

# 11 Le inidoneità e le idoneità parziali alla mansione nelle Aziende sanitarie pubbliche della Regione Umbria

di Carlo De Pietro, Guglielmo Pacileo, Agnese Pirazzoli  
e Marco Sartirana<sup>1</sup>

## 11.1 Introduzione e obiettivi

Il capitolo tratta delle inidoneità e delle idoneità parziali con limitazioni alla mansione specifica (di seguito anche, per semplicità, inidoneità e limitazioni) del personale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), basandosi su quanto rilevato presso le Aziende sanitarie pubbliche della Regione Umbria.

Più in particolare, gli obiettivi del capitolo sono quelli di evidenziare – adottando un’ottica economico-aziendale – la rilevanza del fenomeno delle inidoneità e delle limitazioni lavorative facendo specifico riferimento al personale SSN, di mettere in luce l’impatto organizzativo e gestionale di tale fenomeno, di indagare le condizioni ma anche i possibili «spazi di manovra» per il management aziendale.

Il capitolo rappresenta un risultato intermedio del programma di ricerca CERGAS Bocconi su «Le inidoneità e le idoneità con limitazioni alla mansione specifica nelle Aziende sanitarie pubbliche italiane: analisi del fenomeno e proposte di policy» avviato nel 2014 e che si concluderà a fine 2015 (cfr. Box 11.1).

<sup>1</sup> Il capitolo è frutto di un lavoro comune di ricerca e riflessione degli autori. I §§ 11.1, 11.2 e 11.7 sono comunque da attribuire a Carlo De Pietro, il § 11.3 a Guglielmo Pacileo, i §§ 11.4, 11.5 e 11.6 ad Agnese Pirazzoli e Marco Sartirana.

Gli autori desiderano ringraziare:

- i partecipanti agli incontri del comitato guida del programma di ricerca CERGAS: Pietro Apostoli, Giovanni Battista Bochicchio, Franco Botteon, Donato Carrara, Claudio Costa, Walter Locatelli, Barbara Mangiacavalli, Rita Maricchio, Paolo Michelutti, Paola Torri, Daniele Tovoli, Maria Trani, Franco Vallicella, Daniela Volpato, Giuliana Vuillermin;
- le istituzioni che hanno finanziato il programma di ricerca CERGAS: AUSL della Valle d’Aosta, CISL FP, Nursind, Regione Basilicata, Regione Emilia Romagna, Regione Umbria, Regione Veneto;
- le due aziende che hanno permesso le rilevazioni di campo (AO Santa Maria di Terni e USL Umbria 2) e i professionisti che si sono resi disponibili per le interviste.

### Box 11.1. **Il programma di ricerca CERGAS Bocconi**

#### Titolo

Le inidoneità e le idoneità con limitazioni alla mansione specifica nelle Aziende sanitarie pubbliche italiane: analisi del fenomeno e proposte di policy

#### Fasi

1. **Condivisione dell'oggetto e del metodo di analisi**  
Formulazione di un quadro interpretativo comune e di una metodologia condivisa di raccolta dei dati (griglia e questionari di rilevazione da inviare alle Aziende)
2. **Rilevazione del fenomeno**  
Rilevazione sistematica del fenomeno nelle Aziende pubbliche SSN delle Regioni che co-finanziano la ricerca  
Rilevazione campionaria del fenomeno nelle Aziende SSN pubbliche delle altre Regioni
3. **Approfondimenti qualitativi presso le Regioni finanziatrici**  
Realizzazione casi studio aziendali con partecipazione di medici competenti, direzioni aziendali, direzioni infermieristiche, ecc.
4. **Elaborazione proposte gestionali e di policy**  
Discussione risultati e formulazione suggerimenti di management e policy a livello aziendale, regionale e nazionale
5. **Redazione report di ricerca e disseminazione**  
Redazione report  
Convegno nazionale  
Pubblicazioni su riviste scientifiche e divulgative

Il presente capitolo tratta delle analisi svolte sul Servizio Sanitario Regionale (SSR) dell'Umbria, una delle Regioni che finanziano il programma di ricerca. Se da un lato il caso umbro non può certamente essere generalizzato all'intero SSN, esso mette bene in evidenza i motivi d'interesse di tale analisi, nonché alcuni elementi comuni e alcune differenze che caratterizzano la gestione delle inidoneità e delle limitazioni lavorative nelle diverse Aziende sanitarie pubbliche.

Il capitolo è strutturato come segue. Il paragrafo 11.2 introduce al tema delle inidoneità e limitazioni, evidenziandone la rilevanza ma, al contempo, la scarsità di dati e analisi disponibili. Il paragrafo 11.3 presenta la metodologia di ricerca adottata dal programma di ricerca CERGAS e, più specificamente, per l'analisi proposta nel presente capitolo. Il paragrafo 11.4 illustra le evidenze quantitative del fenomeno rilevate presso le Aziende pubbliche del SSR dell'Umbria. I paragrafi 11.5 e 11.6 descrivono le esperienze di gestione delle inidoneità e delle limitazioni, rispettivamente, nell'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni e nell'Azienda USL Umbria 2. Infine, il paragrafo 11.7 riporta alcune riflessioni conclusive.

## 11.2 La rilevanza delle inidoneità e delle idoneità con limitazioni alla mansione specifica nel SSN

Il giudizio di idoneità rappresenta il momento culminante dell'attività di sorveglianza sanitaria. La sorveglianza sanitaria è regolamentata dalle leggi in materia di sicurezza sul lavoro, in particolare dal D.Lgs 81/2008 (modificato dal D. Lgs. 106/2009), che la definisce come l'«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» (art. 2, c. 1).

L'attività di sorveglianza sanitaria è svolta dal medico competente e si sviluppa attraverso visite mediche periodiche, in occasione del cambio della mansione, a seguito di richiesta del lavoratore e in altre circostanze definite dalla normativa. Il medico competente valuta il possesso dei requisiti psico-fisici e l'assenza di controindicazioni per lo svolgimento della mansione specifica in relazione alla presenza di rischi professionali accertati e riportati nel Documento di Valutazione dei Rischi (DVR). Tale documento è predisposto dal Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP) dell'azienda previa consultazione con i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS).

Sulla base delle risultanze delle visite mediche il medico competente può esprimere un giudizio di 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, il quale «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» (D.Lgs 81/2008, art. 42, c. 1).

Come già anticipato nel Rapporto OASI 2013 (De Pietro e Sartirana, 2013 e in De Pietro *et al.*, 2015) le inidoneità e le idoneità parziali con limitazioni alla mansione specifica rappresentano un tema importante per l'organizzazione e la gestione di qualunque tipo di Azienda, ma assumono una centralità paradigmatica nel caso delle Aziende sanitarie pubbliche. Queste ultime infatti presentano elementi, di seguito descritti, che enfatizzano la rilevanza del fenomeno, rendendolo un ambito di studio particolarmente rilevante per le sue ricadute economiche e per la funzione manageriale nel suo complesso.

1. Un primo aspetto specifico riguarda la natura di servizio alla persona di molte prestazioni sanitarie, e dunque la centralità degli operatori e dei professionisti per l'efficacia e la qualità percepita dei servizi offerti. Motivazione, competenze, buona organizzazione del lavoro, hanno una ricaduta diretta sugli utenti e sulla loro soddisfazione (De Pietro, 2005).

2. Un secondo aspetto è collegato alla natura dei bisogni dei pazienti e alle attività che essi richiedono, che nel tempo possono comportare importanti problemi di natura fisica o psicologica. Con riferimento ai primi, si pensi alla movimentazione manuale dei pazienti e alle patologie muscolo-scheletriche che ne derivano, quali il mal di schiena (per un inquadramento circa prevalenza e rilevanza del problema si rimanda a SIMLII, 2008:4-12). Con riferimento ai problemi di natura psicologica, 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 C. Maslach del 1992).
3. Un terzo elemento è la presenza 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).
4. Tutti tali aspetti sono resi ancora più rilevanti in prospettiva futura, a causa del contestuale invecchiamento del personale SSN e dunque dal rischio che nel corso del tempo esso maturi problemi di salute in ambito sia lavorativo, sia extra-lavorativo (con riferimento al personale infermieristico, cfr. Guardini *et al.*, 2011 e Maricchio *et al.*, 2013). Se l'età media dei dipendenti SSN nel 2001 era ancora di circa 43 anni, nel 2013 era già di 49, con un aumento annuale dell'età media di sei mesi ([www.contoannuale.tesoro.it](http://www.contoannuale.tesoro.it), 20 luglio 2015)<sup>2</sup>.
5. Un ulteriore elemento che rende rilevante il tema delle inidoneità e delle limitazioni nelle Aziende pubbliche SSN è la scarsa pressione competitiva esercitata dal mercato nel caso delle organizzazioni pubbliche e le forti tutele del pubblico impiego rafforzatesi nel corso del tempo, anche grazie a 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.
6. Ancora, il tema delle non idoneità lavorative assume rilevanza per la presenza di forti limitazioni alla fungibilità dei lavoratori tra le diverse mansioni, 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 abbia giudicato inidoneo.

<sup>2</sup> Questo innalzamento dell'età media è frutto di più fattori, tra i quali le recenti riforme previdenziali e dunque l'innalzamento dell'età di pensionamento, il contenimento delle assunzioni nelle aziende SSN (soprattutto nelle Regioni sottoposte ai cosiddetti Piani di Rientro; cfr. De Pietro *et al.*, 2014), l'aumento della durata di alcuni percorsi formativi obbligatori del personale sanitario.

7. 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, per loro finalità istituzionale, hanno la promozione e il ristabilimento della salute e quindi, in primo luogo, 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.

Paradossalmente, a fronte di tali elementi che evidenziano bene la rilevanza del tema delle inidoneità lavorative per le Aziende SSN, le informazioni disponibili sul fenomeno e sulla sua gestione sono assai limitate. Questa situazione deriva principalmente dall'assenza (i) di dati sulle inidoneità lavorative e (ii) di analisi capaci di fare sintesi tra le diverse discipline e i diversi attori che, a vario titolo, sono coinvolti.

L'assenza di dati in particolare deriva da più fattori, tra i quali certamente l'ambiguità di quadri descrittivi e interpretativi del fenomeno, l'assenza di un glossario condiviso, l'assenza di rilevazioni sistematiche disponibili e confrontabili.

Il quadro prevalente nel quale s'inserisce e si articola il tema delle inidoneità e delle idoneità con limitazioni alla mansione specifica è rappresentato dal già citato decreto legislativo 81/2008<sup>3</sup>, testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro e, in particolare, sulle attività previste per la sorveglianza sanitaria. Nonostante il dettaglio di tale norma (che si compone di oltre trecento articoli e oltre cinquanta allegati), la sua applicazione risente di forti disomogeneità dovute alla complessità della materia, al numero e alle competenze eterogenee – in natura e in intensità – dei soggetti coinvolti, all'autonomia lasciata al medico competente, ecc.

Tale complessità è, allo stesso tempo, fonte e frutto di una sostanziale assenza di un glossario condiviso dai diversi attori e dagli stessi medici competenti che lavorano nelle diverse Aziende sanitarie. La stessa forma documentale prevista dalle norme, fondamentalmente cartacea, non favorisce una standardizzazione dei concetti utilizzati.

Tutto ciò si traduce inevitabilmente in una sostanziale assenza di rilevazioni disponibili a livello interaziendale sulle quali basare analisi attendibili e confronti strutturati.

<sup>3</sup> Il decreto legislativo dà attuazione all'articolo 1 della legge 123/2007 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

Accanto all'assenza di dati, il fenomeno delle inidoneità e delle limitazioni lavorative risente della mancanza di un confronto multidisciplinare e sistematico tra i principali attori coinvolti. Tra questi possiamo considerare (cfr. anche l'articolo 2 del decreto legislativo 81/2008) i lavoratori (lettera a), il datore di lavoro (lettera b), i dirigenti (lettera d), i preposti (cioè i responsabili gerarchici dei lavoratori; lettera e), il responsabile del servizio di prevenzione e protezione aziendale (lettera f), gli addetti al servizio di prevenzione e protezione (lettera g), il medico competente (lettera h), i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (lettera i). Le attività normative dal decreto legislativo 81/2008 sono infatti numerose (prevenzione, sistema di promozione della salute e sicurezza, valutazione dei rischi, modello di organizzazione e di gestione, ecc.), ma paradossalmente tale abbondanza di previsioni normative rende il quadro complesso, spesso confuso agli stessi attori e da molti considerato burocratico e persino controproducente (cfr. ad esempio Pianosi, 2011).

### 11.3 La metodologia della ricerca

Questo capitolo presenta alcuni risultati di natura sia quantitativa che qualitativa del programma di ricerca CERGAS Bocconi, già inquadrato nel paragrafo introduttivo.

La dimensione quantitativa del fenomeno delle inidoneità e delle idoneità con limitazioni è stata analizzata a partire dalla rilevazione svolta grazie a una griglia di rilevazione compilata dalle quattro Aziende sanitarie pubbliche della Regione Umbria. Tale griglia di rilevazione è mirata a specificare l'entità complessiva dei lavoratori inidonei o parzialmente idonei, suddivisi in base ad alcune loro caratteristiche demografiche, contrattuali e organizzative. La griglia include informazioni relative alle visite mediche previste dal processo di sorveglianza sanitaria, alle limitazioni riscontrate, alla loro gestione, ecc.

Questo strumento di rilevazione è stato elaborato da un gruppo di lavoro formato da ricercatori del CERGAS Bocconi e da esperti della materia con diversa estrazione professionale<sup>4</sup>. Tale lavoro è stato preceduto da una rassegna della letteratura nazionale (medica e manageriale) riferita alle inidoneità alla mansione lavorativa all'interno delle Aziende sanitarie. A questa è stata affiancata una raccolta di letteratura grigia, linee guida, *report* sviluppati a livello aziendale, nonché delle principali fonti normative sul tema.

La rilevazione presso le quattro Aziende – i cui risultati sono presentati nel paragrafo 11.4 – è stata effettuata tra i mesi di aprile e giugno del 2015. Nello

<sup>4</sup> 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), Barbara Mangiacavalli (Direttore SITRA Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia e Presidente della Federazione IPASVI) e Daniele Tovoli (Direttore Sistemi per la Sicurezza della AUSL di Bologna).

studio sono stati inclusi tutti i lavoratori che risultavano inidonei o solo parzialmente idonei al 31 dicembre 2014 (data rispetto alla quale è stata svolta la rilevazione), a cui si aggiungono tutti i lavoratori che a partire dal primo gennaio 2005 hanno ricevuto un giudizio di inidoneità o idoneità parziale e che sono stati successivamente ricollocati o sono stati oggetto di modifica della mansione. Pertanto la rilevazione permette di conoscere il numero complessivo di dipendenti in servizio che, per limitazioni psicofisiche, possono rappresentare un condizionamento all'organizzazione aziendale e alla flessibilità nella gestione del personale.

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 gruppo di progetto CERGAS 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. Tali limitazioni sono speculari ai principali fattori di rischio<sup>5</sup> cui sono esposti i lavoratori in ambito sanitario. 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. Inoltre, non sono stati considerati i casi di limitazioni risolte per guarigione (ad esempio limitazioni collegate a gravidanze o a interventi chirurgici, ecc.).

Prima di essere distribuita nelle Aziende della Regione Umbria, la griglia è stata testata tra settembre e novembre del 2014 nelle Aziende sanitarie della Regione Veneto e nell'Azienda USL della Valle d'Aosta. A seguito di tali prime somministrazioni, la griglia di rilevazione è stata rivista e perfezionata.

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 due casi di studio, presentati rispettivamente nei paragrafi 11.5 e 11.6. Per redigerli sono state selezionate un'Azienda Ospedaliera monopresidio, la AO Santa Maria di Terni, e una Azienda Sanitaria Locale, la USL Umbria 2, con numerose sedi territoriali e proveniente da un recente accorpamento (l'Azienda è infatti nata nel 2013 dalla fusione delle ex AUSL di Foligno e di Terni).

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. Nel corso delle interviste, durante le quali gli attori intervenuti hanno ricostruito il processo di sorveglianza sanitaria nella propria Azienda, sono stati analizzati i Documenti di Valutazione dei Ri-

<sup>5</sup> 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.

schì e, laddove presenti, le procedure e le schede aziendali relative al processo di sorveglianza sanitaria. Lo spaccato delle dinamiche organizzative sottostanti il processo di gestione delle limitazioni e la conoscenza delle percezioni, aspettative e comportamenti dei diversi attori, emersi dalla realizzazione dei due casi studio, sono stati funzionali a comprendere meglio i dati successivamente raccolti attraverso l'analisi quantitativa.

#### 11.4 Le limitazioni in Regione Umbria: risultati dell'indagine quantitativa

La rilevazione quantitativa ha coinvolto le quattro Aziende sanitarie pubbliche della Regione Umbria: USL Umbria 1, USL Umbria 2, Azienda Ospedaliera Santa Maria della Misericordia di Perugia e Azienda Ospedaliera Ospedale Civile Santa Maria di Terni, per un totale di circa 12.000 dipendenti.

La Tabella 11.1 riporta il dettaglio degli organici e la sintesi di alcune variabili rilevanti per l'indagine.

L'età media dei dipendenti varia dai 47,8 anni dell'AO di Terni ai 49,1 anni dalla USL Umbria 1. Nel complesso l'età media è leggermente inferiore a quella del SSN, che si attesta a 49,1 anni.

Anche nelle due USL una porzione importante di dipendenti è impegnata in ambito ospedaliero. Le due USL, oltre alle attività di assistenza territoriale, gestiscono infatti direttamente diversi presidi, con un totale di posti letto superiore a quello delle due AO.

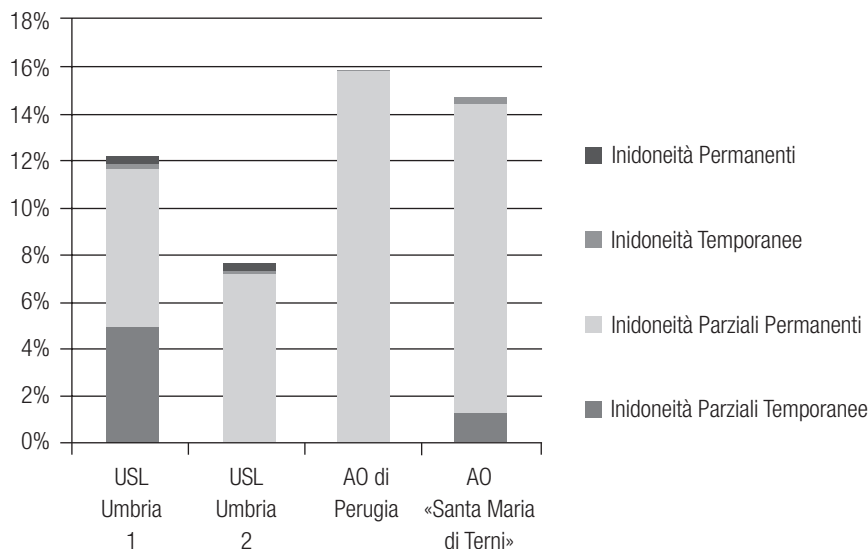
La Figura 11.1 riporta i dati relativi all'incidenza delle inidoneità nelle quattro Aziende: il valore medio del fenomeno si attesta al 12,05% del totale degli organici. Le inidoneità totali sono molto ridotte e non superano lo 0,4% dei dipen-

Tabella 11.1. **Inquadramento delle Aziende del SSR dell'Umbria**

	USL Umbria 1	USL Umbria 2	AO Perugia	AO Terni
Totale dipendenti (1)	3.846	3.666	2.989	1.600
Età media dipendenti (2)	49,1	48,3	48,7	47,8
Posti letto (3)	760	887	759	513
Inquadramento contrattuale del medico competente (4)	Dipendente	Dipendente	Dipendente	Dipendente ASL autorizzato

*Fonti:* (1) dati inviati dalle Aziende, riferiti al personale in servizio al 31/12/2014; (2) Conto Annuale Ministero del Tesoro, 2013; (3) Ministero della Salute, 2014 (includono posti letto ordinari, day hospital e day surgery, sia delle strutture per acuti che di quelle di riabilitazione e lungodegenza); (4) informazioni raccolte presso le Aziende.



Figura 11.1. **Prevalenza delle inidoneità per azienda e natura del giudizio**

Fonte: rilevazione degli autori

denti. È invece significativo il numero di idoneità parziali, sia temporanee che permanenti. A tale proposito si nota come in alcune aziende (AO Perugia) non vi siano idoneità parziali permanenti, mentre in altre (USL Umbria 1) siano decisamente frequenti. Tale differenza sembra giustificata, più che da motivazioni di carattere epidemiologico o legate alla natura della attività aziendali, dalle modalità con cui il medico competente sceglie di esprimere i giudizi.

La Figura 11.2 presenta invece un'analisi delle tipologie di limitazione dei dipendenti parzialmente inidonei, considerando il totale delle limitazioni espresse e dunque anche delle eventuali seconde o terze limitazioni. Dalla rilevazione emerge che le limitazioni prevalenti sono quelle relative alla movimentazione di carichi e pazienti (MMC; 46,7%), seguite dalle limitazioni riferite alle posture (19,6%), al lavoro notturno e alle reperibilità (11,8%), all'esposizione ad agenti di rischio chimico (5,6%). Inferiori, ma non trascurabili, sono le limitazioni dovute a problemi di *stress*, *burn-out* o di natura psichiatrica (4,4%). Vi sono infine uno 0,9% relativo ai turni non notturni e un 11% di altre limitazioni tra cui sono ricomprese, ad esempio, quelle relative all'esposizione ai videoterminali.

La Figura 11.3 mostra come il fenomeno si distribuisce in base al sesso dei dipendenti e all'età. Anzitutto si evidenzia come le inidoneità sono più frequenti tra le donne che tra gli uomini, con una media, rispettivamente, di 15,46% e 9,52%. Inoltre, come facilmente prevedibile, i dipendenti inidonei aumentano

Figura 11.2. **Tipologia delle limitazioni**

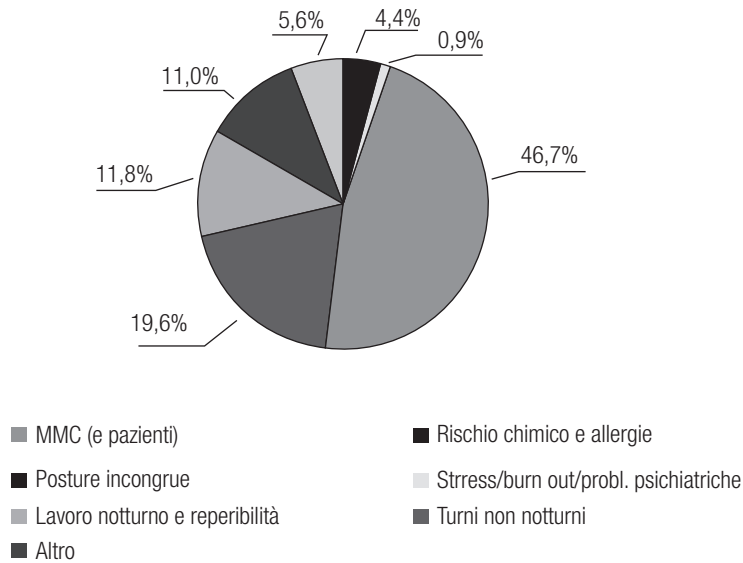
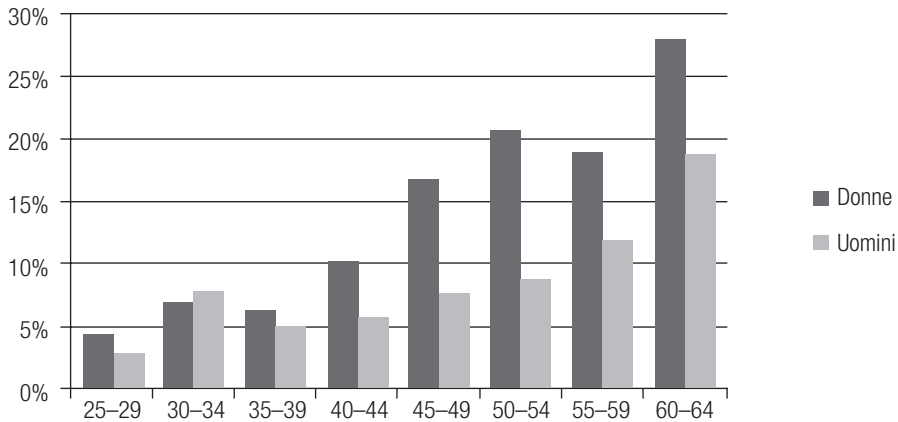


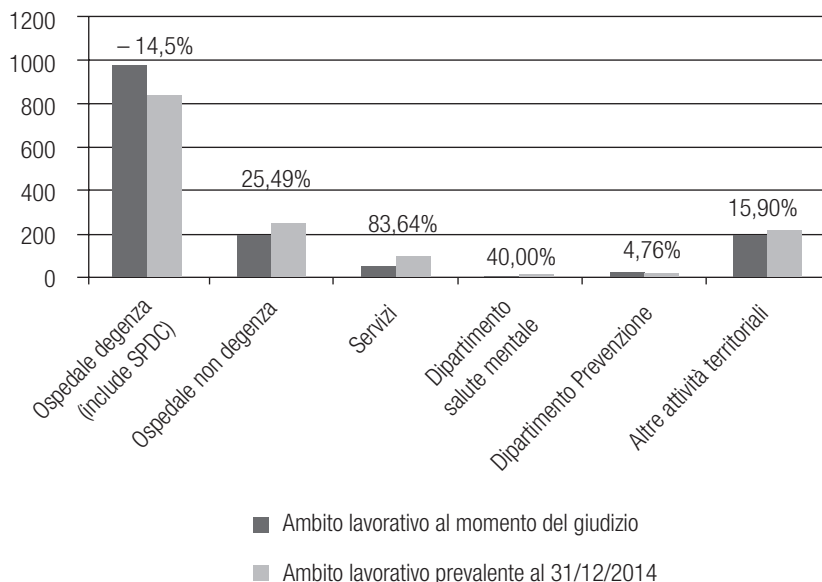
Figura 11.3. **Età e sesso dei dipendenti inidonei o con limitazioni**



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. L'età media dei dipendenti inidonei è infatti pari a 51,2 anni, a fronte di un'età media dei dipendenti che nelle quattro Aziende varia da 47,8 a 49,1 anni.

In Figura 11.4 è invece confrontato l'ambito lavorativo al momento del primo

Figura 11.4. **Confronto tra ambito lavorativo al momento del giudizio di inidoneità e ambito lavorativo attuale dei dipendenti inidonei o con limitazioni; unità di personale e variazioni percentuali**



giudizio di inidoneità e l'ambito lavorativo attuale (le percentuali indicano la variazione intercorsa tra primo giudizio di inidoneità e 31.12.2014). Sebbene vi possano essere altre motivazioni personali o organizzative che hanno determinato cambiamenti nell'ambito di lavoro, è probabile che l'inidoneità abbia avuto un ruolo rilevante in tale processo.

Emerge anzitutto come per la maggioranza dei dipendenti l'Azienda abbia trovato una modalità di gestione della limitazione che non ha comportato un trasferimento tra le diverse macroaree dell'Azienda (ad esempio nelle quattro aziende 845 dipendenti, pari al 57% del totale dei dipendenti con limitazioni, lavorano nelle degenze ospedaliere a seguito del giudizio di idoneità parziale). 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 a ambiti lavorativi con rischi inferiori all'interno della stessa area (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'area all'altra nel corso del tempo. Nelle quattro Aziende infatti 141 dipendenti inidonei o con limitazioni (pari al 9,6% dei dipendenti con limitazioni) si sono trasferiti da reparti di degen-

za ad attività ospedaliere non di degenza (ad esempio ambulatori in ospedale), ad aree di servizi (amministrativi, tecnici o di staff) e ad attività territoriali.

La Figura 11.5 mostra come varia la quota di personale inidoneo o con limitazioni in base ai ruoli e alle categorie d'inquadramento professionale. Solo il 5,4% dei dirigenti di ruolo sanitario, professionale, tecnico e amministrativo è totalmente o parzialmente inidoneo, a fronte di un 14,2% di personale sanitario delle categorie D o Ds (categorie assai importanti, che comprendono le professioni sanitarie ex legge 42/1999 e dunque infermieri, fisioterapisti, tecnici di laboratorio e di radiologia, tecnici della prevenzione, educatori professionali, ostetriche, ecc.) e di un rilevante 23,2% di personale di ruolo sanitario o tecnico di area sanitaria con mansioni strettamente operative e/o di tipo socio-assistenziale (ad esempio Operatori Socio-Sanitari – OSS, Operatori Tecnici dell'Assistenza – OTA, ausiliari specializzati). Si attestano invece al 13,2% e al 4,9%, rispettivamente, il personale di ruolo tecnico (ad esempio programmatori, operatori tecnici, assistenti tecnici) e quello di ruolo amministrativo, entrambi peraltro poco numerosi in termini assoluti.

Da ultimo, la Tabella 11.2 mostra la quota di giudizi del medico competente per i quali è stato fatto ricorso al Servizio di Prevenzione e Sicurezza sui Luoghi di Lavoro delle ASL dal 1.1.2005 al 31.12.2014. Si nota come vi sia un'importante variabilità, anche in parte dovuta alla difficile reperibilità di questi dati da parte delle aziende: in un'Azienda è stato fatto ricorso nel 13,5% dei casi (AO Terni), in un'altra in nessun caso (AO Perugia).

Figura 11.5 **Ruolo e categoria dei dipendenti inidonei o con limitazioni**

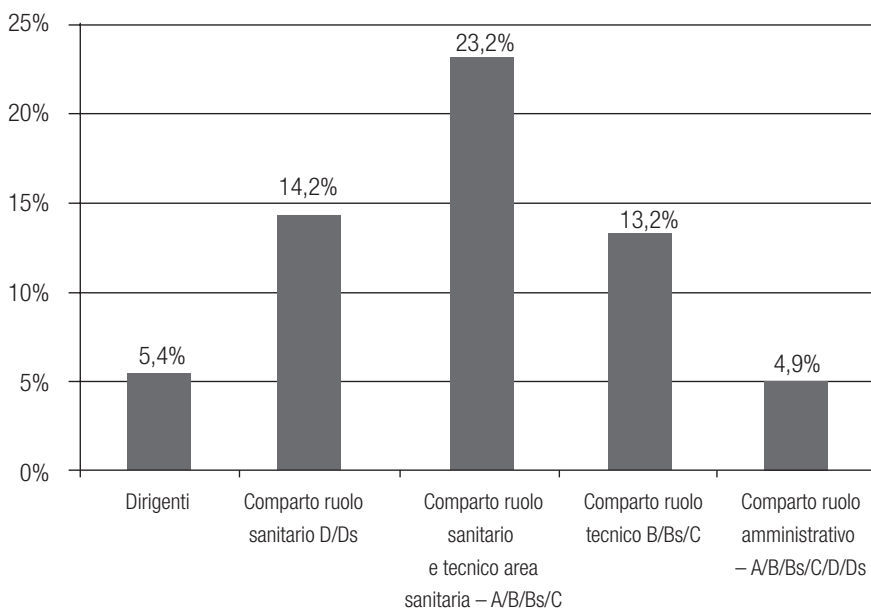


Tabella 11.2 **Ricorsi alla ASL contro il giudizio del Medico Competente**

Azienda	N° ricorsi	% ricorsi sul totale dei giudizi espressi dal MC	% giudizi modificati a seguito del ricorso
USL Umbria 1	2	0,4%	50%
USL Umbria 2	17	6,1%	53%
AO di Perugia	0	0,0%	–
AO S. Maria di Terni	32	13,5%	25%

## 11.5 L'esperienza dell'Azienda Ospedaliera di Terni

### 11.5.1 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 del *database* dei dipendenti in relazione alle attività di sorveglianza sanitaria e degli appuntamenti per le visite periodiche sulla base dei 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, un amministrativo, a cui si aggiunge il responsabile del Servizio. Vi sono inoltre collaboratori esterni al Servizio presso il Servizio infermieristico tecnico riabilitativo ostetrico (SI-TRO) e presso la Direzione Medica di Presidio (DMPO).

I rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (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.

### 11.5.2 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 nell'apposito documento di valutazione (DVR) dell'Azienda. La presenza di un unico medico 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 da 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 al rientro in servizio per i dipendenti che si sono assentati per più di sessanta giorni consecutivi.

In generale, le attività di sorveglianza sanitaria richiedono numerosi solleciti ai dipendenti perché 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. Tali visite vengono percepite dal medico competente come non appropriate. Peraltro tutti i dipendenti che fanno richiesta vengono visitati, non essendo ad oggi presenti meccanismi di filtro o selezione delle richieste.

Le informazioni sui dipendenti vengono ad oggi archiviate in due database informatizzati (file excel) distinti, uno presso l'ufficio del medico competente e un secondo (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 più fruibili le informazioni.

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

A seguito di un giudizio di inidoneità o idoneità parziale alla mansione, il medico competente dell'Azienda consegna il giudizio 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, non sono presenti forme di codifica standardizzate.

Il SITRO con il coordinatore o la DMPO con il responsabile della struttura valutano se il dipendente può essere mantenuto nella precedente collocazione organizzativa nel rispetto delle limitazioni, ad esempio attraverso la dotazione di ausili e lo svolgimento di opportune attività formative. Se ciò non è possibile, viene identificata una nuova collocazione organizzativa in cui trasferire il dipendente. Il medico competente viene coinvolto in questa fase solo nei casi più complessi, e sempre in caso di 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 email, fax, telefono, incontri di per-

sona. 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, che tuttavia è stata 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 spesso i giudizi del Servizio per la Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro siano favorevoli al dipendente. Tale situazione era significativamente diversa in passato (come emerge dai dati riportati precedentemente in Tabella 11.2), e ciò forse era dovuto anche a un fattore molto contingente: la presenza di un dipendente di ruolo amministrativo a supporto del medico competente che in alcuni casi consigliava ai dipendenti di ricorrere contro il giudizio espresso dal medico competente.

#### **11.5.4 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 presenti nella consulenza rivolta ai dipendenti, in quanto offrono supporto operativo e assistenza legale, contando anche sul supporto dei RLS. Ciò è favorito dalla presenza di numerose sigle sindacali (otto per il solo comparto) che genera un'elevata «competizione» e determina un incremento nel supporto offerto ai dipendenti anche su questi temi.

Si riscontra infine un ruolo abbastanza marginale dei 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.

#### **11.5.5 Alcune criticità specifiche percepite dagli attori coinvolti**

Un primo elemento di criticità identificato dall'Azienda si riferisce al tema degli infortuni, in parte collegato con quello delle limitazioni. Si riscontra infatti 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 per movimentazione pazienti. Parallelamente sono però aumentati gli infortuni derivanti da traumi e quelli *in itinere*, come cadute per le scale, traumi dovuti a movimenti improvvisi del paziente, ecc. Per ridurre questa problematica, l'Azienda ha deciso di richiedere per ogni infortunio la dichiara-

zione 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 di 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 nelle relazioni fra azienda e dipendenti; ciò è avvenuto per esempio nel caso di un'infermiera, precedentemente impiegata in mansioni amministrative, che è stata assegnata all'effettuazione dei prelievi domiciliari prima che venisse effettuata la visita di cambio mansione, elemento che le ha permesso di sporgere denuncia verso l'azienda.

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. Delicati sono i casi 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 medico competente, il SITRO e gli altri attori aziendali rilevanti sono il più delle volte lunghi e complessi.

## 11.6 L'esperienza della USL Umbria 2

### 11.6.1 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 2.081 dipendenti, mentre il secondo è responsabile dell'area della ex ASL 4 (Amelia, Narni, Orvieto, Terni), per un totale di 1.585 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 del *database* 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 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, un amministrativo, a cui si aggiunge il Responsabile del SPP.

Infine, i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza sono in totale diciotto, di cui alcuni facenti parte della Rappresentanza Sindacale Unitaria. Essi partecipano ai sopralluoghi effettuati dal RSPP.

### 11.6.2 Il processo di sorveglianza sanitaria

La sorveglianza sanitaria è svolta secondo i protocolli definiti da ciascuno dei due medici competenti. Essi eseguono la sorveglianza sanitaria 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. Tuttavia, non sembra essersi ancora avviato un processo di condivisione e omogeneizzazione delle pratiche.

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. Lo staff del medico della ex ASL 3, oltre a svolgere la gestione amministrativa della sorveglianza sanitaria, esegue direttamente anche i prelievi ematici.

L'Azienda riscontra un'adeguata *compliance* da parte dei dipendenti alle visite periodiche.

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 (file excel) distinti, uno presso ciascun ufficio dei medici competenti, e un altro (per il solo personale del comparto) presso il SITRO. Come già detto per l'Azienda Ospedaliera di Terni, anche la USL Umbria 2 ha recentemente acquistato un software, non ancora attivo, per la gestione della sorveglianza sanitaria, che consentirà di evitare le duplicazioni.

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

La inidoneità o la limitazione viene espressa dal medico competente con un testo libero: non sono presenti forme di codifica standardizzate. A seguito di un giudizio di inidoneità o idoneità parziale alla mansione, 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 può essere mantenuto nella precedente collocazione organizzativa nel rispetto delle limitazioni, o se si rende 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 e-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, che non favorisce la collaborazione e l'identificazione di soluzioni condivise.

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

#### **11.6.4 La comunicazione con le rappresentanze sindacali e con i lavoratori**

Analogamente all'esperienza della AO di Terni, i rapporti con le organizzazioni sindacali appaiono scarsamente 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.

Anche in questo caso si riscontra infine un ruolo complessivamente marginale degli RLS su questi temi.

#### **11.6.5 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 presso l'AO di Terni, 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).

## 11.7 Discussione e conclusioni

L'analisi delle inidoneità lavorative e delle idoneità con limitazioni alla mansione specifica svolta nelle Aziende del SSR umbro offre numerosi spunti di discussione, che beneficeranno nel seguito del progetto CERGAS di un confronto sistematico con quanto avviene nelle Aziende sanitarie di altre Regioni.

L'analisi ha mostrato una prevalenza certamente importante delle limitazioni complessivamente considerate. I dati rilevati presso le quattro Aziende, però, mostrano una variabilità (da una prevalenza minima dell'8% circa ad una massima del 16%) che con tutta probabilità non è spiegata soltanto dalle diverse condizioni di salute dei dipendenti, ma anche dai processi di sorveglianza sanitaria in atto e dalle modalità di rilevazione e archiviazione delle relative informazioni. Ciò è confermato dall'assenza di *software* dedicati in entrambe le Aziende oggetto dei casi di studio qualitativi. Considerato che la rilevazione è stata condotta nello stesso periodo, con il supporto dell'Amministrazione Regionale e sulla base di una griglia relativamente semplice<sup>6</sup> – tutti elementi che dovrebbero favorire una rilevazione omogenea – si tratta di un risultato che conferma l'estrema difficoltà di rendere omogenei i concetti e le tassonomie attorno al fenomeno delle inidoneità e delle limitazioni, nonché i processi operativi della sorveglianza sanitaria.

Guardando alle fattispecie delle limitazioni, quasi la metà riguarda la movimentazione manuale dei carichi (e dei pazienti). Si tratta dunque di limitazioni almeno in parte gestibili col ricorso a specifici ausili (sollevatori ecc.); tuttavia, restano un condizionamento importante per le attività lavorative di assistenza diretta ai pazienti (e che tanto più lo possono essere in strutture residenziali post-acute). Meno frequenti (12% del totale), ma assai importanti per l'organizzazione del lavoro, sono le limitazioni che limitano il lavoro notturno e le reperibilità. Le Aziende sanitarie, nonostante la riduzione dei tassi di ospedalizzazione e la durata media delle degenze, rimangono infatti luoghi di lavoro caratterizzati da numerose attività che devono essere svolte sulle ventiquattro ore o comunque su cicli lavorativi lunghi. Se tradizionalmente alcuni dipendenti delle Aziende sanitarie erano disponibili a lavorare di notte (così da aumentare la propria retribuzione o disporre di più giornate libere), è prevedibile che

<sup>6</sup> Anche alcuni componenti del comitato guida del programma di ricerca CERGAS avevano espresso la volontà di dettagliare molto di più la griglia, salvo poi concordare su una versione semplificata, che favorisse la compilazione e riducesse le possibili difformi interpretazioni.

l'invecchiamento degli organici aziendali ponga difficoltà crescenti al reclutamento di persone disponibili a lavorare di notte.

Due studi osservazionali italiani che hanno un *focus* sulla relazione tra invecchiamento e limitazioni lavorative in ambito ospedaliero sono Maricchio *et al.*, 2013 e Talini *et al.*, 2014. La rilevazione quantitativa conferma la solida relazione tra inidoneità e limitazioni lavorative da un lato, ed età anagrafica dei dipendenti dall'altro. Se tra i 25-29enni le inidoneità e le limitazioni riguardano meno del 4% dei lavoratori, tale percentuale sale in modo quasi costante al crescere dell'età, raggiungendo circa il 25% nell'ultima classe di età per la quale abbiamo presentato i dati (60-64enni). È chiaro che limitarsi a semplici proiezioni dei tassi di prevalenza per età attuali sulla distribuzione per età prevedibile in futuro non sarebbe corretto, dal momento che l'invecchiamento degli organici si può certamente – e auspicabilmente – accompagnare a un invecchiamento attivo e dunque a un miglioramento delle condizioni di salute nelle diverse fasce di età. È però innegabile che il progressivo invecchiamento degli organici evidenzia la necessità di investire su prassi gestionali capaci di ridurre i rischi per la salute dei lavoratori, di riconoscere i problemi in una fase precoce in modo da gestirli meglio e di ridurre per quanto possibile l'impatto organizzativo delle inidoneità e delle limitazioni. Come prevedibile, l'analisi dinamica che guarda alle collocazioni lavorative al momento della visita medica che ha originato il giudizio di inidoneità o idoneità con limitazione alla mansione specifica e poi al 31.12.2014, mostra un trasferimento dal *setting* di degenza ospedaliera a quelli ambulatoriali, interni o esterni all'ospedale, nonché agli altri servizi. È chiaro che con il tempo tale progressivo travaso si rivelerà sempre meno praticabile e dunque tale soluzione ai problemi relativi a inidoneità e limitazioni risulterà meno agevole.

Infine, l'analisi quantitativa ha messo in evidenza come il fenomeno delle limitazioni riguardi, proporzionalmente, soprattutto il personale di supporto assistenziale ma anche il personale delle cosiddette professioni sanitarie (categorie contrattuali D e Ds del ruolo sanitario), mentre mostri una prevalenza molto minore tra i dirigenti e il personale amministrativo.

Se dall'analisi quantitativa si passa a quella qualitativa e dunque ai processi di gestione del fenomeno delle inidoneità e delle limitazioni, i casi aziendali evidenziano alcuni elementi comuni e altri invece distintivi nelle singole Aziende.

Tra i primi, appare evidente il ruolo limitato dei RLS e ancor più del servizio aziendale di gestione del personale, mai citato nel corso delle interviste svolte presso le due Aziende. Ancora una volta il servizio gestione del personale sembra sostanzialmente assente da processi di gestione attiva dei dipendenti e limitato invece alle attività di mera amministrazione (trattamento giuridico ed economico). Dalle interviste risulta sfumato anche il ruolo di preposti e dirigenti di

linea, con processi che per lo più sono gestiti dai servizi aziendali delle professioni sanitarie (SITRO) e dalla Direzione Sanitaria o dalla DMPO per i casi che coinvolgono medici o altri dirigenti di ruolo sanitario. Anche le organizzazioni sindacali nei casi analizzati sembrano rimanere sostanzialmente esterne al sistema di sorveglianza sanitaria.

Un altro elemento che accomuna le due esperienze aziendali è l'assenza di un sistema informatico *ad hoc* – anche se in entrambe le Aziende esso sembra in via di prossima implementazione – nonché la mancanza di una codificazione condivisa nella formulazione dei giudizi e dunque di una sufficiente standardizzazione nell'indicazione delle limitazioni, che può rendere difficile l'interpretazione delle informazioni disponibili e la valutazione degli interventi da realizzare. In questo senso, la definizione di un sistema regionale e la condivisione di alcuni indicatori rispetto al fenomeno delle limitazioni allineerebbero e migliorerebbero le prassi gestionali.

Infine, entrambi i casi aziendali hanno dichiarato un aumento delle visite mediche svolte su richiesta del dipendente, che peraltro sono svolte senza alcuna selezione delle richieste. Tale aumento potrebbe rappresentare un elemento di criticità, collegato anche all'aumento delle segnalazioni d'infortunio dichiarato in una delle due Aziende.

Su altri punti i due casi aziendali analizzati mostrano meno uniformità.

Un primo esempio riguarda la collocazione organizzativa, il ruolo e il coinvolgimento del medico competente. La ASL di grandi dimensioni e con molte strutture territoriali rende più difficili i contatti personali e la conoscenza dei luoghi di lavoro (e l'effettuazione dei sopralluoghi). A tale aspetto si aggiunge il fatto di avere una ASL frutto di una recente fusione, che finora mantiene sistemi e strumenti operativi separati, senza una reale integrazione né un reale confronto intra-aziendale.

Un ulteriore ambito di prassi diverse riguarda il grado e le modalità del ricorso a una rete di specialisti di riferimento esperti su patologie occupazionali da parte del medico competente. Il vantaggio di disporre di tale rete è quello di avere pareri da parte di specialisti che hanno presente come l'attività di sorveglianza sanitaria sia strettamente legata al rapporto tra lavoratore e ambiente di lavoro. In questo ambito, le diverse prassi definite nelle due Aziende (ad esempio il passaggio dal CUP aziendale per la prenotazione di tali consulenze oppure l'accesso diretto agli specialisti) influenzano frequenza ed esiti del ricorso agli specialisti.

In generale, l'analisi quantitativa basata sulle griglie di rilevazione somministrate alle quattro Aziende pubbliche del SSR umbro nonché quella qualitativa basata sui due casi di studio, mostrano un quadro fortemente eterogeneo con riguardo a codificazione del fenomeno, prevalenza delle limitazioni sul totale del

personale, prassi gestionali attivate. Nonostante l'impianto normativo apparentemente dettagliato e ben specificato offerto dal decreto legislativo 81/2008, le differenze che intercorrono tra le Aziende non sembrano spiegabili solamente in base a condizioni oggettive dello stato di salute. Al contrario, quelle differenze sembrano originare da un insieme di cause che qui sono state introdotte e che saranno oggetto di ulteriori approfondimenti nell'ambito del programma di ricerca CERGAS.

Le stesse questioni e gli stessi dubbi sembrano ispirare la proposta avanzata da una prima bozza della legge di stabilità del 2013, poi non confermata nel testo approvato, che prevedeva un'inedita verifica straordinaria delle inidoneità e delle limitazioni lavorative riconosciute al personale sanitario pubblico e privato<sup>7</sup>. Al di là delle molte critiche suscitate da quella proposta sotto il profilo giuridico, concettuale e operativo (cfr. tra tutti Ossicini, 2013), quel che qui ci interessa è evidenziare come il fenomeno delle inidoneità e delle limitazioni sia ritenuto al contempo centrale per il buon funzionamento del sistema sanitario e paradigmatico per l'intero sistema economico.

In ogni caso l'analisi svolta sul SSR umbro ha confermato l'estrema rilevanza del fenomeno delle limitazioni per la funzionalità delle Aziende sanitarie pubbliche e, più in generale, per l'organizzazione aziendale odierna, chiamata a conciliare interessi e obiettivi divergenti: da una parte i risultati aziendali e dall'altra gli obiettivi sociali di invecchiamento attivo e di mantenimento al lavoro di una quota crescente di persone con problemi di salute. Per evidenziare le sfide poste al sistema economico nel suo complesso, basta consultare i dati di recente pubblicati da ISTAT e Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2015:1) che rilevano come nel 2013 fossero circa 13 milioni le persone di 15 anni e più con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi (pari al 25,5% della popolazione residente di pari età). Di più, nel 2013 risultava occupato il 44,0% delle persone di 15-64 anni con limitazioni funzionali, invalidità o croni-

<sup>7</sup> Il testo del comma (poi non confermato nella versione definitiva della legge finanziaria) recitava: «Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali e con il Ministro dell'economia e delle finanze, da adottarsi entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, sono stabilite le modalità di attuazione di una verifica straordinaria, da effettuarsi nei confronti del personale sanitario dichiarato inidoneo alla mansione specifica ai sensi dell'articolo 42 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81. nonché del personale riconosciuto non idoneo, anche in via permanente, allo svolgimento delle mansioni del proprio profilo professionale ma idoneo a proficuo lavoro, ai sensi dell'articolo 6 del CCNL integrativo del comparto sanità del 20 settembre 2001. Con il medesimo decreto sono stabilite anche le modalità con cui le aziende procedono a ricollocare, dando priorità alla riassegnazione nell'ambito dell'assistenza territoriale, il personale eventualmente dichiarato idoneo a svolgere la propria mansione specifica, in esito alla predetta verifica. La verifica straordinaria, da completarsi entro dodici mesi dall'entrata in vigore della presente legge, è svolta dall'INPS, che può avvalersi a tal fine anche del personale medico delle ASL, con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e senza oneri per la finanza pubblica».

cità gravi, contro il 55,1% del totale della popolazione. Tra le persone con limitazioni funzionali gravi risultava occupato solamente il 19,7%. Lunghi dall'essere esclusivamente una misura di attivazione e d'integrazione sociale, il lavoro di persone con problemi di salute rappresenta una continua sfida ma anche una necessità per assicurare anche in futuro la sostenibilità del sistema economico e delle sue Aziende.

## Bibliografia

- Costa G. (2011), *Lavoro a turni e notturno*, Milano, Zadig (Linee-guida SIMLII – aggiornate/integrate)
- De Pietro C. (2003), «Autonomia professionale, professioni sanitarie codificate e gestione del personale», *Mecosan*, 48:9-37
- De Pietro C. (2005), *La gestione del personale nelle aziende sanitarie italiane*, Milano, McGraw-Hill.
- De Pietro C. e Sartirana M. (2013), «Gestione del personale SSN tra fisiologia e patologia: assenze, permessi ex legge 104/92 e inidoneità alla mansione», in *CERGAS – Bocconi, Rapporto OASI 2013*, Milano, Egea, pp. 487-511.
- De Pietro C., Marsilio M. e Sartirana M. (2014), «La razionalizzazione della spesa per approvvigionamenti e personale: le Regioni in Piano di Rientro a confronto», in *CERGAS – Bocconi, Rapporto OASI 2014*, Milano, Egea, pp. 347-380.
- De Pietro C., Pacileo G., Pirazzoli A. e Sartirana M. (2015), «Inidoneità e idoneità parziali alla mansione specifica del personale SSN: rilevanza e gestione organizzativa del fenomeno», *Mecosan*, in corso di pubblicazione.
- Guardini I., Deroma L., Salmaso D. e Palese A. (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):55-62.
- ISTAT e Ministero del lavoro e delle politiche sociali (2015), *Inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi – Anno 2013* ([www.istat.it/it/files/2015/07/Inclusione-sociale-persone-con-limitazioni-funzionali.pdf?title=Limitazioni+funzionali,+invalidità,cronicità+gravi++21/lug/2015+-+Testo+integrale.pdf](http://www.istat.it/it/files/2015/07/Inclusione-sociale-persone-con-limitazioni-funzionali.pdf?title=Limitazioni+funzionali,+invalidità,cronicità+gravi++21/lug/2015+-+Testo+integrale.pdf), 25 luglio 2015)
- Maricchio R., Ferraresi A., Bonamici F., Bertelli A., Passarini L., Bagnasco A. e Sasso L. (2013), «Invecchiamento dei professionisti sanitari e fenomeno delle inidoneità al lavoro: studio osservazionale», *L'Infermiere* LVII(1):e9-16.
- Maslach C. (1992), *La sindrome del burnout. Il prezzo dell'aiuto agli altri*, Assisi, Cittadella (traduzione italiana di *Burn-out. The cost of caring*, New York, Prentice Hall Press, 1982).

- Ossicini A. (2013), *Le crociate del terzo millennio: dai «falsi invalidi» ai «falsi inidonei»?* (<https://www.medicocompetente.it/mese/126/Le-crociate-del-terzo-millennio-dai-quot-falsi-invalidi.htm>, 20 luglio 2015).
- Pianosi G. (2011), *Riusciranno i medici competenti a sopravvivere alla sorveglianza sanitaria?*, Editrice UNI Service.
- Santoro P. (2014), *Deboli ma forti: il pubblico impiego in Italia tra fedeltà politica e ammortizzatore sociale*, Milano, Franco Angeli.
- SIMLII (2008), *Linee guida per la prevenzione delle patologie correlate alla movimentazione manuale dei pazienti*, Società Italiana di medicina del Lavoro e Igiene Industriale.
- Talini D., Baldasseroni A., Crisauo A. e Magnani A. (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):368-71.