medici competenti vivono il loro ruolo intrinsecamente ibrido, la cui professionalità e deontologia è chiamata a contemperare la tutela della salute dei dipendenti con il supporto alla funzionalità aziendale. Un'analisi funzionale a identificare i fattori personali e di contesto che ostacolano o supportano tale ruolo ibrido, nonché le pratiche professionali e organizzative che lo possono supportare. Numerose sono quindi le possibili piste di ricerca rimaste aperte, che ci auspichiamo possano essere esplorate nel prossimo futuro.

Postfazione

di Francesco Ripa di Meana*

Gestire in maniera appropriata il fenomeno delle inidoneità e delle idoneità con limitazioni è condizione necessaria per poter perseguire le finalità delle aziende sanitarie, oggi e nei prossimi anni. Le soluzioni tampone prevalentemente adottate finora, con approcci uniprofessionali e di breve periodo, quali ad esempio il riposizionamento dei dipendenti con limitazioni sul territorio, negli ambulatori o nelle segreterie di reparto, semplicemente non sono più percorribili. E il tema inidoneità rientra tra i principali protagonisti del più ampio capitolo delle strategie di gestione dell'*ageing* dei dipendenti SSN. La sfida è e sempre più sarà quella di prevenire i problemi di salute psicofisica e di stress, mantenere alta la motivazione in tutte le fasi della vita professionale, favorire l'integrazione tra lavoro ed esigenze personali e familiari che evolvono nel tempo.

Il progetto CeRGAS Bocconi, che FIASO (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere) ha scelto fin da subito di supportare, ha avuto il pregio di approcciare in maniera multidisciplinare un tema delicato e complesso, che troppo spesso si presta a semplificazioni polemiche di parte. Lo ha fatto con rigore metodologico e soprattutto con un processo di continua e costante condivisione con tutti i principali profili professionali coinvolti nella gestione delle inidoneità. La ricchezza dei risultati, delle *best practice* identificate e delle indicazioni di *policy* e management suggerite conferma la bontà dell'impostazione del lavoro. La palla passa ora ai decisori nazionali e regionali e alle aziende: FIASO si farà promotrice delle indicazioni contenute in questo volume sui tavoli della contrattazione in corso, nonché favorendo tra le sue associate lo sviluppo delle linee di azione indicate nel testo, quali – tra le altre –

* Presidente FIASO.

il potenziamento dei sistemi informativi per la sorveglianza sanitaria, lo sviluppo di strumenti di prevenzione delle limitazioni, la redazione di protocolli e sistemi condivisi per la classificazione del rischio, l'incremento delle *communities of practice* e dei momenti di integrazione e allineamento professionale, l'aumento di opportunità di *job rotation* del personale.

Tutto ciò si inserisce sul filone di intervento sulle politiche di gestione delle risorse umane e sulla valorizzazione del capitale umano, temi su cui si è concentrata l'attenzione della Federazione negli ultimi anni, spesso promuovendo progetti originali e innovativi. In particolare, nel 2015 il secondo biennio di attività del Laboratorio FIASO "Sviluppo e tutela del benessere e della salute organizzativa nelle aziende sanitarie", progetto che, aggiornando e integrando gli strumenti metodologici già elaborati nel primo biennio, ha avviato un percorso per la valutazione del rischio di stress lavoro-correlato nei professionisti delle aziende sanitarie pubbliche. Mentre nel 2016 è stato avviato, proprio con la collaborazione del CeRGAS Bocconi, l'Osservatorio "Politiche del personale del SSN", con l'obiettivo di sviluppare ricerche sui temi dell'impatto della normativa comunitaria sugli orari di lavoro, dell'invecchiamento del personale sanitario e, precisamente, delle limitazioni allo svolgimento della mansione specifica.

Si tratta quindi di tematiche che ricoprono una rilevanza particolare perché da esse dipende la tenuta del SSN, e su cui FIASO è e continuerà a essere in prima linea a fianco delle aziende e a supporto dei *policymaker*.

Appendice

Il Testo Unico in materia di salute e sicurezza sul lavoro – Decreto Legislativo 9 aprile 2008 n. 81

Il Decreto Legislativo 9 aprile 2008, numero 81, costituisce il riferimento di base per la sorveglianza sanitaria e dunque il regime delle inidoneità e delle idoneità parziali alla mansione specifica. Qui di seguito se ne riportano gli elementi chiave, rispetto a quanto trattato nel presente contributo.

Art. 2 – Definizioni

(...)

- m) «sorveglianza sanitaria»: insieme degli atti medici, finalizzati alla tutela dello stato di salute e sicurezza dei lavoratori, in relazione all'ambiente di lavoro, ai fattori di rischio professionali e alle modalità di svolgimento dell'attività lavorativa;
- n) «prevenzione»: il complesso delle disposizioni o misure necessarie anche secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, per evitare o diminuire i rischi professionali nel rispetto della salute della popolazione e dell'integrità dell'ambiente esterno;
- o) «salute»: stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non consistente solo in un'assenza di malattia o d'infermità;

Art. 41 – Sorveglianza sanitaria

1. La sorveglianza sanitaria è effettuata dal medico competente:

- a) nei casi previsti dalla normativa vigente, dalle indicazioni fornite dalla Commissione consultiva di cui all'articolo 6;
- b) qualora il lavoratore ne faccia richiesta e la stessa sia ritenuta dal medico competente correlata ai rischi lavorativi.

2. La sorveglianza sanitaria comprende:

- a) visita medica preventiva intesa a constatare l'assenza di controindicazioni al lavoro cui il lavoratore è destinato al fine di valutare la sua idoneità alla mansione specifica;
- b) visita medica periodica per controllare lo stato di salute dei lavoratori ed esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica. La periodicità di tali accertamenti, qualora non prevista dalla relativa normativa, viene stabilita, di norma, in una volta l'anno. Tale periodicità può assumere cadenza diversa, stabilita dal medico competente in funzione della valutazione del rischio. L'organo di vigilanza, con provvedimento motivato, può disporre contenuti e periodicità della sorveglianza sanitaria differenti rispetto a quelli indicati dal medico competente;
- c) visita medica su richiesta del lavoratore, qualora sia ritenuta dal medico competente correlata ai rischi professionali o alle sue condizioni di salute, suscettibili di peggioramento a causa dell'attività lavorativa svolta, al fine di esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica;
- d) visita medica in occasione del cambio della mansione onde verificare l'idoneità alla mansione specifica;
- e) visita medica alla cessazione del rapporto di lavoro nei casi previsti dalla normativa vigente;
- e-bis) visita medica preventiva in fase preassuntiva;
- e-ter) visita medica precedente alla ripresa del lavoro, a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi, al fine di verificare l'idoneità alla mansione.

2-bis. Le visite mediche preventive possono essere svolte in fase preassuntiva, su scelta del datore di lavoro, dal medico competente o dai dipartimenti di prevenzione delle ASL. La scelta dei dipartimenti di prevenzione non è incompatibile con le disposizioni dell'articolo 39, comma 3.

3. Le visite mediche di cui al comma 2 non possono essere effettuate:

- (...)
- b) per accertare stati di gravidanza;
- c) negli altri casi vietati dalla normativa vigente.

4. Le visite mediche di cui al comma 2, a cura e spese del datore di lavoro, comprendono gli esami clinici e biologici e indagini diagnostiche mirati al rischio ritenuti necessari dal medico competente. Nei casi ed alle condizioni previste dall'ordinamento, le visite di cui al comma 2, lettere a), b), d), e-bis) e e-ter) sono altresì finalizzate alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti.

4-bis. Entro il 31 dicembre 2009, con accordo in Conferenza Stato-Regioni, adottato previa consultazione delle parti sociali, vengono rivisitate le condizioni e le modalità per l'accertamento della tossicodipendenza e della alcol dipendenza.

5. Gli esiti della visita medica devono essere allegati alla cartella sanitaria e di rischio di cui all'articolo 25, comma 1, lettera c), secondo i requisiti minimi contenuti nell'Allegato 3A e predisposta su formato cartaceo o informatizzato, secondo quanto previsto dall'articolo 53.

6. Il medico competente, sulla base delle risultanze delle visite mediche di cui al comma 2, esprime uno dei seguenti giudizi relativi alla mansione specifica:

- a) idoneità;
- b) idoneità parziale, temporanea o permanente, con prescrizioni o limitazioni;
- c) inidoneità temporanea;
- d) inidoneità permanente.

6-bis. Nei casi di cui alle lettere a), b), c) e d) del comma 6 il medico competente esprime il proprio giudizio per iscritto dando copia del giudizio medesimo al lavoratore e al datore di lavoro.

7. Nel caso di espressione del giudizio di inidoneità temporanea vanno precisati i limiti temporali di validità.

(...)

9. Avverso i giudizi del medico competente, ivi compresi quelli formulati in fase preassuntiva, è ammesso ricorso, entro trenta giorni dalla data di comunicazione del giudizio medesimo, all'organo di vigilanza territorialmente competente che dispone, dopo eventuali ulteriori accertamenti, la conferma, la modifica o la revoca del giudizio stesso.

Art. 42 – Provvedimenti in caso di inidoneità alla mansione specifica

1. Il datore di lavoro, anche in considerazione di quanto disposto dalla legge 12 marzo 1999, n. 68, in relazione ai giudizi di cui all'articolo 41, comma 6, attua le misure indicate dal medico competente e qualora le stesse prevedano un'inidoneità alla mansione specifica adibisce il lavoratore, ove possibile, a mansioni equivalenti o, in difetto, a mansioni inferiori garantendo il trattamento corrispondente alle mansioni di provenienza.

- Movimentazione manuale pazienti non / parzialmente collaboranti		Somministrazione pasti					
		Cambio posturale					
	Spostamento paziente	Da carrozzina a letto e viceversa					
		Da letto a letto, da barella a letto					
	Trasporto paziente	Con carrozzina					
		Con letto					
		Con barella					
		A piedi (accompagnamento)					
	- Movimentazione manuale carichi	Trasporto / sollevamento carichi					
- Gestione Emergenze	Rianimazione cardio-polm.	Diretta			NOTE:		
		Indiretta (di supporto)					

RISCHI	Limitazioni / Pre-scrizioni		NOTE:
	NO	SI	
- Stazione eretta prolungata (limiti temporali consigliati)			
- Posture incongrue			
- Turni notturni: (specificare n° turni):			

	NO	SI	NOTE:
B) CHIMICO:			
- Allergizzanti (lattice, ecc..)			
- Irritanti (solventi, disinfettanti, ecc..)			
- Antiblastici			

	NO	SI	NOTE:
C) BIOLOGICO:			
- Manovre invasive			
- Accessi vascolari			
- Assistenza diretta a pazienti con patologie trasmissibili in atto (es. scabbia, TBC, ecc..)			

	NO	SI	NOTE:
<i>D) VIDEOTERMINALI</i>			
<i>Altro:</i>			

Data Medico Competente

Atti del convegno “Le inidoneità e le limitazioni lavorative del personale del SSN. Dimensioni del fenomeno e proposte” del 10 dicembre 2015

Giovedì 10 dicembre 2015 si è tenuto, presso l'aula Perego dell'Università Bocconi, il convegno finale di presentazione dei risultati del progetto di ricerca "Le inidoneità e le limitazioni lavorative del personale SSN. Dimensioni del fenomeno e proposte", oggetto della presente pubblicazione.

Come riportato nel Box qui sotto, la presentazione dei dati da parte degli autori è stata seguita da due tavole rotonde: durante la prima, i risultati della ricerca sono stati commentati da alcune delle Aziende e Regioni coinvolte nel progetto; durante la seconda, invece, sono state discusse le prospettive di sistema e di management per la gestione delle non idoneità lavorative. Il contenuto degli interventi di entrambe le discussioni viene di seguito riportato; per motivi di brevità non vengono riportati gli interventi dei moderatori.

Box. Programma del convegno del 10 dicembre 2015

Saluto introduttivo

Elio Borgonovi, CERGAS Università Bocconi

I risultati del programma di ricerca

Carlo De Pietro, CERGAS Università Bocconi

Guglielmo Pacileo, CERGAS Università Bocconi

Agnese Pirazzoli, CERGAS Università Bocconi

Marco Sartirana, CERGAS Università Bocconi

Tavola rotonda

Il punto di vista delle Regioni e delle Aziende

Giovanni Battista Bochicchio, Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Claudio Costa, Regione Veneto

Daniele Tovoli, Azienda USL di Bologna
 Giuliana Vuillermin, Azienda USL della Valle d'Aosta

Tavola rotonda

Prospettive di sistema e di management per la gestione delle inidoneità lavorative

Pietro Apostoli, Università degli Studi di Brescia e Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia

Donato Carrara, Nursind

Sergio Iavicoli, INAIL

Walter Locatelli, FIASO e ASL di Milano

Franco Vallicella, IPASVI

Daniela Volpato, Cisl FP

Tavola rotonda “Il punto di vista delle Regioni e delle Aziende”

Guglielmo Pacileo

Buongiorno a tutti. Mi associo innanzitutto ai colleghi nel ringraziare tutte le persone che hanno accettato di contribuire a questa prima tavola rotonda, che si propone di trattare il tema non appena presentato dal punto di vista delle Regioni e delle Aziende coinvolte nel progetto. Vi chiederei quindi un primo commento ai dati per poi passare agli elementi specifici che caratterizzano le vostre Aziende e/o Regioni di appartenenza in merito a questi temi. Possiamo procedere in ordine alfabetico. Prego.

Giovanni Battista Bochicchio

Buongiorno a tutti, devo dire che ho molto apprezzato la ricerca, che sicuramente va ulteriormente approfondita. Per esempio, sarei curioso di confrontare quante assenze ha fatto il personale nel periodo precedente e in quello successivo al riconoscimento della limitazione funzionale.

In questo nuovo umanesimo in cui non parliamo più di risorse umane ma di persone, in cui ci occupiamo prima delle persone e poi delle cose, è evidente che per noi direttori generali e per chi accompagna i percorsi di salute del personale e delle persone in cura, ognuna di queste persone che non lavora o lavora meno crea difficoltà gestionali nel portare cure efficaci ai pazienti. Questo è sicuramente uno dei nostri maggiori problemi, che tra l'altro è esploso in maniera ancora più importante all'indomani del 26 novembre di quest'anno, in quanto il riconoscimento della normativa europea sugli orari di lavoro da parte del nostro Paese ha messo in ginocchio molte Aziende; molti direttori generali sono infatti stati lasciati soli, spesso senza il supporto delle proprie Regioni, e hanno dovuto così inventare nuove soluzioni per i turni di lavoro cosiddetti massacranti. Questi ultimi sono forieri di nuove inidoneità nel futuro, forse ben oltre quel 15% a cui accennava De Pietro, e ci mettono nella condizione di ridisegnare tutto l'assetto istituzionale e di fare proiezione nelle nuove inidoneità in relazione alla vecchia normativa e di quella soprav-

venuta con la quale, probabilmente, dovremo fare i conti. La Regione Basilicata, all'indomani del 26 novembre 2015, giorno della scadenza, ha promosso una legge con la quale ha permesso ai direttori generali di conteggiare tutte le ore di assenza del personale dal servizio e di ricorrere a forme di assunzione di personale a tempo determinato, quindi al di fuori dei tetti di spesa e di tutte le normative che conosciamo, per tutte quelle ore di lavoro perse nell'anno di riferimento. Che è una piccola cosa in questo panorama, perché in ogni caso non ci mette nella condizione ad oggi di poter organizzare al meglio il nostro lavoro.

Una tra le cose che emerge dalla visione delle diapositive è una domanda che faccio a me stesso e all'uditorio: "che cosa cambia tra me che ho la mia cervicale e i miei dolori di schiena e che comunque puntualmente vado a lavorare tutti i giorni (tranne quel momento in cui devo ricorrere ad un piccolo riposo) e chi si fa riconoscere non idoneo?" Evidentemente c'è qualcos'altro su cui dobbiamo indagare. In questo quadro di disagio organizzativo, cui si è accennato, l'attenzione alla persona in quanto tale avrà sempre maggiore rilevanza.

Daniele Tovoli

Credo che la rilevanza del fenomeno emerga sia dall'interesse dimostrato da parte di quest'aula così piena, sia dal mormorio che certe affermazioni sollecitano nelle persone presenti. Sicuramente è curioso che ci siamo accorti del problema delle inidoneità soltanto adesso; e quando ce ne siamo accorti? Fondamentalmente quando sono arrivate le strette finanziarie che hanno impedito il *turnover* di personale che prima si dava quasi per scontato all'interno delle nostre Aziende.

Un altro aspetto che volevo sottolineare è che, dopo 20 anni di applicazione della normativa in igiene e sicurezza del lavoro, ci troviamo ancora di fronte ad una crescita del fenomeno che è difficile (e i lucidi l'hanno mostrato in maniera abbastanza chiara) prevedere.

Il tema delle inidoneità si lega strettamente con l'anzianità lavorativa, con il disagio lavorativo, con le forme di tutela presenti all'interno delle nostre strutture sanitarie in cui una quota parte del personale non può svolgere efficacemente la propria attività. Questo tema nella mia Regione, l'Emilia-Romagna, è stato affrontato da lungo tempo. Una delle soluzioni trovate è stata quella di cercare di favorire il confronto fra due soggetti che dal punto di vista tecnico hanno un ruolo fondamentale nella gestione di questi aspetti, ovvero i servizi di prevenzione e protezione e i medici competenti. All'interno della Regione c'è un coordinamento permanente da ormai cinque anni, il quale mette a confronto questi due soggetti che molto spesso, bisogna dirlo, fanno fatica a convivere perché si vedono come estranei. Ancora oggi io vedo in alcuni convegni delle presentazioni dove il medico competente è da una parte e

servizi di prevenzione e protezione dall'altra. È chiaro che la funzione di medico competente è molto delicata e deve trovare sostanza in una valutazione del rischio che le sia di supporto. È chiaro che mettere insieme due soggetti che hanno due ruoli fondamentali permette di fare delle valutazioni, di produrre dei documenti, di condividere delle prassi di maggior valore, cosa che voi avete citato molto spesso nel vostro lavoro. Molto importante è anche cominciare ad attribuire un ruolo rilevante in questo tema alla gestione delle risorse umane. Credo che all'interno delle organizzazioni sanitarie sia il momento di cominciare a gestire le risorse umane facendo delle analisi proiettive su quale sarà la forza-lavoro o comunque la capacità lavorativa dei nostri professionisti entro il raggiungimento dell'età pensionabile. Questo sinora non è mai stato fatto, ma sicuramente una gestione più attenta delle risorse umane dall'assunzione alla gestione del percorso di carriera e di sviluppo all'interno dell'organizzazione è fondamentale. Un altro tema rilevante è spingere verso i sistemi di prevenzione primaria, cioè: a seguito della valutazione del rischio, cosa è stato fatto per ridurre il rischio stesso all'interno delle organizzazioni? Anche senza informatizzare l'interfaccia col paziente, per esempio attraverso un *robot* che forse è qualcosa di lontano a venire, ci sono degli strumenti che possono diminuire il profilo di rischio e quindi rendere "idonei" coloro che hanno delle limitazioni.

Quelli elencati sono strumenti fondamentali e, anche se alcune Aziende hanno fatto molti passi in avanti, quello delle limitazioni e della sorveglianza sanitaria è un tema che andrebbe ancora approfondito; molto spesso infatti anche i professionisti sanitari pensano che l'inidoneità sia qualcosa di permanente che una volta dato rimane per tutta la vita. In questo modo però l'inidoneità diventa uno strumento quasi contrattuale e questa è una cultura che bisogna cercare di cambiare.

Claudio Costa

Buongiorno a tutti, io volevo iniziare con un brevissimo ringraziamento. Volevo ringraziare il Professor De Pietro e i suoi colleghi per il rigore e la serietà con cui hanno condotto questa ricerca. Volevo anche ringraziare il Dottor Di Giacomo e la Dottoressa Torri, due medici competenti di due nostre Aziende, che hanno partecipato sin dall'inizio al comitato guida del progetto e hanno dato un contributo molto importante allo sviluppo della ricerca.

Il Dottor Di Giacomo e la Dottoressa Torri fanno anche parte di un gruppo di lavoro con cui Regione Veneto ha cercato di dare continuità a questo lavoro di ricerca ed è di questo che vorrei prima di tutto parlare. È vero che abbiamo messo a disposizione del CeRGAS alcuni dati dei nostri 60.000 dipendenti, tutti quelli delle nostre 24 Aziende, però è anche vero che abbiamo utilizzato questo progetto di ricerca come occasione per affrontare, per essere proattivi rispetto a questo tema di cui tanto e spesso si discute ma su cui poi

spesso poco si fa. Noi abbiamo partecipato appunto in maniera molto attiva al progetto, abbiamo coinvolto tutte le Aziende con l'ottica di utilizzare i dati ricavati per cercare di governare in qualche maniera il fenomeno. Come stiamo cercando di farlo? Abbiamo costituito un gruppo di lavoro (anche partendo dal fatto che in Regione Veneto esiste da numerosi anni un coordinamento dei medici competenti che lavorano nelle nostre Aziende sanitarie) formato da medici competenti, direttori sanitari, direttori delle professioni sanitarie e direttori del personale con fondamentalmente tre obiettivi: il primo è creare delle tassonomie condivise sui fattori di rischio e sulle connesse prescrizioni e limitazioni; il secondo è tracciare, definire un processo standardizzato di sorveglianza sanitaria da adottare nelle diverse Aziende; il terzo è descrivere le specifiche tecniche di un applicativo, di una piattaforma informatica, che Regione acquisirà e metterà a disposizione di tutte le Aziende. Questo applicativo sarà a disposizione del medico competente, delle Aziende e della Regione e sarà utile sia per omogeneizzare i processi aziendali di sorveglianza sanitaria, sia per il recupero di tutto il patrimonio informativo da parte delle Aziende, sia per l'elaborazione di dati aggregati da parte della Regione, sia per definire i contenuti della cartella sanitaria informatizzata che costituisce l'*output* principale di questo *software*. Il gruppo, che è stato costituito a Maggio 2015, di fatto ha già quasi concluso i suoi lavori. Solo per farvi qualche esempio, ha lavorato molto sulle tassonomie e mi pare di ricordare, il Dottor Di Giacomo penso possa confermare, che erano state rilevate 350 diverse limitazioni che sono state riaggragate in circa 30 categorie. Tutte queste tassonomie chiaramente costituiranno un glossario comune e saranno reperibili nel sistema informatico. Quindi diciamo che stiamo cercando di porre le basi per riuscire ad avere elementi informativi di supporto nel governo del sistema. Stiamo elaborando in questi giorni il capitolato tecnico di questa piattaforma informatica ed entro la fine del 2015 usciremo con una procedura ad evidenza pubblica; chiederemo al mercato di metterci a disposizione una piattaforma informatica che faccia le cose che a noi servono. Sarà una piattaforma "tarata", un vestito sartoriale, che farà le cose che secondo noi sono importanti e che credo sarà a disposizione delle Aziende, anzi sarà sicuramente a disposizione delle Aziende, entro la fine del 2016. Questo è stato l'approccio che abbiamo seguito nel progetto nell'ottica di, come si dice, "cercare di orientare le vele se non si è capaci di orientare il vento". Quindi in qualche maniera di non subire il fenomeno, ma di cercare di gestirlo. Penso anche che questo lavoro ci tornerà utile perché secondo me a breve, anzi a brevissimo, il tema tornerà di grandissima attualità a livello nazionale.

Giuliana Vuillermin

Buongiorno a tutti, intanto vorrei portarvi i saluti del nostro direttore generale che non è potuto venire per problemi di tipo istituzionale e avrebbe tenuto tan-

tissimo ad essere presente. Io lavoro come responsabile del SITRA presso l'Azienda USL della Valle d'Aosta. L'Azienda copre tutto il territorio regionale ed è una sola, quindi vive molto le difficoltà di ricollocazione di persone che hanno limitazioni importanti o problemi di salute. Quando mi è stato proposto di partecipare a questo lavoro l'ho fatto molto volentieri perché mi sembrava che, soprattutto negli ultimi anni, il fenomeno stesse aumentando; infatti, quando sono stata contattata per la ricerca, stavo già raccogliendo in modo autonomo una serie di dati rispetto alle limitazioni del personale. Parallelamente, come diceva prima anche il Dottor Costa, si stavano riducendo le risorse. La Valle d'Aosta è sempre stata una Regione abbastanza ricca, che quindi ha potuto agire anche in termini proattivi, fornendo tutto quel materiale che poteva essere di supporto al personale con limitazioni; purtroppo però la crisi è arrivata anche nella nostra Regione, motivo per cui insieme alla popolazione hanno iniziato ad invecchiare anche il materiale e la strumentazione messa a disposizione. Per noi è fondamentale fornire questa strumentazione e prestare attenzione al tema delle limitazioni, tant'è che lavoriamo in stretto contatto con la medicina preventiva, con la responsabile del servizio prevenzione e protezione che peraltro è qui presente, e con il medico competente; in quest'ultimo caso però vi sono più difficoltà, in particolare per una questione di tempo perché nella nostra realtà c'è un solo medico libero professionista presente due volte alla settimana.

Rispetto invece al discorso dell'invecchiamento della popolazione, prima sentivo dire che l'OSS è una figura relativamente giovane; da noi questo non è sempre vero. Spesso infatti succede che l'attività dell'OSS sia un po' un'attività di ripiego: dopo aver fatto tutta una serie di altri mestieri, si diviene OSS ad un'età avanzata e pertanto già con delle limitazioni o con il rischio di svilupparle a breve. Queste situazioni sono quindi spesso abbastanza complesse da gestire.

Noi purtroppo non abbiamo la fortuna di lavorare come in Veneto, in Emilia-Romagna o in Piemonte dove varie Aziende si possono collegare fra loro, perché ne abbiamo una sola; se però Regione Veneto sta lavorando ad una tassonomia condivisa sicuramente potrà essere utile anche a noi un confronto. Questo confronto può essere utile perché spesso noi ci troviamo a discutere con i rappresentanti sindacali, e vedo qui che sono presenti in diversi, in quanto non sempre è facile interpretare e/o applicare le prescrizioni o le limitazioni. Mi ha fatto sorridere l'esempio di prima, quello dell'infermiere che non può lavorare in otorinolaringoiatria, perché noi certe volte abbiamo l'infermiere che è idoneo a fare l'infermiere ma non può fare assistenza al paziente. Ci ritroviamo con queste situazioni per cui diciamo: e mo' che fa?". Il più delle volte non si vuole cambiare qualifica al dipendente ma purtroppo bisogna tenere conto di quelle che sono le sue reali possibilità. Abbiamo la stessa difficoltà, anche se non è una limitazione, rispetto al caso delle donne in stato

di gravidanza, che il più delle volte vengono ritenute non idonee mentre ci sono una serie di attività che possono tranquillamente svolgere senza essere trattate come malate e a rischio di gravidanza patologica.

In conclusione posso affermare che la nostra esperienza di collaborazione con il CeRGAS è stata molto positiva; anch'io mi unisco ai ringraziamenti perché ci ha consentito di far emergere delle difficoltà di comunicazione che stiamo provando a risolvere con una grandissima collaborazione, e nel tempo ci consentirà di vedere, insieme ai coordinatori e ai responsabili infermieristici o tecnici dei dipartimenti, i passi avanti fatti.

Guglielmo Pacileo

A questo punto ringrazio tutti coloro che sono intervenuti portando prospettive differenti. Ringrazio il Dottor Bochicchio che ci ha ricordato come il tema della gestione delle inidoneità sia strettamente collegato al tema della gestione del personale e come le vicende recenti rendano ancora più complessa questa partita. Ringrazio la Dottoressa Vuillermin che ci ha ricordato come l'obiettivo di questo progetto fosse misurare il fenomeno e trovare delle buone pratiche che fossero trasmissibili da contesto a contesto, ma comunque adattabili. Questo è un elemento che nell'approccio del CeRGAS Bocconi è fondamentale, nel senso che ogni soluzione deve essere ragionata all'interno dello specifico contesto sapendo che la contaminazione fra realtà differenti è fondamentale per creare una comunanza di buone pratiche. E come buone pratiche abbiamo visto almeno due esempi molto interessanti. Innanzitutto l'esempio di Bologna, in cui è stato creato un gruppo di lavoro sovra-aziendale con ampio respiro che consente di far parlare fra loro attori differenti della sorveglianza sanitaria. In seguito l'esempio della Regione Veneto, che ci dice che una parte della partita è nelle mani delle Regioni che devono dare delle linee guida per gestire al meglio il fenomeno, e che sta creando uno strumento per conoscerne le dimensioni e monitorarlo nel tempo, così da capire se le soluzioni adottate stiano funzionando oppure no.

Allora io ringrazio ancora le persone che sono intervenute e passo la parola alla seconda tavola rotonda.

Tavola rotonda “Prospettive di sistema e di management per la gestione delle non idoneità lavorative”

Carlo De Pietro

A questo punto ci rimane l'ultima sessione della giornata, che probabilmente recupererà alcune delle questioni che sono già state citate. Questo dialogo coinvolgerà degli attori che hanno una natura esplicitamente diversa tra di loro, eterogenea. Abbiamo infatti pensato di invitare persone che ci hanno supportato nella ricerca e che hanno competenze e ottiche complementari, in modo da unire più punti di vista. Naturalmente diversi di loro a questo tavolo giocano più cappelli.

In breve, quello che ci proponiamo di fare durante questa seconda tavola rotonda è di discutere le implicazioni di policy e di management relative al tema della gestione delle non idoneità lavorative; in questo senso, abbiamo pensato di fare un paio di giri veloci di tavolo. Il primo riguarderà l'aspetto che, ciascuno dalla propria posizione e dal proprio ruolo, percepisce come più critico e urgente relativamente al fenomeno delle inidoneità. Nel secondo giro, anticipo, vorremmo discutere due proposte di azione (se poi saranno una o tre saremo tolleranti) che l'istituzione rappresentata dall'interlocutore può concretamente realizzare su questi temi.

Evidentemente, e qui concludo, si passa da un livello che era molto aziendale o interaziendale ad un livello che vuole interloquire con competenze istituzionali diverse, più sovra-aziendale o addirittura, in alcuni casi, con regole definite a livello nazionale.

Seguirei come prima un ordine alfabetico, partendo quindi dal Professor Apostoli. Ringrazio però, prima di iniziare, tutte le persone presenti a questo tavolo; in particolare ringrazio proprio il Professor Apostoli, che fin dal 2013 si è imbarcato con noi su questo progetto e ci ha aiutato moltissimo.

Pietro Apostoli

Anch'io ringrazio per l'opportunità che mi è stata data nel partecipare a questa indagine. Sono due le questioni che a me paiono emergere e che vorrei toccare. La prima è la rigidità e la frammentazione che il sistema della gestione delle inidoneità registra, mentre la seconda è quella della qualificazione dei diversi attori che sono coinvolti in questo processo. Lascio sullo sfondo tutta una serie di argomenti che sono già stati toccati questa mattina, soprattutto quello delle motivazioni e del forte condizionamento che queste hanno in tutto il processo, finendo a volte per influenzare fortemente i risultati delle azioni dei diversi attori.

Una complicazione del processo di sorveglianza sanitaria è quindi data dall'esistenza, in parte già richiamata ma che io vorrei sottolineare, di compartimenti o anche di comportamenti che difficilmente comunicano tra di loro o sono coerenti tra di loro. La dimostrazione di questa compartimentazione sta nel fatto che molto spesso vi è la tentazione di individuare come colpevoli unici o principali del fenomeno determinati professionisti o tecnici, che operano, e possono quindi condizionare, solo una parte di questo complesso fenomeno. Esempifico subito questo concetto con quello che è successo in un grande ospedale dell'Italia centrale, che aveva ritenuto responsabili dell'elevata percentuale di inidonei i medici interni che svolgevano l'attività di medici competenti. Questo ospedale ha deciso di rivolgersi a una struttura esterna, ha speso qualche centinaia di migliaia di euro e si è ritrovato con un aumento della percentuale degli inidonei; il problema quindi evidentemente era più complesso di quanto preventivato.

Si parlava prima di rigidità: a mio parere la maggiore rigidità su questo tema deriva dalla norma. La norma che noi abbiamo, e che forse varrebbe la pena ricondurre ad un confronto con quello che fanno negli altri Paesi, rende la sorveglianza sanitaria obbligatoria con sanzione e la vincola in modo rigido a determinati risultati. Mancano però, all'interno dell'articolo sulle definizioni, definizioni a mio avviso essenziali come quella di mansione, di compito lavorativo, di idoneità, di limitazione, di prescrizione. E forse è giusto che non esistano, però allora non dovrebbero esserci altri vincoli e non dovrebbe esistere il sospetto che il legislatore si sia dimenticato di precisare questi aspetti. Sarebbe necessario avere invece una legislazione con indirizzi di carattere generale, che rimandi gli aspetti di tipo applicativo a norme tecniche o alle più volte richiamate buone prassi.

Voglio terminare dicendo che in realtà noi dobbiamo governare un fenomeno di fronte al quale il lavoratore ha un'attesa variabile, che va dalla richiesta di rimanere a svolgere una determinata attività in una determinata posizione, alla richiesta di essere sollevato dalla propria attività lavorativa con la garanzia di un reddito adeguato. E questo mette in campo l'esigenza, sempre a proposito di compartimentazione, che non esiste solo all'interno delle Aziende sanitarie ma anche tra istituzioni, di ragionare sulla sorveglianza sanitaria insieme agli istituti previdenziali e assicurativi. Quando si danno delle limitazioni di un certo tipo, infatti, si va inevitabilmente verso un confronto con chi deve riconoscere un'invaldità con un determinato riconoscimento di tipo economico. Così come la reiterazione di giudizi di limitazione che evidenziano un rapporto causale tra un determinato lavoro e una determinata patologia non può non essere chiarita con l'istituto assicuratore. In questa logica vorrei capire come possiamo sostenere un discorso di reiterazione della limitazione senza che ci si preoccupi di seguire la strada obbligata della segnalazione della malattia lavoro-correlata.

Donato Carrara

Sono infermiere da quarant'anni e negli ultimi dieci mi sono dedicato con passione alla costituzione di un sindacato che con molta difficoltà ha ormai raggiunto una certa rappresentatività in Italia. Il sindacato vede dall'interno il fenomeno di cui stiamo parlando e si confronta tutti i giorni con i colleghi, sia quelli che hanno delle limitazioni e che pretendono giustamente la garanzia dei loro diritti, sia quelli che si trovano a supplire alle difficoltà che la riduzione della loro capacità lavorativa genera nell'ambiente lavorativo.

Per gettare un po' il sasso nello stagno, posso dire che io sono un infermiere che fa i turni da quarant'anni e sono stato visitato solo due volte dal medico competente. Per fortuna sono comunque riuscito a tirare avanti, mentre altri non sono stati fortunati come me e hanno dovuto ritirarsi o comunque limitarsi nell'attività professionale. L'impressione che ho come infermiere e

come sindacalista è che le percentuali rilevate dallo studio siano esigue: secondo la nostra percezione la percentuale reale di persone con limitazioni si aggira intorno al 30-33% del totale dei lavoratori. Di certo chi la fa da padrone in questo fenomeno è l'allungamento dell'età pensionabile: quell'"onda" che abbiamo visto in merito all'età del personale del Servizio Sanitario, e che somiglia un po' a un'onda di un maremoto, fra tre-quattro anni andrà a schiantarsi contro le Aziende stesse. Quindi si porrà il problema di fare fronte all'attuale esercito di "quasi pensionati". E gli ospedali al giorno d'oggi si possono definire proprio come campi di battaglia, dove la battaglia non inizia più la mattina e nel pomeriggio cala: oggi noi sindacalisti infermieri non riusciamo più nemmeno a fermarci a parlare con i nostri iscritti né di mattina, né di pomeriggio, né di notte, perché non hanno tempo da dedicarci per parlare delle problematiche del lavoro. Questo significa che il carico di lavoro è notevole ed è sulle spalle di persone "anziane"; abbiamo visto infatti durante la presentazione dei dati della ricerca che più del 50% del personale supera i 50 anni. Le limitazioni che si sono riscontrate sono sicuramente causate, e qui concordo con il Professor Apostoli, dal percorso professionale che si è avuto nel tempo. Noi come sindacato rivendichiamo che venga riconosciuta alla nostra professione la malattia professionale per le patologie del rachide, patologie diffuse per tutta una serie di motivi tecnici, funzionali, di necessità ecc., che sono in via di risoluzione solo negli ospedali di nuova concezione.

In aggiunta a queste tematiche, ritengo che il documento di valutazione dei rischi dovrebbe ricevere maggiore attenzione per evitare che sia eccessivamente astratto; dovrebbe certo essere legato al macchinario, alle prese di corrente, all'altezza dei tavoli, alla larghezza delle porte ecc., ma senza che venga a mancare attenzione alla principale causa delle patologie del personale infermieristico e sanitario in generale, e cioè quella di avere a che fare con la movimentazione dei carichi, che viene descritta dal Decreto Legislativo 81/2008 (che intende un carico statico mentre invece noi abbiamo a che fare con un carico "dinamico" che è soggetto a movimenti ed emozioni). Il logorio della nostra schiena è dovuto a tutte le situazioni di emergenza vissute nel tempo, alle situazioni di pericolo in cui è necessario correre dal paziente senza avere il tempo di reperire il sollevatore.

Concludo con un paradosso, dicendo che nelle Aziende dove si dovrebbe produrre salute viene a mancare l'attenzione per la sicurezza e la salute dei propri dipendenti; forse varrebbe la pena di dare qui in primo luogo il buon esempio.

Sergio Iavicoli

Innanzitutto grazie per l'invito e anche io devo dire che sono stati presentati dei risultati molto interessanti. Mi presento, lavoro in INAIL. INAL come sapete è un sistema complesso, che oltre alla funzione assicurativa copre anche

funzioni di riabilitazione, prevenzione e ricerca; io sono il responsabile del dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale. E quindi la mia prospettiva è spostata maggiormente verso la ricerca, ma cercherò comunque di dare un *feedback* più complessivo anche rispetto alle domande che sono state prefigurate in questa discussione.

Per prima cosa, devo dire che lo studio presentato è estremamente interessante e che c'è un interesse su una tematica che finora è stata relegata all'ambito della medicina del lavoro, spesso nemmeno come una delle più rilevanti. Che se ne occupi la Bocconi, una delle istituzioni più importanti fra quelle che si occupano di formazione del *management* e di economia, di produttività, è sicuramente un punto importante. In più, dal mio punto di vista, l'approccio multidisciplinare alla tematica della sorveglianza sanitaria è sicuramente uno dei punti più innovativi e stimolanti della ricerca.

L'altra riflessione che vorrei fare è: "cosa intendiamo per idoneità lavorativa?" Io vorrei ricordare che il giudizio di idoneità (che per poter essere espresso richiede ai professionisti delle competenze specifiche e un lungo e complesso percorso formativo, un'alta professionalità) rimane uno strumento importante di prevenzione e di gestione. Gestire correttamente l'idoneità infatti è innanzitutto un'attività di tutela della salute dei lavoratori, ma anche della salute e della sicurezza di terzi (e in questi ultimi anni il concetto è andato ampliandosi) e della produttività aziendale. Quindi l'idoneità come strumento, ma anche come indicatore; in questo senso potrebbe essere interessante, magari in futuro e in un'analisi secondaria, andare a vedere, come veniva anche accennato nella precedente tavola rotonda, come il fenomeno influisce su altri indicatori che sono collegati alla produttività e all'efficienza aziendale. Inoltre vorrei ricordare la questione dell'assenteismo. Qualcuno diceva che sarebbe interessante vedere come si correlano pre e post idoneità le assenze del personale, ma a questo aggiungerei anche il presentismo. Molti dati internazionali dicono infatti che il presentismo ha dei costi molto più alti dell'assenteismo; quindi non limitare le mansioni e mantenere forzatamente a lavoro può generare dei costi molto alti, che non misuriamo quando andiamo a analizzare questo fenomeno. L'altra questione è il ritiro precoce, che è un tema in Italia, soprattutto nel settore infermieristico, enorme. L'Italia infatti è il Paese che nell'Europa a 28 ha la più alta aspettativa di vita ma anche la più bassa aspettativa di vita lavorativa. Esiste un *gap* enorme tra questi due indicatori, e nel settore sanitario in particolare esso è estremamente elevato. La complessità della gestione di questi indicatori credo sia un punto importante se si vuole affrontare il tema in maniera complessiva.

Un'altra riflessione interessante riguarda l'andamento temporale dei dati, posti i limiti che la ricercatrice presentava prima in relazione alla comparabilità della decade di riferimento. Il *cut-off* di cambiamento avviene intorno al 2010; una spiegazione che si può trovare, oltre all'invecchiamento che sicur-

mente è il punto fondamentale, anche perché le cause di idoneità vanno soprattutto su quegli aspetti biomeccanici e di limitazioni compatibili con quell'andamento dell'aspettativa di vita, è il *turnover* che aumenta per i carichi di lavoro. Ma ci sono anche altre cose. Intorno al concetto di idoneità, infatti, il Decreto Legislativo 81/2008 ha introdotto altri strumenti che permettono di esprimere l'idoneità. Ad esempio, l'idoneità al rientro da assenze prolungate dovute a malattie superiori a 60 giorni, oppure l'evoluzione delle normative sulle dipendenze da sostanze psicoattive, la questione di un approccio più complessivo alla tutela dei terzi, l'aspetto delle malattie mentali ecc. In questo senso, l'apertura del concetto di gestione nella nostra normativa ha ampliato gli approcci di gestione. Credo che questo sia un interessante punto di riflessione. Ma la cosa secondo me più importante è lavorare sulle cause. Lavoriamo sul registrare i fenomeni, indicatori ecc. ma quali sono le loro cause? Credo che innanzitutto il punto fondamentale sia investire in una buona organizzazione del lavoro come strumento di gestione sia delle forze lavoro presenti e compatibili con la normativa, sia dei limiti di *budget*, sia dei rischi psicosociali. Anche io di formazione sono un medico del lavoro e va fatta una riflessione su quanto in questo ambito si sia ancora investito poco. Ci sono evidenze scientifiche, strumenti e casi, e credo che l'innovazione introdotta dal Decreto Legislativo 81/2008 e l'applicazione della gestione dei rischi psicosociali in tema di stress lavoro-correlato abbiano aperto nuove prospettive nel confronto su questi temi; mi chiedo però, come ultima "provocazione", quanto si investa nel formare sulla gestione dei rischi organizzativi chi sarà il *management* di domani. Io credo sia un problema culturale complessivo di approccio e come tale vada affrontato.

Walter Locatelli

Grazie Professor De Pietro, sono particolarmente interessato ad approfondire queste tematiche a causa dell'occupazione che *pro tempore* sto svolgendo. Allora mi presento, attualmente sono il DG di ASL Milano e partecipo, come ASL Milano, all'associazione nazionale delle Aziende sanitarie italiane FIASO. FIASO è un'associazione che raggruppa più della metà delle Aziende sanitarie che esistono nel nostro Paese e quindi è certamente interessata a questa tematica, verso cui manifesta grande attenzione come successivamente andrò a mostrare. Che FIASO sia partecipe a questi momenti lo testimonia anche il fatto, e ne approfitto anche per salutarlo, che qui con me stamattina sia presente un altro vicepresidente di FIASO, il dottor Migliore, DG di un'Azienda di un'altra Regione.

Credo sia abbastanza facile intuire l'attenzione che abbiamo verso il tema, che non è rilevante soltanto dal punto di vista manageriale, gestionale e di impatto sulle Aziende, ma anche perché stiamo parlando di persone inserite in una società che sta cambiando; su questo stamattina la provocazione del pro-

fessor Borgonovi è stata illuminante e questa rilevazione ne dà la misura. È una società che per fortuna segue le indicazioni di OMS e i suoi obiettivi, in particolare rispetto all'allungamento della vita: dare più anni alla vita ma anche dare più vita agli anni, alla qualità della vita stessa. E questo principio si deve riflettere in ogni ambito. Viviamo in una società in cui chi è inserito nel mondo del lavoro, per tutta una serie di motivi, non ha certezze sull'uscita; pochi però hanno posto su questo fenomeno la giusta attenzione. Un'attenzione che prima di tutto dev'essere professionale, di analisi, di fotografia del dato. Credo, Professor De Pietro, che la prima cosa che si possa dire del vostro studio è che è una delle prime fotografie accreditabili di un fenomeno che esiste (e di cui si possono raccontare percentuali di tutti i tipi): cominciare a fotografarlo, con lo studio scientifico e la metodologia che è vostro costume utilizzare, credo sia rilevante.

Come Aziende viviamo questo fenomeno insieme ad altre situazioni che non saranno limitazioni fisiche, ma sono sicuramente limitazioni alla possibilità di utilizzare tutte le risorse per centomila motivi diversi che sono legati ad una società avanzata di tutela della vita sociale. Qui abbiamo misurato un indicatore che ci parla del 10% dei problemi: accanto ad esso c'è tutta una legislazione di tutela di una società avanzata (che parte dall'applicazione della Legge 104/1992 e arriva alla maternità fino agli otto anni del bambino), che naturalmente è da tutelare ma va anche gestita. Quindi, siccome ci confrontiamo come Paese avanzato, perché ritengo che il nostro Paese sia tale, col resto del mondo che magari ha regole non socialmente evolute come le nostre, di questi fatti bisogna avere la massima conoscenza e la massima attenzione per poterli accompagnare, non dico affrontare.

L'altra considerazione che vorrei fare, credo di dirlo in un'aula dove le professionalità ci sono, è che questi fatti vanno accompagnati come si deve, quindi con persone competenti; c'è il medico competente, ma spero ci siano anche altre figure competenti. Questo termine mi ha sempre incuriosito, sono un po' di anni che faccio questo lavoro e mi chiedo sempre: "ma è l'unico che è competente?". Vedo tanti colleghi della mia ASL e mi chiedo: "ma è competente o no anche se non fa questo lavoro?". Quindi a volte anche i termini hanno dei significati. Credo che la competenza che viene richiesta sia quella di accompagnare delle persone in un servizio di inserimento, che è peraltro al servizio delle persone, dei cittadini.

Passiamo alle criticità che ci possono essere e alle possibili soluzioni. Le criticità emergono dalla vostra ricerca, credo che leggerla e rileggerla faccia bene; oltretutto io le conosco bene perché ho partecipato alle diverse fasi del lavoro in quanto, l'ho già detto, per me è stato anche un modo di approfondire questo tema per conto dei colleghi delle diverse Aziende. Sicuramente è anche facile leggerla perché man mano che si scorre il vostro lavoro, ecco che si trovano tante risposte. Io credo che se come Aziende cominciamo ad analizzare

quello che esiste, le tante buone pratiche che sono sul nostro territorio, testimoniate peraltro dalle Aziende che hanno partecipato a questa ricerca, possano esserci di aiuto. Anche l'utilizzo degli strumenti legislativi è rilevante: la legge prescrive e dà tanti adempimenti che non devono restare solamente adempimenti formali, perché gli strumenti ci sono. Faccio un esempio che mi viene facile perché sono a casa mia, a Milano, territorio della mia ASL: la riunione periodica prevista dall'articolo 35 del Decreto Legislativo 81/2008, che annualmente deve essere svolta, un conto è se viene fatta come un atto formale, un altro è se si fa partecipare a questo momento di incontro (che coinvolge tutti gli attori, dal medico competente a responsabili dei servizi di protezione e prevenzione del personale) il collegio di direzione allargato. C'è questo uso a Milano di allargare queste riunioni, dove si condividono e si discutono alcune situazioni; siccome vengono affrontate situazioni anche problematiche è sicuramente un approccio che può funzionare. Un altro approccio, e chiudo questa tornata, è quello di FIASO riguardo il tema del benessere organizzativo, che è legato a quello della valutazione dei rischi. Ecco FIASO, come associazione delle Aziende sanitarie italiane, ha da qualche anno attivato un laboratorio sul benessere organizzativo con un'Università: abbiamo presentato dei dati, che sicuramente è una cosa interessante, ma soprattutto hanno partecipato più di 60 Aziende del nostro territorio. La cosa simpatica che vorremmo esporre, e che è una delle attività su cui continueremo, è la partecipazione dei collaboratori; in questo senso non è stato "il laboratorio dei DG". FIASO come associazione delle Aziende sanitarie sembra quasi sconfinare per qualcuno in un'associazione con caratteristiche sindacali, ma non è così e infatti nel laboratorio dei nostri collaboratori sono emerse alcune situazioni significative che hanno trovato attenzione e, spero che me lo possiate confermare per chi è presente delle varie Aziende, troveranno applicazione, anche per le inidoneità.

Alla mia età probabilmente ho delle inidoneità diverse da quelle che avevo a 20 anni, ma non è che non voglia vivere oggi o che voglia sentirmi sminuito rispetto al percorso di vita. Credo che la stessa riflessione sia da applicare in ambito lavorativo e soprattutto in ambito lavorativo sanitario. Il nostro titolo qui era "le inidoneità e le limitazioni del personale del SSN", nel senso il Servizio che deve occuparsi della salute interroga se stesso. Per cui sicuramente importantissima la vostra ricerca e la modalità con cui l'avete svolta, la possibilità di essere letta e, spero che me lo possa confermare chi è presente, compresa da molti. Secondo me infatti non è una ricerca solo per gli addetti ai lavori, ma ci dà gli elementi per poter affrontare meglio questo problema.

Franco Vallicella

Buongiorno a tutti, sono tesoriere della Federazione Nazionale Collegi IPA-SVI e sono un infermiere direttore di un servizio per le professioni nel SITRA dell'Azienda Ospedaliera di Mantova, cui afferiscono 2.300 operatori del

comparto. È già stato fatto stamattina però mi sento veramente di riproporre un ringraziamento alla Bocconi, al gruppo di studio, perché tutti abbiamo la sensazione che questo sia un fenomeno importante e in evoluzione, però fino ad ora non avevamo avuto la possibilità di confrontarci tra attori diversi su dei numeri certi a livello nazionale, e quindi su delle rilevazioni che danno un po' l'idea di come questo fenomeno si stia sviluppando nel nostro Paese. E come sappiamo, se vogliamo governare qualcosa, il punto di partenza è sempre quello di conoscere questo qualcosa che vogliamo governare.

Questa prima tavola rotonda ci chiede quali sono le riflessioni su questi numeri che sono stati presentati: per la verità la prima idea, e non vorrei andare fuori tema, è che questa mattina quando parlavamo di numeri, di operatori che non possono più far qualcosa, mi veniva da pensare che tutte le volte che arriva un certificato di limitazione nel mio servizio il problema che mi pongo immediatamente è: “adesso a chi faccio fare le cose che questa persona non fa più?”. Inoltre, se capovolgiamo un pochino la questione, vorrei porre al centro dell'attenzione sicuramente tutto quello che abbiamo detto fino ad adesso, ma anche gli effetti di questo fenomeno sul paziente. Perché se è una questione assolutamente rilevante, e dal punto di vista assistenziale ha ancora più importanza. Se noi infatti mettiamo insieme questi quattro dati, 12% con problemi, 50% sulla movimentazione dei carichi, 25% personale di assistenza diretta a supporto all'infermiere, 15% del personale infermieristico, e li caliamo all'interno delle nostre magre dotazioni organiche, capite bene che tutte le volte che aumentano questi numeri per chi dovrebbe essere garante di un certo livello di qualità assistenziale comincia a essere un problema. Fra l'altro è un problema che non ha raggiunto una stasi, ma è in continuazione evoluzione e implementazione. Allora la mia preoccupazione è quella che questo fenomeno, se non governato, possa generare delle difficoltà sul livello prestazionale, addirittura sulla possibilità di dare risposta ai bisogni di assistenza. Questo credo sia un punto su cui dobbiamo assolutamente meditare, perché rischiamo effettivamente che il paziente riesca a ricevere dei presidi molto costosi o riesca a subire degli interventi molto costosi, dopodiché, per un problema di tipo assistenziale perché manca chi effettivamente può garantirne un certo livello e una certa qualità, tutto questo venga reso vano o comunque il percorso di recupero della salute venga interrotto. Penso che sia assolutamente importante focalizzare una soluzione su questi aspetti. Nel secondo giro di tavolo magari vedremo qualche idea su come e cosa fare.

Daniela Volpato

Buongiorno, sono segretaria nazionale della Federazione CISL, Funzione Pubblica, e mi occupo pertanto della tutela dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni tutte. Nasco però per la mia attività professionale dal Servizio Sanitario Nazionale, nel senso che ho iniziato lì la mia prima attività di tutela

dei lavoratori. Oggi invece mi occupo un po' di tutti i contratti dei lavoratori pubblici.

Io credo che veramente vada fatto un ringraziamento perché quando Carlo ci ha coinvolti come Federazione nel 2013, non pensavo davvero che Bocconi sarebbe riuscita ad arrivare fino alla fine. Nel senso che, è stato anche detto, tentativi, alcuni anche brillanti per carità, se ne sono fatti molti, ma sono stati tutti tentativi parziali, nel senso che comunque risentivano in qualche misura della visione di chi commissionava la ricerca o di chi faceva poi la valutazione dei dati. Credo che questo sia il primo tentativo complessivo, almeno per quanto io ricordi; e per questo la Federazione ringrazia anche della richiesta di collaborazione che poi abbiamo voluto cogliere. In questa richiesta sono stati messi insieme tutti gli attori, tutti i soggetti che rappresentano le persone interessate al tema, ma soprattutto non ci si è limitati a fare solo una radiografia dei dati; si tenta infatti anche di raggiungere la fase due, che è la fase del “vediamo quali sono le problematiche e vediamo di svilupparle da tutte le angolature”, e vedete che non è una cosa semplice.

Dato che la domanda del giro di tavolo era “qual è l'aspetto più problematico?”, secondo me l'aspetto più problematico è quello macro organizzativo e micro organizzativo delle Aziende e del Servizio Sanitario Nazionale tutto, dei diversi livelli. Cioè come mettere insieme un sistema organizzativo che presta attenzione in via preventiva, e non solo poi nell'atto finale della cura, a quelle che sono la cura delle professioni e degli operatori che vi operano. Io credo che il problema non sia solo quello dei costi aziendali, ma come un'organizzazione presta attenzione da tutte le angolature agli operatori che lavorano al suo interno e cioè, per esempio: “Sta bene quel lavoratore all'ingresso? Chi lo accoglie quando inizia la sua esperienza professionale nell'Azienda?”. Nella pratica da un lato gli fa la visita il medico competente, dall'altro lo accoglie l'ufficio del personale, che ha solo il problema del mantenimento degli organici, e il coordinatore del reparto o del servizio, che ha il problema di come gestire i turni. Chi tenta di mettere insieme i problemi di non idoneità che potrebbe già avere? Quali sono le sue aspettative professionali, quali sono le competenze che porta già dentro come bagaglio scolastico e formativo ma anche come bagaglio di esperienze precedenti? Quali sono le sue aspettative di vita sociale esterna quindi di carico familiare? C'è una parte della ricerca che dice che il 10% delle limitazioni va a chi viene escluso dai turni notturni e da alcune tipologie di attività; quell'esclusione va analizzata perché è richiesta non solo dal personale anziano, che potrebbe essere collegato a un problema sanitario, ma anche dalla fascia giovane. In più questo vuol dire che, rispetto all'attività che il professionista si accingeva a svolgere, non c'era chiara consapevolezza di quali sarebbero poi stati i disagi rispetto alla sua tenuta familiare, alla sua attività sociale o ad altri desiderata che una persona in quanto persona si porta dentro e non riesce a conciliare gli uni con gli altri. E

così dopo due anni di attività da infermiere c'è già la richiesta di non svolgere più attività notturna, che molte volte si trasforma in un disagio personale, motivazionale, ma anche in alcuni aspetti che abbiamo visto e che sono vicini alla salute e al benessere psicofisico. E questo non è un elemento ininfluenza, soprattutto in riferimento all'integrazione tra i professionisti.

Siamo in una sanità che è cambiata, dove la multidisciplinarietà fra le diverse professioni e il saper operare insieme è indispensabile. Allora integrare le diverse professioni e far vivere in un clima positivo è un aspetto organizzativo fondamentale, perché da lì molte volte scaturiscono problemi che poi sfociano in aspetti di questa natura. C'è una chiara contrapposizione tra professioni, a causa di portati personali ed esperienze professionali diverse, c'è una difficoltà del coordinatore a mettersi insieme con il suo gruppo professionale e tra i professionisti che devono interagire. C'è ovviamente una dimensione del rapporto con il medico e il primario rispetto a vecchie impostazioni su vecchi modelli organizzativi, che è latente e impatta sul disagio organizzativo, che è anche un disagio psicofisico.

Faccio un altro esempio: il 49% delle limitazioni è sulla movimentazione dei carichi; lì la frattura è prevalentemente tra chi fa più cura e assistenza. Oggi la figura che fa più cura e assistenza non è più il vecchio ASA o OSA, ma sono le nuove figure integrate, l'operatore socio sanitario; di conseguenza le limitazioni prevalentemente colpiscono loro e di più chi è donna, ovviamente per una questione scheletrica, non stiamo inventando nulla. Pensiamo ai problemi che può avere l'OSS: è solo una questione di movimentazione carichi o c'è altro? Come abbiamo integrato l'OSS nei gruppi professionali? E quanta diversificazione c'è tra le Regioni e, all'interno della stessa Regione, tra le diverse Aziende sanitarie? Cosa fa questo operatore? Dove finiscono le sue responsabilità in autonomia assistenziale? Qual è il ruolo dell'infermiere rispetto a questo operatore? Quali sono le responsabilità dell'infermiere rispetto all'OSS? E come deve gestire questi rapporti il coordinatore? Con questo non voglio dire che il problema sanitario dell'OSS sia solo dovuto alla scarsa capacità organizzativa macro del livello nazionale e regionale e micro dei gestori del personale e dei DG, ma sicuramente anche questi elementi incidono fortemente. E in questo senso è fondamentale calcolare i reali fabbisogni di personale che ci sono in un'Azienda: quanto personale mi serve, e quale personale mi serve? Quali competenze mi servono in chirurgia rispetto al 118, rispetto al servizio domiciliare? E allora se su quelle posizioni non si mette il professionista giusto oggi, trattando in maniera preventiva le sue possibili patologie lavorative, si avranno maggiori costi dopo; inoltre è inutile pensare che togliendo un lavoratore dai turni non avrò più problemi, perché se lui ha ancora davanti venti anni di vita lavorativa poi per venti anni resta come peso morto.

Quindi il tema va trattato con tutto questo insieme di aspetti di natura macro organizzativa ma anche micro organizzativa, e sicuramente normativa.

Di leggi sul tema infatti ce ne sono tante, fra cui l'ultimo patto per la salute che ha toccato tutti questi temi; infatti parla di standard (organizzativi, di fabbisogno di personale, di sviluppo delle competenze dei singoli professionisti, di multidisciplinarietà, di integrazione) e parla del territorio come io non ho mai sentito parlare un piano sanitario, un vecchio piano sanitario. È un libro stampato. Poi l'articolo 22 del Patto per la salute per gli anni 2014-2016 [sottoscritto nel luglio 2014 in seno alla Conferenza Stato-Regioni], che tratta di standard di fabbisogno di personale e di temi organizzativi che possono prevenire tutto quello di cui stiamo parlando, è rimasto sulla carta. Si sta aspettando un decreto attuativo che però è un'altra norma, mentre il problema è capire il termometro organizzativo come sta facendo Bocconi, cioè delle cose che abbiamo già scritto, delle buone pratiche che qualcuno ha già messo in pratica. Alcune le abbiamo sentite qua, a che punto siamo in termini diffusivi nazionali? O almeno regionali, se non nazionali. Perché rischiamo di avere un'abbondanza di norme di verifica e controllo e poi non utili ai fini di prevenire il fenomeno.

Spesso sono in Piemonte per ragioni professionali e ho visto i dati della ASL di Cuneo e stiamo al 24% di persone con limitazioni, che è un dato che mi ha spaventata tantissimo nel senso che avevo lasciato il fenomeno nazionale un po' più basso. Se una ASL territoriale media ha il 24% di limitazioni evidentemente la cosa sta raggiungendo livelli preoccupanti. Io nasco con un contratto che diceva che l'Azienda doveva fare tutti i tentativi utili per recuperare il personale che non era idoneo, anche fino a portarlo ad un inquadramento inferiore. Quindi nasco con una logica prescrittiva, negativa. Però allora potevamo permettercelo; oggi questo approccio è sbagliato. Anche le forme di contrattazione nazionale devono essere più moderne e possono aiutare questa visione organizzativa complessiva introducendo degli strumenti adeguati; non condivido però chi sta sponsorizzando l'idea che nel contratto collettivo nazionale di lavoro dovremmo inserire una norma che preveda che, fatto il primo tentativo, se il lavoratore resta non idoneo esso deve essere fatto uscire dal sistema. Ovviamente detto da me, da una sindacalista, pare ovvio, ma dobbiamo pensare che così si andrebbero a depauperare le competenze che i gestori hanno fatto crescere, le persone su cui il sistema regionale e aziendale ha investito, in formazione, in tempo, in esperienze che queste persone hanno fatto. Quindi è necessario che tutti i diversi attori (il sindacato, l'Azienda e i DG, la Regione e la controparte nazionale) facciano di tutto perché le competenze e le risorse professionali vengano recuperate al meglio, nelle migliori condizioni possibili. Guardate, e finisco davvero, io ho visto un'esperienza che non c'entra niente, il contratto dei metalmeccanici in FCA, che parla di schede che andranno a rilevare tutte le posture che l'operaio ha nella catena del ciclo continuo e i problemi che ne conseguono. Cioè loro vanno a rilevare il livello del rischio e dicono: "in quel punto della catena è il rischio è il 60%, in quel punto il 40%, quindi in una sistema di rotazioni

ti lascio un'ora al 60% e poi ti porto per tre ore al 40%". È chiaro che stiamo parlando di una situazione semplice, che non è complessa come un reparto, una lungo degenza ecc., però è ovvio che se anche noi andassimo a sfaccettare le tempistiche e i diversi momenti della filiera assistenziale avremmo dei picchi in alcune fasce orarie, degli abbassamenti in altre fasce orarie, dei picchi in alcuni reparti, degli abbassamenti in altri reparti.

In conclusione, noi dobbiamo partire dall'assunto che è necessario recuperare i nostri operatori al meglio della propria attività lavorativa, che l'organizzazione del lavoro si può governare con capacità ed intelligenza e con la concertazione con le parti sociali; e io credo che oggi un sindacato non si presterebbe mai a far licenziare qualcuno, ma si presterebbe certo ad intervenire su tutti quegli aspetti organizzativi che permettono di qualificare le competenze che un lavoratore ha, di farle crescere e di motivarlo. E guardate che un lavoratore motivato oggi, anche rispetto a questi problemi, è sicuramente più disponibile ad intervenire su aspetti organizzativi che servono all'Azienda.

Carlo De Pietro

Ringrazio davvero molto tutti per le interessanti riflessioni proposte, direi che siamo assolutamente nei tempi per iniziare il secondo giro di tavolo. Prima di lasciare di nuovo il microfono ai colleghi però, volevo sottolineare alcune delle tante cose che sono emerse. Parto proprio dall'ultima questione affrontata, dal ragionamento fatto dalla dottoressa Volpato, che ci trova assolutamente d'accordo: fino a quando i fenomeni sono limitati li puoi anche trattare "per eccezioni", quando però diventano diffusi viene fuori l'occasione per trattarli in maniera più positiva e fisiologica, con tutte le difficoltà che conosciamo. Quindi non si possono più trattare "come poche" le persone che per mille motivi hanno dei problemi di collocazione organizzativa, come "non fa niente, troviamo loro un posticino, anche se non è quello giusto andrà bene lo stesso". Le tematiche trattate oggi ricadono appieno nella fisiologia delle aspettative, del clima di lavoro, del riconoscimento, del rispetto interprofessionale, delle carriere lunghe e delle "gabbie" (magari di questo discuteremo se i nostri ospiti ne avranno voglia) generate da queste regole che a volte rendono un po' più complicata la gestione aziendale. La battuta che faccio in aula, quando ho davanti medici, infermieri o DG, è: "quanto è il personale amministrativo delle vostre Aziende? Il 10, il 20, il 30 o il 60 o l'80?". Tipicamente le risposte stanno sul 60-70%... Vi posso dire che la percentuale media di personale di ruolo amministrativo nelle aziende SSN è l'11%. Cosa crea dunque questa percezione diffusa che giudica moltissimi (o troppi?) "gli amministrativi"? Questo accade perché le persone nelle aule della SDA Bocconi hanno in testa come personale amministrativo quello che non riconoscono più come legato al ruolo sanitario oppure tecnico. Ora il bisogno di organizzare il lavoro anche tenuto conto delle aspirazioni e di eventuali problemi fisici che una persona può avere, è diventata una questione fisiologica. Abbiamo citato diversi aspetti del tema, salto dall'ultimo al primo non perché non fossero interessanti,

ma proprio per evidenziarne la varietà. Il Professor Apostoli parlava di aspetti molto puntuali, di cui ci parlò già nell'ottobre 2013: tutto questo testo di legge è basato su alcune nozioni chiave che però mai nessuno ha definito, nel bene e nel male. Interessante è anche la questione del confronto con gli altri paesi, che può essere certamente una pista di lavoro per capire cosa facciamo bene e in cosa a volte ci siamo un po' aggrovigliati in norme che poi riscopriamo non più efficaci di altre soluzioni.

Fatta questa introduzione passerei all'ultimo giro di tavolo, ripartendo in ordine alfabetico; vi chiederei di evidenziare uno o due punti tra i diversi possibili che sembrano promettenti per aggredire il fenomeno in modo concreto, magari in riferimento all'istituzione rappresentata (cappello INAIL, cappello Università o professione, cappello direzione aziendale, ecc.). Prego.

Pietro Apostoli

Nella proposta di alcune cose fattibili, e chiedo scusa se sono un po' monotono visto che lo dico ormai da diversi anni, insisterei sulla necessità di cercare alcune chiarezze rispetto all'orientamento professionale delle diverse figure coinvolte; io infatti resto dell'avviso che il lavoro non è la mansione e che la mansione non è il compito. Anche l'intervento della Dottoressa Volpato ha evidenziato molto bene questo aspetto: questa necessità di entrare nel merito se si vuole arrivare alla radice dei problemi, di comprendere come si articolano le diverse attività che sono affidate ad un operatore, che sono componibili e scomponibili, che sono a volte limitate nella loro articolazione nel tempo o a volte invece sono imprescindibili. Ci sono delle situazioni in cui richiedere l'idoneità alla mansione specifica a una persona che è chiaramente inadatta al lavoro all'interno di una struttura sanitaria è un grave errore. Quindi ben venga la tassonomia, e ben vengano anche quelle modificazioni che passando attraverso una drastica semplificazione dell'attuale normativa (300 e più articoli, 41 allegati, non ce l'ha nessuno al mondo, neanche gli spagnoli che hanno la nostra storia di giurisprudenza arrivano a tanto) restringono le cose che sono obbligatorie per legge e ampliano quelle che sono affidate alla buona pratica, alla professionalità. In questo senso stamattina poi sono emersi diversi spunti sui limiti che ha l'azione del medico competente. Tra l'altro competente è sospeso tra colui che fa ciò che gli compete e colui che fa una cosa con competenza; e questo curiosamente viene ripreso anche nella definizione del ruolo sanitario nella radioprotezione, dove il fisico è esperto qualificato mentre il medico è autorizzato. Allora c'è una contraddizione nel come vengono viste le figure professionali: la nostra società da anni sta insistendo perché il medico si chiami medico del lavoro, qualificato a fare determinate cose.

La proposta quindi è che il medico, non per una specie di contentino o per attribuirgli delle funzioni surrettizie, quando è adeguatamente qualificato, possa entrare in tutti i momenti e in tutti i processi che definiscono gli aspetti organizzativi del lavoro. Io sono pienamente d'accordo nel dire che il grande

malato è l'organizzazione del lavoro, non è l'OSS, l'OTA, ecc., e quindi è necessario riprogettare, ripensare a come si lavora oggi nelle Aziende sanitarie. Il medico ha le competenze per seguire tutte le fasi che vanno dall'organizzazione del lavoro, per renderlo compatibile all'uomo, al controllo sulle condizioni sanitarie. La SIMLII ha sintetizzato in uno slogan questo nuovo ruolo che dovrebbe essere riconosciuto ai medici del lavoro qualificati, che è quello di essere dei consulenti complessivi, che l'Azienda non chiama solo per fare le visite, e che l'RSPP coinvolge quando deve fare il documento di valutazione dei rischi. Il medico consulente globale entra in tutti gli aspetti che riguardano, ovviamente, le sue competenze. Per farlo deve essere qualificato, quindi è compito delle Aziende trovare medici del lavoro realmente qualificati e pagarli adeguatamente, senza ricorrere alla CONSIP per farsi fare le offerte più basse possibili per avere queste prestazioni. Quindi, per avere una persona qualificata, ci vogliono degli strumenti. E allora bisogna che ci sia un adeguato sostegno, un'adeguata produzione di sistemi, di strumenti di aggiornamento, di qualificazione, di orientamento su come si affrontano le diverse problematiche. Noi come Società Italiana di Medicina del Lavoro abbiamo prodotto una serie di linee guida, abbiamo intenzione di proseguire in questa direzione perché la riteniamo strategica: dobbiamo fornire a chi ce lo chiede una prestazione dal punto di vista professionale assolutamente inattaccabile. Però, consentitemi, pari qualificazione per tutti. Quindi quando io interagisco con un ufficio SITRA, gestione del personale, ecc., e chiedo che mi venga fornito un profilo della mansione sulla quale devo modulare il mio giudizio di limitazione, prescrizione, ecc., devo avere dall'altra parte una persona qualificata, che ha seguito un adeguato percorso di qualificazione, in grado di fornirmi tutti gli elementi perché io possa poi svolgere in modo corretto il mio lavoro.

Donato Carrara

Io chiedo scusa, non ho solo due proposte, però sarò comunque breve. Intanto secondo me la cosa principale dal punto di vista politico è ridurre il numero di personale anziano perché, la ricerca l'ha dimostrato, meno percentuali di personale anziano, meno limitazioni. Per questo motivo come sindacato rivendichiamo il diritto alla pensione ai 35 anni di lavoro per il personale sanitario, così come rivendichiamo il riconoscimento della malattia professionale e, soprattutto, anche che si assuma il personale necessario affinché venga garantita adeguata e qualificata assistenza, portando finalmente l'Italia alla media OCSE. E per questo occorrerebbe spendere per assumere almeno 60.000 infermieri, secondo una dichiarazione IPASVI di qualche giorno fa.

Prima avevo dimenticato di dire prima una cosa che secondo me è molto importante: i limiti di sollevamento di peso prescritti dalla norma sono di 25 kg per il maschio adulto fino ai 45 anni e 20 kg per la donna, ma se si superano i 45 anni diventano 20 kg per il maschio e 15 kg per la donna; di conseguenza,

se su un turno di servizio ci sono due infermieri di cui uno ha superato i 45 anni (e, viste le percentuali del personale, è probabilmente una donna) e l'altro è un infermiere giovane che solleva 25 kg, in totale quei due hanno la possibilità di sollevare 40 kg, cioè la metà del peso medio dei pazienti italiani. In questa situazione siamo nell'illegalità dichiarata. Quindi questo sarebbe da riconoscere, così come è riconosciuto al lavoratore che ci consegna a casa un pacco visto che il pacco non può essere superiore ai 25 kg.

Vado via veloce. Sulla mobilità aziendale: quando si parlava dell'influenza sindacale per cui si va a chiedere il posticino, a parte che di posticini non ce ne sono più, sarebbe gradito dai lavoratori (e quindi si ritorna al benessere aziendale) di avere la possibilità di vedere chiaramente e in modo trasparente tutto il processo. Questa è una soluzione che non costa nulla, è solo questione di voler far vedere che c'è trasparenza nell'assegnazione dei posti di lavoro.

Riguardo alle proposte contrattuali speriamo di riuscire ad aprire il contratto nel prossimo anno, quindi è questione di mesi, e lì ci sarebbero cose interessanti da proporre. Noi abbiamo fatto un sondaggio tra la nostra base ed è emersa una cosa: vorrebbero che a 50 anni si fosse esonerati dalle notti. Poi questo problema delle notti, che comunque è gravoso per chi deve gestire il personale, è dovuto anche al fatto che la differenza di retribuzione è irrisoria tra chi fa le notti e chi non le fa, quindi è ovvio che non si incentiva la gente a restare sul turno notturno.

Un'altra cosa interessante è il libretto personale dell'usura. È una proposta che io ho carpito dalla Spagna dove esiste un sindacato simile al nostro che si chiama SATSE, e mi sembrava interessante. Cioè se io avessi potuto nella mia carriera lavorativa, quindi in questi 40 anni di infermiere, segnarmi su questo libretto tutta l'usura che ho subito, oggi sarebbe più facile potermi collocare. In pratica si tratta di stabilire punteggi con cui sai che un lavoratore è più usurato dell'altro, e quindi se hai un posto da assegnare è meglio darlo a una persona specifica.

Poi un'altra proposta: visto che nelle Aziende i carichi di lavoro sono ormai molto intensi anche negli ambulatori, potrebbe essere utile istituire la figura del *tutor*. Voi sapete che i ragazzi che vengono a fare i tirocini nei reparti vengono affidati a persone non dedicate alla formazione, ma che devono fare il loro lavoro e in più devono anche occuparsi di fare tutoraggio. Allora consigliamo di istituire queste figure, che vengono selezionate dal personale d'assistenza grazie alla loro esperienza, cui far fare insegnamento ai giovani. Questo in primo luogo gratifica il lavoratore per l'attività svolta durante tutta la vita lavorativa, e in più consente anche all'Azienda di respirare avendo questi posti da assegnare. E anche l'infermiere di famiglia funziona in questo senso: usare la conoscenza e capacità professionale degli infermieri più usurati de-

gli ospedali per dedicarli al territorio circostante la loro abitazione, togliendoli dai turni e facendogli gestire direttamente i pazienti a domicilio.

Sergio Iavicoli

Cercherò di essere il più sintetico possibile e anche schematico. Innanzitutto cosa può fare l'INAIL su queste tematiche? Io specificatamente mi occupo di ricerca quindi approfondirò più quella parte che è di mia competenza, ma anche la componente che è il *core business* tradizionale, cioè quello assicurativo dell'Istituto, offre dei punti di riflessione.

L'emersione delle malattie professionali in ambito muscolo-scheletrico, che sono così aumentate, evidenzia che questa tematica, anche rispetto all'invecchiamento della popolazione, è sempre più un ambito di interesse. Ricordo anche che sui dati assicurativi l'Istituto ha lanciato da qualche tempo un *open data* che viene aggiornato ogni sei mesi; quindi tutti i dati assicurativi, i flussi che arrivano, sono disponibili in *open data* per analisi secondarie e per lo sfizio di chiunque li voglia utilizzare. Su questo ovviamente c'è bisogno di una sinergia con istituzioni, con associazioni di categoria e con società scientifiche come tradizionalmente ha sempre fatto l'Istituto. Poi ovviamente sono importanti come i flussi informativi anche gli interventi che riguardano l'ambito preventivo, come gli incentivi che vengono dati alle imprese (in ambito privato sono investimenti importanti) o i fondi ISI, che hanno dato, per il 2014, 267 milioni di euro.

Ritornando invece a quello che è più la mia competenza, cioè la ricerca, noi stiamo varando il nuovo piano triennale con una nuova agenda di ricerca, che sarà più integrata, di rete, quindi indirizzata a lavorare con altre istituzioni che si occupano di ricerca. Nelle riflessioni che stiamo facendo per la costruzione di questa agenda emergono anche alcuni ambiti citati oggi. Innanzitutto di sviluppare nuovi modelli di gestione del rischio, perché la definizione di idoneità è un percorso che è sì basato sulla competenza di chi la esprime, ma anche sulla più corretta gestione del rischio e dei rischi connessi alla movimentazione dei carichi, alle posture incongrue, ecc. Noi lavoriamo ancora oggi con modelli osservazionali nati negli anni '80 e che sostanzialmente hanno dei grandi limiti applicativi. Quindi è sicuramente necessario cogliere (prima in apertura il Professor Borgonovi ne faceva richiamo) l'innovazione tecnologica e le soluzioni che vengono offerte, ma anche cambiare il modo in cui viene fatta la valutazione dei rischi. Quello che viene fatto ad esempio in *ambient intelligence*, come l'applicazione di sensoristica, sicuramente può rivoluzionare e permettere una parametrizzazione che attualmente non abbiamo rispetto a questi specifici rischi. Credo che questa sia una delle priorità su cui lavorare soprattutto in ambiti come la movimentazione dei carichi in ambito sanitario, dove è particolarmente difficile effettuare una sistematizzazione perché un conto è movimentare scatole e un al-

tro è movimentare pazienti. L'altra questione è investire nella ricerca per la *work rehabilitation*, cioè la customizzazione del gesto lavorativo e dell'idoneità nella tutela della professionalità, nell'utilizzo di quella risorsa nel modo ottimale rispetto ad un problema cronico degenerativo. E poi quella che anche altri hanno già richiamato, ovvero investire in soluzioni di buona organizzazione del lavoro in ambito sanitario, che parte dalla gestione dei rischi psico-sociali in ambito più complessivo. L'apertura introdotta in questi pochi anni dall'applicazione del Decreto Legislativo 81/2008, che ha aperto un tabù rispetto a questo ambito, deve andare avanti; e quindi anche la ricerca deve offrire strumenti sempre più basati su evidenze scientifiche, sui modelli che si sono consolidati negli anni, e deve dare letteratura molto solida e soluzioni concrete. Da ultimo, quello che nasce un po' da questa esperienza: l'importanza di un approccio multidisciplinare.

Walter Locatelli

La prima cosa su cui concordo riguarda il profilo del medico competente, quello che se ne intende, che deve essere realmente competente. Quindi questa è la prima proposta: prestare più attenzione alla preparazione della persona con cui instaurare una relazione continuativa e approfondita.

La seconda proposta è che il riassunto di questa ricerca verrà diffuso all'interno di FIASO. È un percorso che non si limita a questo documento... non sto a dire l'impegno dell'associazione in ambito di benessere organizzativo, che è una cosa facile da dirsi, ma declinarlo e svolgerlo richiede competenza, professionalità e non superficialità. È chiaro che ci sono dei vantaggi per tutti e in particolare per la società, per i cittadini quindi, nel poter essere inseriti nell'ambiente di lavoro migliore possibile.

La terza cosa credo che emerga bene dal lavoro: la necessità di definire protocolli, procedure, di avere un glossario comune; di questo mi faccio carico io con FIASO all'interno delle singole Regioni. Anche a livello di singole Aziende si può lavorare: oggi si parla tanto di reti, ma lo si fa guardando all'esterno. Le reti su questi problemi devono esserci anche all'interno delle Aziende e all'interno delle Regioni. Quindi all'interno di tutti gli attori coinvolti.

E, da ultimo, se i nostri dipendenti riuscissero (scusate il termine ma non ne so usare un altro, perché sono stato dipendente anch'io per trentadue anni quindi non è un termine che mi possa creare dei problemi) ad essere *testimonial* della politica della salute, della prevenzione, credo sarebbe una bella cosa. Che una buona prevenzione parta dal personale sanitario per sé stesso e anche per gli altri è una bella scommessa, è come usare come *testimonial* le persone che possono farlo al meglio, i nostri dipendenti, come viene fatto per l'educazione tra pari nelle scuole.

Franco Vallicella

Sarò sintetico visto che molte cose sono già state dette ed è inutile ripeterle. Sicuramente quanto è stato detto fino ad adesso è tutto corretto; però a me piacerebbe ragionare non in termini di che cosa è che dobbiamo fare, ma di che cosa è che non dobbiamo continuare a fare. E cioè non dobbiamo continuare a gestire il fenomeno delle limitazioni in maniera assolutamente solitaria, che è quello che penso succeda adesso all'interno delle Aziende. Il problema delle limitazioni è che si crea una sorta di “scarica barile” che alla fine arriva comunque al SITRA, perché il SITRA ha a che fare con queste persone e deve comunque gestirle. Spesso, credetemi, questo è il percepito di chi si occupa di queste cose. Per cui sicuramente dobbiamo evitare questo scarica barile se vogliamo gestire e governare il fenomeno. In quest’ottica è fondamentale che il medico competente, nel momento in cui deve dare una limitazione sulla mansione specifica, abbia la possibilità di interfacciarsi con chi gli può illustrare qual è l’attività di quell’operatore in quel contesto. D’altra parte ha ragione il Professor Apostoli, il medico competente deve chiaramente trovare delle persone competenti, parlo del SITRA, in grado di illustrare concretamente quali sono le possibilità dell’operatore in quel particolare contesto. Quindi medico competente e direttore del SITRA sono i primi due attori su cui è necessario agire. Terzo attore è sicuramente il servizio di prevenzione e protezione; è fondamentale che in ogni Azienda ci sia una mappatura del rischio, altrimenti vorrei capire come si fanno a conciliare la necessità di gestione e un flessibile utilizzo del personale se poi concretamente non ci sono questi strumenti minimi operativi. Il quarto attore, che tra l’altro nella ricerca viene anche ben evidenziato, e che è completamente assente, è l’ufficio delle risorse umane. L’ufficio risorse umane in questo fenomeno spesso si defila, non è chiamato in causa, e invece potrebbe essere assolutamente una risorsa importante perché alcune risposte comunque, sempre differenziando le competenze, non possiamo che trovarle all’interno di questa struttura. Quindi questa prima proposta è: “non gestiamo il fenomeno in solitudine ma gestiamolo insieme”.

Seconda proposta altrettanto importante, un paio di volte è già stata detta, è il discorso dello sviluppo in tecnologia. Non possiamo più prescindere da questo elemento se consideriamo l’incremento delle limitazioni che avremo nel futuro. Inoltre, il dotarsi di una strumentazione idonea deve andare di pari passo con la formazione; io stesso ho avuto un’esperienza in cui sono diventato matto per trovare un finanziamento per comprare un *bed mover*, e poi i primi a non volerlo utilizzare sono stati i dipendenti perché si sono innescate alcune logiche occupazionali di riorganizzazione dell’attività che ne hanno ostacolato l’uso. Quindi la formazione per l’uso della tecnologia è fondamentale.

Terza ed ultima proposta, spero che questo incontro non sia un punto d'arrivo ma un punto di partenza per poterci ritrovare e magari fare il punto tra scadenze prefissate. Grazie.

Daniela Volpato

Da parte mia vorrei sottolineare due aspetti. Il primo è già stato detto, e cioè che nel percorso di sorveglianza sanitaria i soggetti non devono essere lasciati da soli, creando quindi un percorso comune. Mi piacerebbe anche fare un invito a FIASO e alla Conferenza delle Regioni, che non c'è istituzionalmente ma ci sono alcuni degli attori che la compongono. Credo che oggi la Conferenza Stato-Regioni sia il luogo dove si può mettere insieme il ruolo del Ministero, quello delle Regioni e anche quello dei gestori, e lì dentro (a partire dalle buone pratiche, qui ne abbiamo sentite alcune come quelle dell'Emilia-Romagna o del Veneto) provare a capire se si possono definire delle linee guida, degli orientamenti, che sappiamo non essere vincolanti perché Conferenza ha i suoi meccanismi di approvazione, ma che possono poi, nei singoli gruppi tecnici che la Conferenza costituisce per le diverse competenze (quelle del medico competente, quelle del ruolo dei SITRA, quelle del ruolo dell'organizzazione ecc.), dare attuazione alle cose che ci sono già (parlavo prima del patto per la salute 2014-2016 rispetto ai fabbisogni standard, i criteri e quant'altro e le nuove competenze delle professioni). Altrimenti sì, la giornata di oggi e il lavoro di due anni rischiano di rimanere un punto importante, ma tra i tanti punti importanti, isolati. Quindi creiamo condizioni dove mettere insieme quello che abbiamo e vedere se può aiutare a essere propulsivo per quelle Regioni che magari sono un po' più in ritardo. Prima avevo citato un dato senza specificare, e mi scuso; quel 24% di cui parlavo è ovviamente la somma di tutte le varie limitazioni, che comprende le esclusioni dal lavoro notturno, le 104, ecc., non solo le situazioni di limitazioni da un punto di vista sanitario. Ovviamente per chi dà i dati, il gestore, è un valore che viene sommato, perché sono operatori che non sono nella loro totalità dell'esercizio professionale e quindi che, per diverse ragioni, tra cui quella sanitaria, non possono operare appieno. Quindi, l'invito è questo, e anche noi come sindacato cerchieremo di lavorare con Conferenza nella sua interezza e con le singole Regioni perché credo valga la pena usare le buone pratiche.

Passiamo al punto "contratto": io credo che il contratto possa svolgere un ruolo rilevante in termini più complessivi, organizzativi, di flessibilità professionale o altro. L'ordinamento professionale per sua natura è frutto della sua storia; le declaratorie, i profili professionali, i cosiddetti mansionari che per i professionisti non ci sono più, li declina in un modo molto rigido. È ovvio che è frutto di un percorso. Questo percorso a mio avviso può essere in parte rivisto, sicuramente partendo dalle declaratorie, dai profili, e magari facendo anche sintesi dei nuovi profili che si sono affacciati e che ancora non hanno

avuto ragione nel Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro perché in parte non riconosciuti o riconosciuti malamente in quanto nei vecchi DPR quelle figure non erano contemplate. Quindi nuovi ordinamenti professionali. E poi secondo me nel contratto abbiamo anche altre due leve, che se riscritte potrebbero essere utilizzate nella gestione corrente, che sono: la leva retributiva, quella del sistema incentivante, e la leva professionale delle carriere. Ecco, queste sono due leve determinanti del sistema, anche per le problematiche che abbiamo affrontato oggi, perché forme di carriera rigide legate solo a periodi temporali o a vecchie logiche di formazione o di titoli acquisiti hanno fatto il loro tempo. Noi dobbiamo cercare forme che riconoscono le competenze che si accrescono sul campo, che sono competenze che ovviamente attengono al bagaglio personale, all'impegno individuale, ma attengono anche alla *performance* organizzativa delle Aziende. Cioè se un'Azienda programma di migliorare la sua prestazione e investe sul personale tramite l'informazione e l'impegno, lì si misura la *performance* di quell'Azienda, di quel servizio, di quel reparto, e con essa la *performance* del singolo professionista, del singolo operatore. Introdurre nel contratto leve di questo tipo, descriverle in maniera moderna, non sarà semplice, ma è possibile. È ovvio, non voglio illudere me stessa, non voglio illudere le persone, che non basta tracciare per iscritto queste nuove leve in maniera più intelligente; bisogna poi attuarle, perché come tutti i contratti, come tutte le leggi, devono essere messe in pratica dalle singole Aziende, spinte da alcune leve che a mio avviso possono arrivare dalla Conferenza e dagli attori istituzionali preposti.

È ovvio, non lo nascondo, che c'è un'altra leva, che è quella del fabbisogno del personale. Anche il tema di oggi sconta il fatto che ci sono ormai carichi di lavoro non più sostenibili da un essere umano, che ci sono punte di alcuni reparti, di alcune RSA protette, rispetto a come sta invecchiando e quanto sta invecchiando la popolazione e quali sono i nuovi fabbisogni assistenziali, che non saranno più affrontabili con i piani occupazionali attuali. È necessario ripartire da zero per dire quanto personale da qui ai prossimi cinque anni servirà al Servizio Sanitario Nazionale in termini di medici, di professionisti sanitari e di operatori di supporto, così da lavorare per programmarlo e inserirlo. Quindi, su questo punto, noi chiediamo alle Regioni di dirci anche con coraggio che se il rapporto medici-infermieri in Italia è troppo alto, dobbiamo dire ai medici quanti medici ci servono e quali specialità ci servono, e quali invece non serve più continuare ad assumere. Dobbiamo dirci che il personale infermieristico deve avere un altro percorso, anche in termini culturali, e che deve assumere autonomia e responsabilità. Dobbiamo dirci che l'infermiere non deve fare necessariamente da solo assistenza ai lungodegenti, ma c'è una figura di supporto che probabilmente è aumentata in termini di numero e di responsabilità, e che lui non deve avere timori di dover gestire un personale

che non conosce le sue competenze e le sue responsabilità. Questa è forse una parte del futuro che possiamo scrivere.

In sanità, non tolgo nulla agli altri settori del pubblico impiego, c'è un punto di diversità rispetto alle altre pubbliche amministrazioni: il bisogno è quotidiano ed è fronte a noi. Il paziente, il suo bisogno di oggi non è procrastinabile, non è rinviabile; una pratica del settore edilizio o del settore ministeriale invece, non perché sia meno importante, anche se non viene finita entro un'ora può essere finita entro sei. Allora il sistema sanitario nazionale non può rientrare in quei mille balzelli in cui rientra tutto il settore delle pubbliche amministrazioni in maniera indistinta. Deve, attraverso gli attori responsabili, i gestori e le Regioni, in qualche misura avere un'attenzione anche in termini di investimenti economici finanziari, professionali, e di responsabilità, che è diversa da quella ricevuta dagli altri settori.

Carlo De Pietro

Vi ringrazio davvero molto tutti per gli ottimi interventi, purtroppo per motivazioni di tempo non è possibile proseguire oltre. Solo tre punti conclusivi. Il primo è che facciamo sicuramente nostro l'invito a proseguire questo lavoro, a far sì che questo momento non sia un punto di fine ma una tappa. La sensazione infatti è che ci siano ancora delle questioni che da un punto di vista organizzativo devono trovare dei framework di analisi, di rappresentazione utili. Il secondo punto, che a noi sta molto a cuore, è quello della multidisciplinarietà, che è stata citata più volte. Con questa iniziativa, l'avete capito, non vogliamo prendere il posto di persone che sono molto più competenti di noi su questi temi. Noi avevamo avuto la percezione, confrontandoci soprattutto con quelli che la Dottoressa Volpato chiamava i gestori, di un'impossibilità delle Aziende di risolvere "vecchia maniera" questo fenomeno; ecco dunque necessariamente la ricerca di soluzioni nuove che passino per l'organizzazione. E quindi, perché no, anche noi abbiamo provato a dare il nostro contributo. La terza cosa, con cui mi piace concludere, è un richiamo, che non vuole essere retorico, al fatto che da sempre il lavoro è un luogo di soddisfazione personale, di realizzazione. E, in una visione moderna, è l'organizzazione che deve ripensare a questi temi e trovare delle modalità per far parlare di più e meglio le persone coinvolte. Inoltre, forse, è anche giunta l'ora di rivedere alcune regole; se infatti io penso ai contratti, banalizzando un po', emerge che sono dei contratti che nell'impianto di base hanno più di vent'anni, sono della metà degli anni '90, quando il personale era in media dieci anni più giovane. E dunque se io riprendo questo tormentone dell'età e dell'invecchiamento, non è possibile pensare di dare le stesse risposte contrattuali ad un fenomeno che è cambiato in modo così sostanziale.

Io ora saluto tutti voi, vi ringrazio tantissimo, ringrazio tutti coloro che sono intervenuti oggi. Vi terremo informati degli sviluppi, in qualche modo avrete aggiornamenti. Arrivederci.

Bibliografia

- Costa, Giovanni (2011), *Lavoro a turni e notturno*, Milano, Zadig.
- Cunningham, Ian, James, Philip e Dibben, Pauline (2004), «Bridging the gap between rhetoric and reality: line managers and the protection of job security for ill workers in the modern workplace», *British Journal of Management*, 15(3), pp. 273-90. doi:10.1111/j.1467-8551.2004.00419.x
- De Pietro, Carlo (2003), «Autonomia professionale, professioni sanitarie codificate e gestione del personale», *Mecosan*, 48, pp. 9-37
- De Pietro, Carlo (2005), *La gestione del personale nelle aziende sanitarie italiane*, Milano, McGraw-Hill.
- De Pietro, Carlo (2009), «L'invecchiamento del personale SSN», in Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI 2009*, Milano, Egea, pp. 469-91.
- De Pietro, Carlo e Sartirana, Marco (2013), Gestione del personale SSN tra fisiologia e patologia: assenze, permessi ex legge 104/92 e inidoneità alla mansione, in CeRGAS Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2013*, Milano, Egea, pp. 487-511.
- De Pietro, Carlo, Marsilio, Marta e Sartirana, Marco (2014), «La razionalizzazione della spesa per approvvigionamenti e personale: le Regioni in Piano di Rientro a confronto», in CeRGAS Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2014*, Milano, Egea, pp. 347-80.
- De Pietro, Carlo, Pacileo, Guglielmo, Pirazzoli, Agnese e Sartirana, Marco (2015), «Le inidoneità e le idoneità parziali alla mansione nelle Aziende sanitarie pubbliche della Regione Umbria», in CeRGAS Bocconi (a cura di), *Rapporto Oasi 2015*, Milano, Egea, pp. 391-413.

- De Pietro, Carlo, Pacileo, Guglielmo, Pirazzoli, Agnese e Sartirana, Marco (2016), «Inidoneità e idoneità parziali alla mansione specifica del personale SSN: rilevanza e gestione organizzativa del fenomeno», *Mecosan*, 97, pp. 9-29.
- Eaton, Adrienne E., e Nocerino, Thomas (2000), «The effectiveness of health and safety committees: Results of a survey of public sector workplaces», *Industrial Relations*, 39(2), pp. 265-90. doi:10.1111/0019-8676.00166
- EU-OSHA (2012), *Worker representation and consultation on health and safety: an analysis of the findings of the European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER)*, *European Risk Observatory Report*, Luxembourg, European Agency for Safety and Health at Work. doi:10.2802/53799
- European Commission (2007), *Improving quality and productivity at work: Community strategy 2007-2012 on health and safety at work*. COM(2007) 62 final, Brussels, European Commission. Disponibile online: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52007DC0062&from=EN> (ultimo accesso 18 gennaio 2017)
- Franche, Renée-Louise, Baril, Raymond, Shaw, William, Nicholas, Michael, e Loisel, Patrick (2005), «Workplace-based return-to-work interventions: optimizing the role of stakeholders», *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), pp. 525-42. doi:10.1007/s10926-005-8032-1
- Frank, John e Cullen, Kim (2006), «Preventing injury, illness and disability at work», *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 32(2), pp. 160-7. doi:10.5271/sjweh.992
- Gruppo di lavoro Medici Competenti degli Ospedali del Veneto (2002), *Il rischio da movimentazione manuale dei pazienti per gli operatori sanitari della Regione Veneto*. Atti del Congresso Nazionale ANMeLP (Associazione Nazionale Medici del Lavoro Pubblici) «Le idoneità difficili», Abano Terme, 14 e 15 Novembre.
- Guardini, Ilario, Deroma, Laura, Salmaso, Daniele e Palese, Alvisa (2011), «Stima del trend di invecchiamento della popolazione infermieristica di due ospedali del Friuli Venezia Giulia: applicazione di un modello matematico deterministico», *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 33(1), pp. 55-62.
- Haafkens, Joke A., Koprina, Helen, Meerman, Martha G.M., e Van Dijk, Frank J.H. (2011), «Facilitating job retention for chronically ill employees: perspectives of line managers and human resource managers», *BMC Health Services Research*, 11, 104. doi:10.1186/1472-6963-11-104
- Hasson, H., Villaume K., von Thiele Schwarz, U. e Palm, K. (2014), «Managing implementation: roles of line managers, senior managers, and human resource professionals in an occupational health intervention», *Journal of Occupational*

and Environmental Medicine, 56(1), pp. 58-65.
doi:10.1097/JOM.000000000000020

- James, Philip e Walters, David (1999), *Regulating Health and Safety at Work: The Way Forward*, London, Institute of Employment Rights.
- James, Philip, Cunningham, Ian e Dibben, Pauline (2002), «Absence management and the issues of job retention and return to work», *Human Resource Management Journal*, 12(2), pp. 82–94. doi: 10.1111/j.1748-8583.2002.tb00065.x
- Krause, Niklas, Dasinger, Lisa K. e Neuhauser, Frank (1998), «Modified work and return to work: a review of the literature», *Journal of Occupational Rehabilitation*, 8(2), pp. 113-39. doi:10.1023/A:1023015622987
- Magnavita, Nicola e Santoro, Paolo Emilio (2009), Sorveglianza sanitaria e giudizi di idoneità nell'ospedalità del Lazio, *La Medicina del Lavoro*, 100(6), pp. 476-7.
- Maricchio, Rita, Ferraresi, Annamaria, Bonamici, Federica, Bertelli, Antonella, Passarini, Lorenza, Bagnasco, Annamaria e Sasso, Loredana (2013), «Invecchiamento dei professionisti sanitari e fenomeno delle inidoneità al lavoro: studio osservazionale», *L'Infermiere*, 57(1), pp. 9-16.
- Maslach, Christina (1982). *Burnout: The cost of caring*, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall (trad. it. *La sindrome del burnout. Il prezzo dell'aiuto agli altri*, Assisi, Cittadella Editrice, 1992).
- Menéndez, Maria, Benach, Joan e Vogel, Laurent (2009), *The impact of safety representatives on occupational health*, Report 107, Brussels, European Trade Union Institute. Disponibile online: <http://www.etui.org/Publications2/Reports/The-impact-of-safety-representatives-on-occupational-health> (ultimo accesso 18 gennaio 2017)
- Nielsen, Karina, Randall, Raymond, Holtén, Ann-Louise e Eusebio, Rial González (2010), «Conducting organizational-level occupational health interventions: What works?», *Work and Stress*, 24(3), pp. 234–59. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/02678373.2010.515393>
- Nielsen, Karina e Randall, Raymond (2013), «Opening the black box: Presenting a model for evaluating organizational-level interventions», *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 22(5), pp. 601-17. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/1359432X.2012.690556>
- Nunez, Imanol (2009), «Outsourcing occupational safety and health: an analysis of the make or buy decision», *Human Resource Management*, 48(6), pp. 941-58. doi:10.1002/hrm.20323
- Pianosi, Giovanni (2012). *La sorveglianza sanitaria dei lavoratori: difesa della salute dei lavoratori o medicina difensiva?* Relazione presentata nel Convegno Nazionale

SNOP – I Servizi di prevenzione: quale futuro, sessione – Il medico competente e gli altri “operatori di medicina del lavoro”: quale equilibrio. Disponibile online: <http://www.snop.it/convegno-snop-2012/PIANOSI.pdf> (ultimo accesso 18 gennaio 2017)

Santoro, Patrizia (2014), *Deboli ma forti: il pubblico impiego in Italia tra fedeltà politica e ammortizzatore sociale*, Milano, Franco Angeli.

Talini, Donatella, Baldasseroni, Alberto, Cristaudo, Alfonso e Magnani, Aldo (2014), Il database della Sorveglianza Sanitaria di una grande azienda ospedaliera: analisi di un ventennio, *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 36(4), pp. 368-71.

Van Gestel, Nicolette, Nyberg, Daniel e Vossen, Emmie (2015), «Institutional Logics and Micro-processes in Organizations: A Multi-actor Perspective on Sickness Absence Management in Three Dutch Hospitals», in Boch Waldorff, Susanne, Pedersen, Anne Reff, Fitzgerald, Louise e Ferlie, Ewan (a cura di), *Managing change: from health policy to practice*, London, Palgrave, pp. 55-70.

Violante, Francesco S., Bonfiglioli, Roberta, Mattioli, Stefano, Baldassaroni, Alberto, Baratti, Alberto, Bazzini, Giacomo, Calabrese, Monica, Carta, Angela, Draicchio, Francesco, Graziosi, Francesca, Liotti, Francesco, Merseburger, Angela, Maso, Stefano, Negro, Corrado, Porru, Stefano, Zanardi, Francesca, Apostoli, Pietro (2008), «Linee Guida per la prevenzione delle patologie correlate alla movimentazione manuale dei pazienti», in Apostoli, Pietro, Imbriani, Marcello, Soleo, Leonardo, Abbritti, Giuseppe e Ambrosi, Luigi (Eds), *Linee guida per la formazione continua e l'accreditamento del Medico del Lavoro. Società Italiana di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale*, Pavia, Edizioni PI-ME, vol. 23.

Wenger-Trayner, Etienne e Wenger-Trayner, Beverly (2015), Introduction to communities of practice. A brief overview of the concept and its uses. <http://wenger-trayner.com/introduction-to-communities-of-practice/> (ultimo accesso 18 gennaio 2017)

Williams, Renee M. e Westmorland, Muriel (2002), «Perspectives on workplace disability management: a review of the literature», *Work*, 19(1), pp. 87-93.

Gli Autori

Carlo De Pietro è ricercatore presso il CeRGAS Bocconi e docente dell'Area Public Management & Policy della SDA Bocconi, dove è stato coordinatore dei master MIMS ed EMMAS. È inoltre Professore di management sanitario presso la SUPSI (Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana). I suoi interessi di ricerca riguardano la gestione delle risorse umane, l'organizzazione, la programmazione e controllo, la pianificazione strategica e la politica sanitaria.

Guglielmo Pacileo è ricercatore presso il CeRGAS-Bocconi e docente della Divisione Government, Health & Non Profit della SDA Bocconi. Medico di sanità pubblica, ha conseguito il Master in Healthcare Management, Economics and Policy (MIHMEP) presso la Università Bocconi e il Dottorato in Bioetica presso l'Università di Bologna. Da tempo si occupa dei temi collegati al governo clinico e alla salute globale.

Agnese Pirazzoli è ricercatrice presso il CeRGAS Bocconi e collaboratore presso la dell'Area Public Management & Policy della SDA Bocconi. Le sue aree di interesse scientifico riguardano il management dei servizi sociali e socio-sanitari, la gestione delle risorse umane e organizzazione in particolare in ambito sanitario e sociale.

Marco Sartirana è ricercatore al CeRGAS Bocconi e docente dell'Area Public Management & Policy di SDA Bocconi; è inoltre professore a contratto di Economia delle Aziende e delle Amministrazioni Pubbliche presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore e PhD Candidate in Public Management all'Università di Utrecht. Le sue aree di interesse si concentrano sull'organizzazione aziendale e la gestione delle risorse umane in sanità.

