



Le inidoneità e le limitazioni lavorative del personale SSN

Dimensioni del fenomeno e proposte

Università Bocconi, 10 dicembre 2015

Bocconi

INTRODUZIONE

Le limitazioni alla mansione rappresentano un diffuso e rilevante condizionamento all'organizzazione del lavoro, il cui impatto è destinato ad essere sempre più significativo alla luce dell'invecchiamento degli organici. Si tratta di 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. Gli strumenti con cui tradizionalmente sono stati affrontati i casi di inidoneità, quali i pensionamenti precoci, il trasferimento dall'ospedale al territorio, la ricollocazione in uffici amministrativi o nelle segreterie di reparto, non sono più percorribili in modo sistematico. E il medico competente (MC), oggi spesso considerato dalle aziende sanitarie non una risorsa ma un vincolo, deve recuperare il riconoscimento della sua specifica professionalità.

La ricerca Cergas Bocconi è la prima a fornire dati relativi a un campione di aziende a livello nazionale e attraverso una metodologia progettata insieme agli attori-chiave del fenomeno (datori di lavoro, organizzazioni sindacali, medici competenti).

La ricerca dà risposta a questioni di grande rilevanza per il management e la politica sanitaria, in particolare:

- la quota di lavoratori alle quali è stata riconosciuta una inidoneità o una idoneità parziale lavorativa;
- la distribuzione per tipologia delle limitazioni lavorative (esenzione dai turni notturni, limiti alla possibile movimentazione manuale dei carichi, ecc.);
- le figure più "colpite" e su quali tipologie di limitazioni lavorative;
- quanto è forte la correlazione tra invecchiamento degli organici e presenza di limitazioni;
- le differenze tra le aziende di diverse Regioni.

IL PROGRAMMA E LA METODOLOGIA DI RICERCA

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 beneficiato del supporto attivo della FIASO (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere) e dell’IPASVI (Federazione dei Collegi degli infermieri), della collaborazione di professionisti attivi presso l’ANMA (Associazione Nazionale Medici d’Azienda) e la SIMLII (Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale), ed è finanziato grazie al generoso supporto di AUSL della Valle d’Aosta, CISL, Nursind, Regione Basilicata, Regione Umbria e Regione Veneto. E’ stato avviato nel 2014 e ha concluso la prima fase della sua attività nel dicembre 2015.

La ricerca ha fatto ricorso ad analisi di natura sia quantitativa che 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. Tale griglia, sviluppata con il supporto dei partner del programma di ricerca, ha rilevato l’entità complessiva dei lavoratori inidonei o parzialmente idonei, suddivisi in base ad alcune loro caratteristiche demografiche, contrattuali e organizzative. Essa includeva inoltre informazioni relative alle visite mediche previste dal processo di sorveglianza sanitaria, alle limitazioni riscontrate¹ e alla loro gestione. I dati fanno riferimento a tutti i lavoratori che hanno ricevuto un nuovo giudizio di inidoneità o idoneità parziale alla mansione specifica tra il 1 gennaio 2005 e il 31 dicembre 2014, anche se successivamente ricollocati o oggetto di modifica della mansione. Pertanto la rilevazione fornisce una prima quantificazione del numero di dipendenti in servizio che, per limitazioni psicofisiche, possono rappresentare un condizionamento all’organizzazione aziendale e alla flessibilità nella gestione del personale.

La ricerca ha poi sviluppato approfondimenti qualitativi tramite nove casi aziendali, analizzati attraverso interviste semi-strutturate e studio della documentazione aziendale. Sono state selezionate tre Aziende Ospedaliere e sei Aziende Sanitarie Locali, cinque localizzate al Nord e quattro al Centro-Sud. Presso ciascuna azienda sono stati intervistati MC, responsabile dei servizi di prevenzione e protezione (RSPP), direttore infermieristico, direttore del personale. Sono stati inoltre analizzati i Documenti di Valutazione dei Rischi e, laddove presenti, le procedure e le schede aziendali relative al processo di sorveglianza sanitaria. Tale analisi qualitativa ha consentito di comprendere le dinamiche organizzative sottostanti il processo di gestione delle limitazioni e le percezioni, aspettative e comportamenti dei diversi attori, funzionali a comprendere in maggior profondità i dati raccolti attraverso la rilevazione quantitativa.

I RISULTATI DELLA RILEVAZIONE QUANTITATIVA

La rilevazione quantitativa 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 oltre un quinto dei dipendenti del SSN.

La Tabella 1 riporta i dati relativi alla prevalenza delle inidoneità nelle 49 Aziende: il valore medio del fenomeno si attesta al 11,8% dell’ammontare complessivo degli organici, che corrisponde ad un totale di 16.266 persone con limitazioni. Le inidoneità totali sono molto ridotte e non superano lo 0,4% dei dipendenti. È invece significativo il numero di inidoneità parziali, sia temporanee che permanenti; in particolar modo le inidoneità 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

¹ 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 riprende i principali fattori di rischio cui sono esposti i lavoratori in ambito sanitario. Si è deciso di non includere nell’analisi le idoneità parziali senza limitazioni ma con sole prescrizioni e le limitazioni di tipo radio-protezionistico. Inoltre, non sono stati considerati i casi di limitazioni risolte per guarigione.

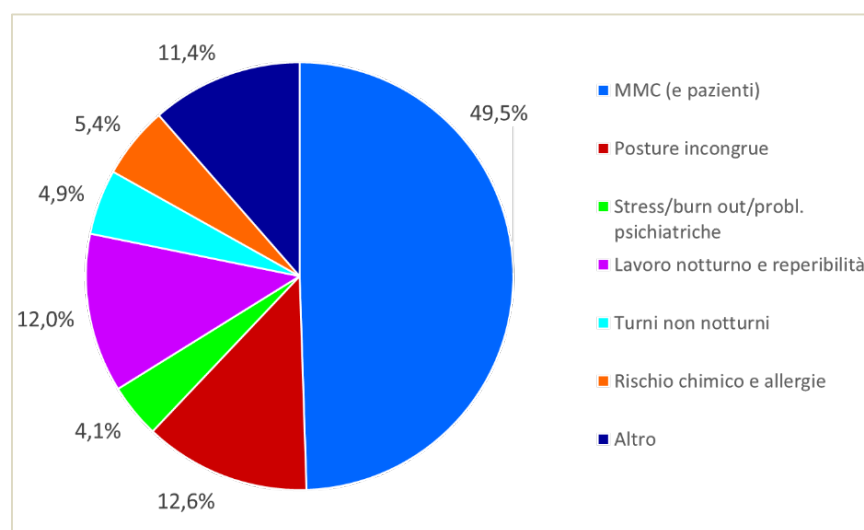
unità di personale. Per leggere correttamente il valore rilevato per la prevalenza, è necessario però considerare due aspetti che lo rendono certamente – e sensibilmente – sottostimato rispetto al fenomeno reale. Da una parte, dalla ricerca sono esclusi i dipendenti trasferiti o ricollocati prima del 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, che non hanno tenuto traccia di inidoneità e limitazioni “risolte” a seguito di ricollocazioni delle persone interessate. Per questo motivo, la percentuale dell'11,8% deve essere considerata come limite minimo e di certo sottostimato.

Tabella 1. **Prevalenza delle inidoneità per azienda e natura del giudizio**

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

La Figura 1 presenta invece un'analisi delle tipologie di limitazione dei dipendenti con idoneità parziale o inidoneità, considerandone il totale e dunque anche delle eventuali seconde o terze limitazioni di uno stesso lavoratore. Dalla rilevazione emerge che le limitazioni più frequenti sono quelle relative alla movimentazione di carichi (MMC) e pazienti² (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 svolgere particolari azioni, etc. 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%).

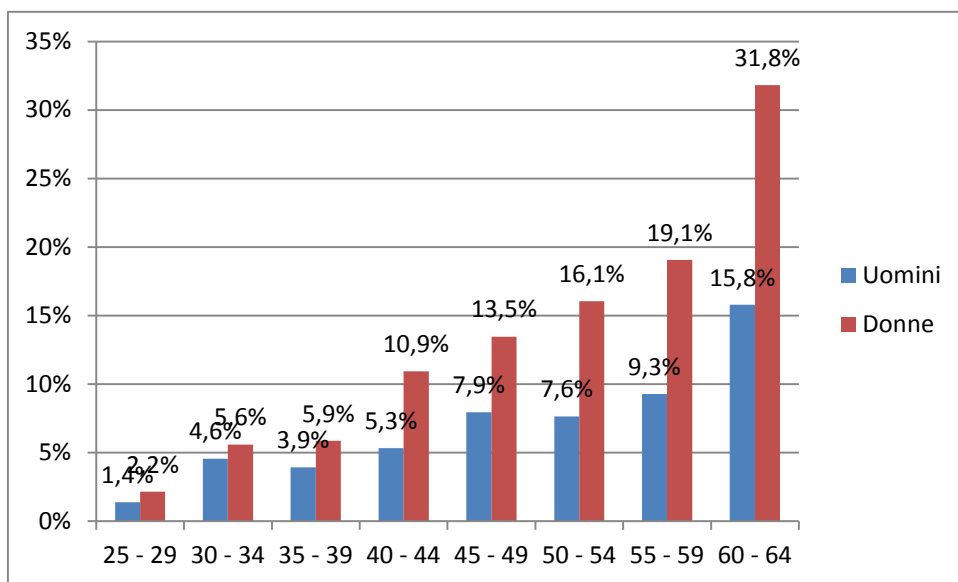
Figura 1. **Tipologia delle limitazioni**



² E' bene notare 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.

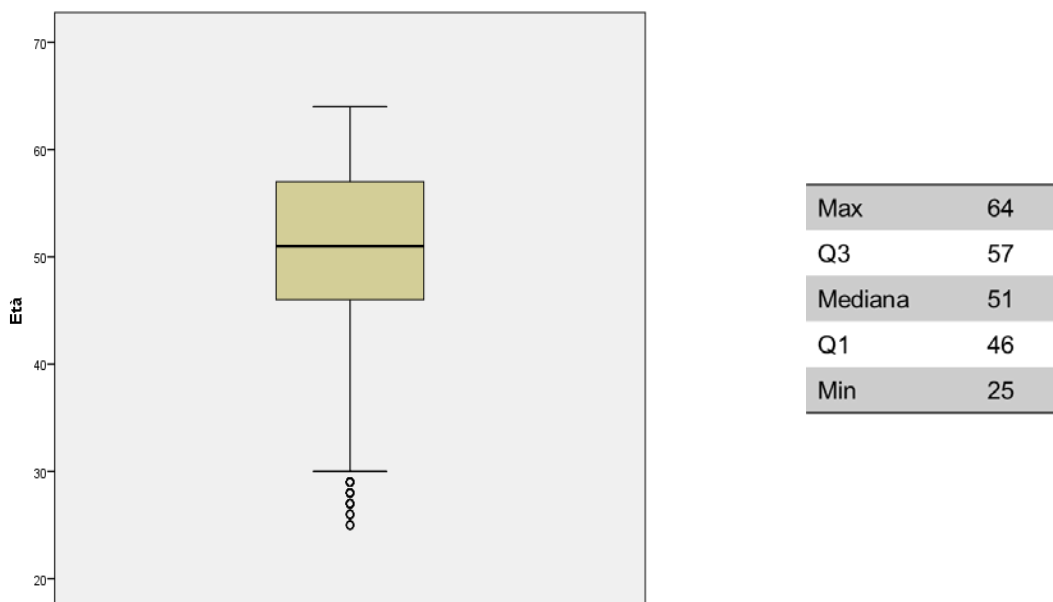
La Figura 2 mostra come il fenomeno si distribuisca in base al sesso dei dipendenti e all'età. Anzitutto si può notare come le inidoneità siano più frequenti tra le donne che tra gli uomini; inoltre, come facilmente prevedibile, i dipendenti inidonei aumentano significativamente con il crescere dell'età: 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 2. Prevalenza dei lavoratori con limitazioni per età e genere³



La distribuzione dell'età dei dipendenti con limitazioni è rappresentata in Figura 3.

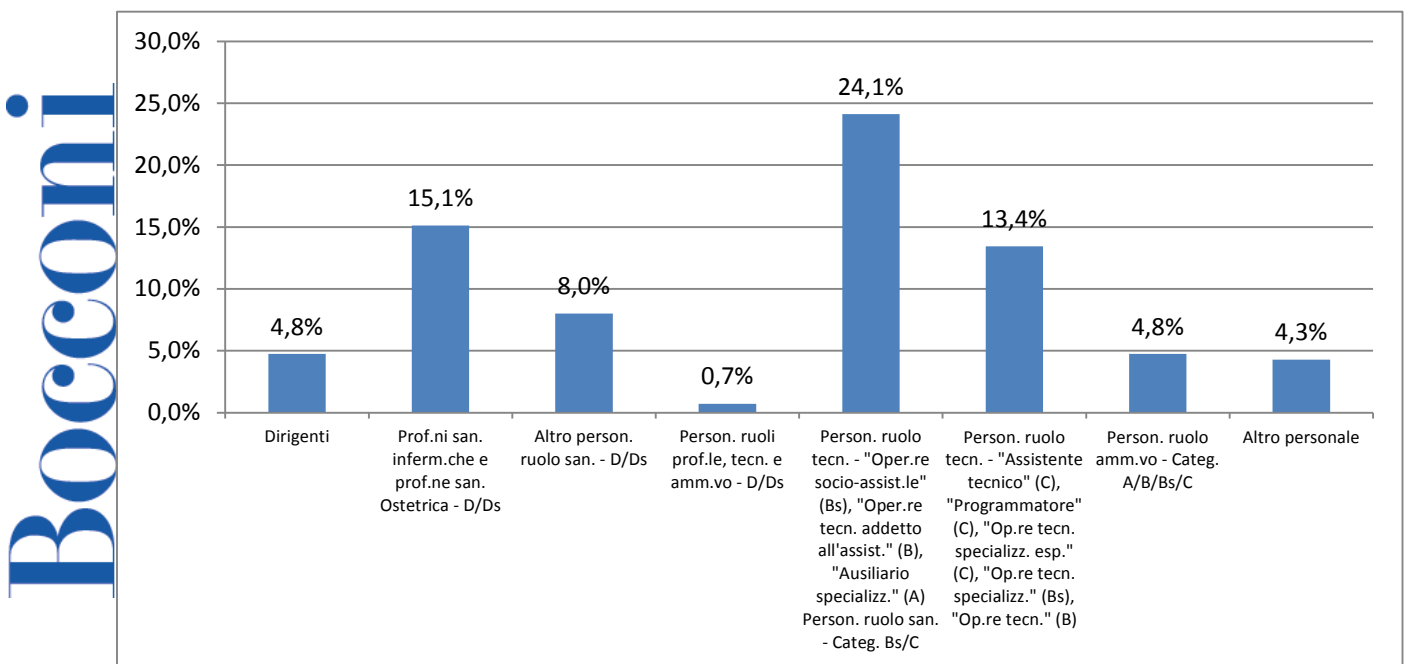
Figura 3. Età dei lavoratori con limitazioni



³ 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.

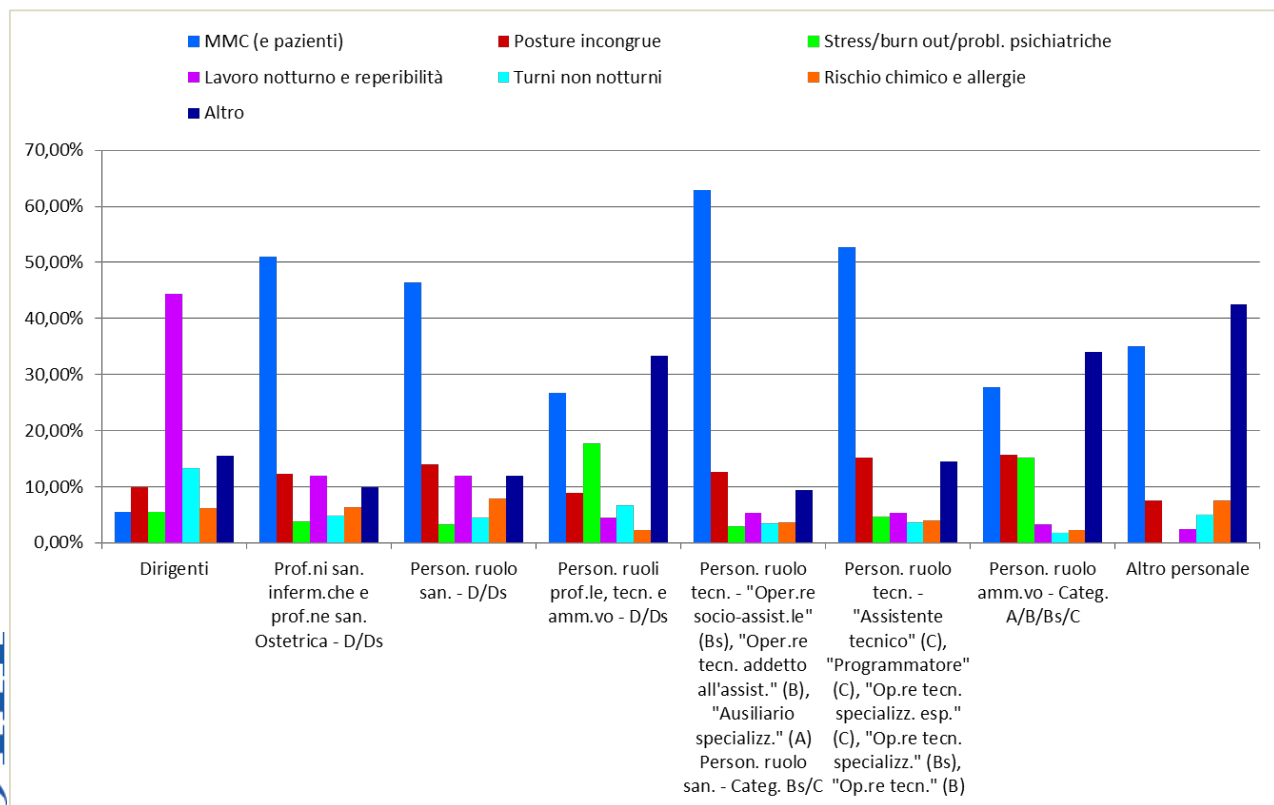
La Figura 4 mostra come varia la quota di personale inidoneo o con limitazioni in base ai ruoli e alle categorie d'inquadramento professionale. La categoria maggiormente colpita appare quella del personale di ruolo sanitario o tecnico di area sanitaria con mansioni strettamente operative e/o di tipo socio-assistenziale (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. Considerabile 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%)

Figura 4. **Prevalenza delle limitazioni per ruolo e categoria**



La Figura 5 analizza pertanto come il complesso delle limitazioni rilevate per ciascun ruolo si distribuisca secondo la tassonomia adottata. Non sorprende come coloro che svolgono mansioni fisicamente "usuranti", incentrate per esempio sull'assistenza diretta al paziente (personale sanitario delle categorie D o Ds o personale di ruolo sanitario o tecnico delle categorie delle categorie C, B, Bs, A), presentino una quota elevata di limitazioni relative alla MMC. Interessante è notare che le limitazioni relative al lavoro notturno e alla reperibilità si manifestano maggiormente in coloro che svolgono un ruolo dirigenziale o facenti parte delle categorie D/Ds, come accade per i turni non notturni e per le limitazioni connesse a stress, burn out e problematiche psichiatriche; per quest'ultima tassonomia evidenti eccezioni vengono costituite dal personale con ruolo professionale, tecnico o amministrativo nelle categorie D o Ds e il personale con ruolo amministrativo nelle categorie A/B/Bs/C.

Figura 5. **Suddivisione % delle tipologie di limitazioni per ruolo e categoria**



Nella Figura 6 viene infine confrontato l'ambito lavorativo in cui il dipendente operava al momento del primo giudizio di inidoneità 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'inidoneità o la limitazione 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. 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 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 2.

Figura 6. 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

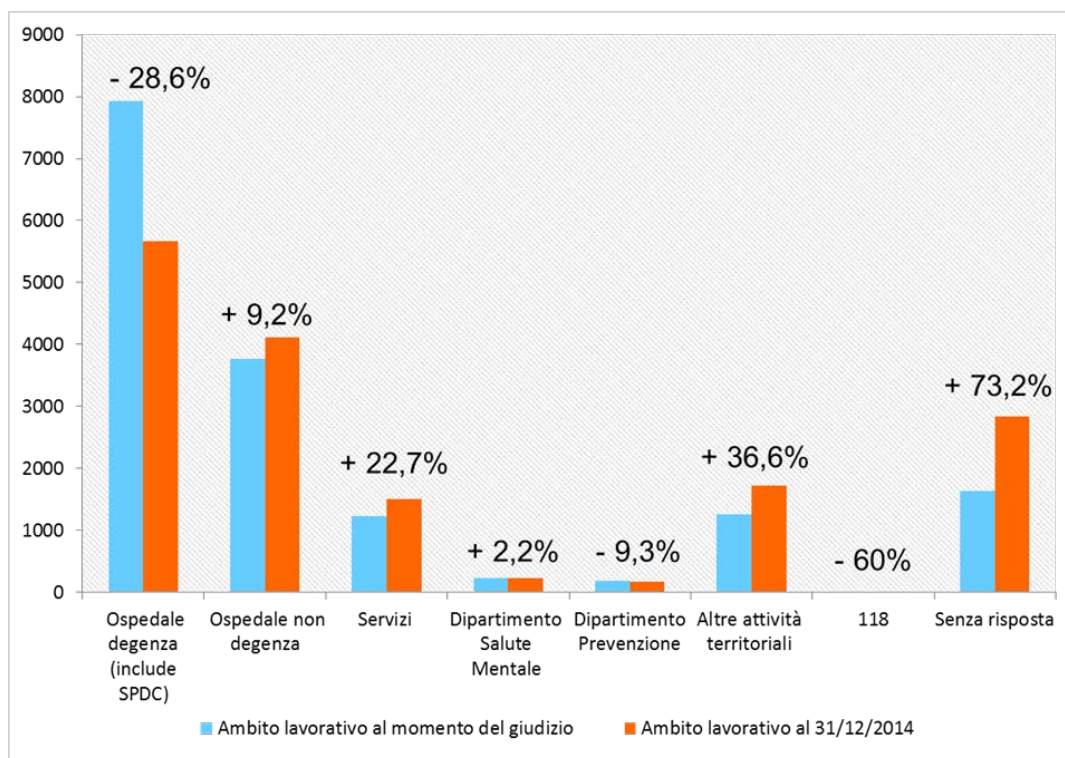


Tabella 2. Ridistribuzione percentuale dei dipendenti con limitazioni provenienti dall'ambito "Ospedale degenza"

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%

L'ANALISI DEI CASI AZIENDALI

Come anticipato, la ricerca ha completato la rilevazione quantitativa con una 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, AOU di Parma, AUSL di Bologna, ASL Umbria 2, AO Ospedale Civile Santa Maria di Terni, ASP di Potenza, AOR S. 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 si attesta a 49,1 anni (cfr Tabella 3). 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 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 riporta la sintesi di alcune dimensioni più rilevanti.

Tabella 3. 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
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.

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 MC dipendenti dell'azienda. Solo presso la ASL Valle d'Aosta il MC è libero professionista, mentre all'AO di Terni è dipendente ASL. L'analisi ha però 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 MC full time dell'AUSL di Bologna ma un solo MC part time dell'AO di Terni. Significativamente differenti sono anche le dotazioni di personale di supporto e le attività ad essi assegnate. Se in alcuni casi si limitano a compiti amministrativo-segretariali, in altri includono prestazioni sanitarie (prelievi, vaccinazioni) o attività di formazione o di affiancamento al MC nella valutazione dei rischi.

Gli interlocutori del MC per l'azienda sono, in tutti i casi analizzati, i servizi aziendali delle professioni sanitarie e dalla Direzione Sanitaria o dalla Direzione Medica di Presidio per i casi che coinvolgono medici o altri dirigenti di ruolo sanitario. 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 ma si limita ad attività di natura amministrativa (trattamento giuridico ed economico).

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

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 MC, in particolare nelle aziende di maggiori dimensioni e multipresidio e soprattutto se derivanti da recenti accorpamenti. Tale fenomeno appare invece più contenuto nelle aziende monopresidio, dove la prossimità fisica favorisce la condivisione delle pratiche. Al fine di favorire l'allineamento professionale appaiono interessanti gli esempi di coordinamento tra MC a livello interaziendale (es. incontri mensili dei MC 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 tra MC anche in riferimento, ad esempio, al ricorso alla diagnostica e ai criteri di giudizio.

A supporto dell'attività di sorveglianza del MC manca, nella maggior parte delle aziende analizzate, una rete definita di specialisti di riferimento su patologie occupazionali. L'esperienza delle aziende che ne dispongono (AUSL Bologna, ASP Potenza, AOR Potenza) 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. Inoltre, soprattutto per limitazioni alla movimentazione carichi, potrebbe essere 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 hanno poi messo in luce la grande rilevanza, per un'efficace gestione delle limitazioni, della qualità degli accertamenti sanitari prodotti dai MC, che devono supportare il datore di lavoro nell'identificazione delle soluzioni organizzative più adeguate per ciascun operatore. Molto critici sono gli episodi in cui i MC danno indicazioni decontestualizzate, prive di una valutazione delle caratteristiche degli ambienti di lavoro in cui i dipendenti operano⁴. 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 di attività individuali, l'introduzione di ausili, l'affiancamento o il trasferimento in altro reparto. È invece importante che il MC 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 per la sorveglianza sanitaria. Al contempo è 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 classificano 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 MC. Particolarmente interessante a questo proposito è il caso della AUSL di Bologna dove i reparti vengono classificati in fasce per rischi relativi alla MMC ed il MC esprime il suo giudizio di idoneità in modo corrispondente (es. dipendente idoneo in fascia B, C o D).

Infine emerge nelle aziende studiate un diffuso incremento delle visite su richiesta, in cui appare più elevato il rischio di motivazioni non sanitarie ma piuttosto di disagio organizzativo. Con riferimento a tale fenomeno sono interessanti le esperienze in cui la richiesta di visita deve seguire una procedura formale, o laddove è previsto che si alleggi documentazione di supporto che consente al MC di valutare se esistono i presupposti per la visita (es. ULSS Rovigo, ASL VdA).

⁴ 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 impossibile trarre indicazioni per una corretta collocazione del personale.

Tali pratiche, a detta delle aziende studiate, si sono rivelate efficaci per ridurre all'origine il numero di richieste non motivate.

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

Il coinvolgimento del MC nella gestione dei dipendenti con limitazioni è, nella maggior parte delle aziende analizzate, poco formalizzato. Non in tutti i casi il MC viene informato della risposta organizzativa alla limitazione, e il suo parere viene chiesto solo nei casi più complessi, abitualmente 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 MC 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 una commissione per la gestione delle idoneità complesse. Una commissione analoga è presente anche 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.

Poco diffuse, ma interessanti, sono le esperienze di supporto all'attività del MC nella gestione di stress o disagio organizzativo attraverso l'attivazione di appositi sportelli di sostegno (ad es. 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 (es. stress, qualità delle relazioni nei gruppi di lavoro, ecc.).

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 MC e direzione sanitaria/infermieristica, con l'eventuale supporto una valutazione psichiatrica o del Servizio Dipendenze.

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.

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 gli RLS, che spesso risultano essere componenti delle RSU. In altri casi essi sono fortemente presenti, ad esempio in ASL Valle d'Aosta e AUSL Bologna, dove non è infrequente che esercitino pressioni nei confronti di MC e direzioni infermieristiche/sanitarie relativamente a singoli casi. E' emerso inoltre come la presenza di un numero elevato di sigle, 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.

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 neoassunti 2014 (peraltro chiamati dalla graduatoria di un concorso svoltosi nel 2006) avevano 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 è 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, incoraggiata dai policymaker, di assumere OSS al posto di infermieri.

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 MC 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.

Un ulteriore tema emerso in alcune delle aziende, riguarda la valutazione annuale delle performance 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. 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	Parzialmente presente	Presente e formalizzata
<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

SUGGERIMENTI DI POLICY E DI MANAGEMENT

I risultati della ricerca CERGAS Bocconi hanno permesso di individuare alcune misure utili per migliorare la gestione il 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 tale gestione da un'azienda all'altra e 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.

Gli interventi di seguito proposti sono organizzati in quattro sezioni:

- Introdurre sistemi di rilevazione di informazioni codificate e fruibili
- Sviluppare le competenze attraverso *communities of practice*
- Rinnovare e rafforzare il ruolo dell'azienda nella gestione delle limitazioni
- Rivedere le relazioni interistituzionali e le regole di sistema.

1. Introdurre sistemi di rilevazione di informazioni codificate e fruibili

Condividere una tassonomia di riferimento per le limitazioni

Manca ad oggi una tassonomia condivisa per la rilevazione delle limitazioni, che possa semplificare la gestione aziendale e favorire analisi e confronti interaziendali. La ricerca CERGAS ha adottato le seguenti classi di limitazioni: (i) movimentazione 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. E' 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 MC descriva più precisamente i contenuti di tale limitazione, in un "campo di testo" lasciato aperto nella propria documentazione.

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 della sorveglianza sanitaria e delle altre azioni dovrebbero invece essere raccolte su sistemi informatici che ne assicurino una raccolta 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 SPP, 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 (cfr. punto seguente).

Istituire flussi informativi a beneficio delle Regioni

Gli attuali flussi informativi sulla sorveglianza sanitaria, quali ad esempio l'allegato 3B previsto dall'articolo 40 del d.lgs. 81/2008 e redatto dai MC e le informazioni inviate annualmente dalle aziende al Conto Annuale, appaiono largamente insufficienti per consentire analisi accurate e guidare le policy. 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 (es. per capire quali sono gli strumenti utilizzati per la definizione dei rischi o quali protocolli sono usati per la sorveglianza), epidemiologici (es. per capire quanto l'invecchiamento anagrafico è collegato alle varie tipologie di limitazione), ecc.

2. Sviluppare le competenze attraverso *communities of practice*

Promuovere meccanismi di coordinamento aziendale e sovra-aziendale/regionale tra MC

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 AO 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 MC costituiscono le basi per uno sviluppo di "*communities of practice*" che garantiscano 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.

Promuovere meccanismi di coordinamento sovra-aziendale/regionale tra RSPP

E' necessario promuovere analoghi coordinamenti a livello sovra aziendale per favorire lo scambio di esperienze e condividere, anche con MC e RLS, sistemi e strumenti professionali per la valutazione dei rischi. Un processo di valutazione dei rischi efficace infatti consente di individuare misure di prevenzione primaria in grado di ridurre i rischi per i dipendenti, e supporta il MC nella definizione delle categorie da sottoporre a sorveglianza sanitaria, aumentando l'efficacia e la produttività del suo operato.

3. Rinnovare e rafforzare il ruolo dell'azienda nella gestione delle limitazioni

Sviluppare reti di specialisti di riferimento sulle patologie occupazionali ad alta incidenza

Nell'attività di sorveglianza sanitaria il MC 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 due 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 sorveglianza sanitaria. Non da ultimo, tale maggiore conoscenza potrebbe contribuire a focalizzare il ruolo dello specialista, anche nel senso di non sostituirsi al MC, come invece succede quando lo specialista indica direttamente prescrizioni o limitazioni lavorative.

Definire e diffondere protocolli e altri strumenti operativi per la gestione della sorveglianza sanitaria

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 *communities of practice* sopra proposte. Nel caso di aziende con più MC, 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.

Favorire il coinvolgimento del MC 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. E le limitazioni definite dal MC 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 MC 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.

Sviluppare sistemi aziendali di supporto psicologico per la gestione dello stress o del disagio organizzativo

E' 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. Ciò consentirà di intercettare problematiche che non possono trovare adeguata risposta da parte dei servizi di sorveglianza sanitaria.

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 MC, 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

dei RLS. Tale pratica mette inoltre maggiormente in evidenza il ruolo di terzietà del MC 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.

Definire 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 e età anagrafica dei lavoratori. E' 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, MC, ecc. Tale cambiamento sarebbe 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.

Definire bandi di concorso che permettano di reclutare le figure di cui realmente c'è bisogno in azienda

La ricerca conferma 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.

Garantire dotazioni di Medici Competenti e di personale di supporto adeguate

Le aziende devono garantire una adeguata dotazione di MC e di personale che li supporti nell'attività amministrativa (ed eventualmente sanitaria) della sorveglianza sanitaria. Organici insufficienti non consentono di svolgere l'attività con professionalità e nel rispetto delle buone pratiche suggerite ai punti precedenti.

4. Rivedere le relazioni interistituzionali e le regole di sistema

Chiarire le competenze distintive delle diverse commissioni medico-legali previste dalla normativa

Serve maggiore chiarezza nel definire le differenze esistenti tra i vari giudizi medico-legali (Collegio Medico ASL, Commissione medica di verifica regionale (ex art. 5 DLgs 278/1998), Organi collegiali per valutazioni a fini pensionistici ex articolo 13 l. 274/1991), le loro finalità ed i loro rapporti con i giudizi di idoneità formulati dal MC. 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.

Allineare i criteri di giudizi di MC e organo di vigilanza ex articolo 41 d.lgs. 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 MC, 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 MC. E' necessario che i Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro esprimano un giudizio sulla mansione *specificata* 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 MC e i RSPP delle aziende sanitarie del territorio di riferimento.

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

Ridurre i possibili comportamenti di medicina difensiva da parte dei MC

La possibile medicina difensiva messa in atto dal MC è un tema molto rilevante che dovrebbe trovare risposta nella generale revisione della normativa che regola la responsabilità professionale. Al contempo alcuni comportamenti di medicina difensiva possono in larga parte 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.