

**Collana CERGAS**

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi

**Rapporto OASI 2013**

**Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano**

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano), il CERGAS ha voluto confermarsi quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel mondo della sanità italiana, adottando l'approccio economico-aziendale. OASI rappresenta un tavolo comune dove ricercatori e professionisti del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2013:

- presenta l'assetto complessivo del SSN, del settore sanitario (con un particolare focus sui consumi privati), nonché del sistema socio-sanitario e i principali dati che li caratterizzano (parametri di struttura, di attività, di spesa), anche in una prospettiva di confronto internazionale;
- approfondisce quattro temi di *policy* rilevanti per il sistema sanitario: gli investimenti e le relative modalità di finanziamento, la gestione dei tempi di pagamento, la selezione dei Direttori Generali, l'evoluzione del ruolo delle Società Medico Scientifiche;
- a livello aziendale, discute lo sviluppo di due innovazioni, il *lean management* e il fascicolo sanitario elettronico; propone due tematiche rilevanti per la gestione del personale nelle aziende sanitarie: il cambiamento dello *skill mix* e la gestione di assenze (permessi *ex lege* 104/92) e inidoneità alla mansione; approfondisce i sistemi multidimensionali di misurazione della performance e i nuovi strumenti per accrescere competitività e fiducia nel mondo sanitario (*HealthCare Retailization*).

*Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Negli ultimi 35 anni, il CERGAS ha contribuito all'elaborazione e alla diffusione delle conoscenze sulle logiche e sulle problematiche di funzionamento peculiari del settore sanitario. Le principali aree di studio e ricerca sono: confronto tra sistemi sanitari e analisi delle politiche sanitarie pubbliche; applicazione dei metodi di valutazione economica in sanità; introduzione di logiche manageriali nelle organizzazioni sanitarie; modelli organizzativi e sistemi gestionali per aziende sanitarie pubbliche e private; impatto sui settori industriali e di servizi collegati (farmaceutico e tecnologie sanitarie) e sul settore socio-assistenziale.*

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



**150 Years**  
Science For A Better Life

ISBN 978-88-238-5122-1



9 788823 851221

€ 60,00

[www.egeaonline.it](http://www.egeaonline.it)

Rapporto OASI 2013

CERGAS - Bocconi



a cura di  
CERGAS - Bocconi

# Rapporto OASI 2013

## Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

SDA Bocconi  
School of Management

**CERGAS** CENTRO DI RICERCHE SULLA GESTIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE DELL'UNIVERSITÀ BOCCONI





**Collana CERGAS**

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi





a cura di  
CERGAS - Bocconi

# Rapporto OASI 2013

## Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

**SDA Bocconi**  
School of Management

**CERGAS** CENTRO DI RICERCHE  
SULLA GESTIONE  
DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE  
DELL'UNIVERSITÀ BOCCONI

 Egea

# 15 **Gestione del personale del SSN tra fisiologia e patologia: assenze, permessi ex legge 104/92 e inidoneità alla mansione**

*di Carlo De Pietro e Marco Sartirana<sup>1</sup>*

## 15.1 **Introduzione**

Nel corso degli anni il Rapporto OASI ha accompagnato l'evoluzione della gestione del personale nel sistema sanitario e socio-assistenziale italiano, descrivendo esperienze innovative, evidenziando gli spazi di autonomia che il quadro normativo lascia disponibile alle aziende, proponendo visioni e prassi gestionali utili a migliorare l'assistenza e la soddisfazione di chi vi lavora. Questo capitolo tratta invece di tre aspetti che in molte aziende sanitarie costituiscono nodi spesso problematici per la gestione operativa interna e, allo stesso tempo, possono dar luogo a percezioni negative presso l'opinione pubblica. In particolare il capitolo tratterà di assenze, permessi ex legge 104/1992 (che costituiscono una classe importante di assenze) e inidoneità alla mansione. I tre paragrafi che seguono sono dedicati, rispettivamente, a ciascuno di questi temi. L'obiettivo del capitolo è dunque quello d'illustrare e commentare i dati disponibili su tali tre oggetti d'indagine con riferimento alle aziende sanitarie pubbliche.

I motivi dell'interesse per tali tre aspetti sono molteplici. Innanzi tutto, si tratta di tematiche gestionali che hanno impatti rilevanti sull'organizzazione delle attività e dunque sulla funzionalità aziendale e sul clima organizzativo. Assenze e inidoneità richiedono infatti una flessibilità organizzativa che molti servizi, specie se organizzati su turni, faticano a trovare. E le difficoltà che ciò spesso genera rischiano di deteriorare clima e benessere organizzativo.

<sup>1</sup> Il capitolo è frutto di un lavoro comune di ricerca e riflessione. I §§ 15.1, 15.2 e 15.5 sono in ogni caso da attribuirsi a Carlo De Pietro, i §§ 15.3 e 15.4 a Marco Sartirana. Si ringraziano Giovanni Crescenti, Maria Cristina D'Angiò e Roberta Coda del Ministero dell'Economia e delle Finanze, Patrizia Nebiolo della AO SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria, Giovanni Soro del Pio Albergo Trivulzio, Annamaria Bona dell'AO Ospedale Maggiore di Crema, Loredana Luzzi, Tiziana Caldarulo e Laura Zoppini della AO G. Salvini di Garbagnate, Fabia Franchi dell'AUSL di Bologna, Giorgio Magon e Sara Bertelli dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano, nonché Andrea Verga e Guglielmo Pacileo per la preziosa collaborazione.

In secondo luogo, tutti e tre i temi oggetto d'analisi riguardano importanti diritti riconosciuti dalla normativa:

- ▶ a beneficio di lavoratori e famiglie, che grazie a ferie, permessi, ecc. possono godere di vacanze e perseguire finalità familiari o comunque extralavorative, mantenendo un rapporto sano ed equilibrato con il proprio impegno lavorativo;
- ▶ a favore della solidarietà intergenerazionale e nei confronti di persone non autosufficienti, in particolare disabili, ammalati, anziani;
- ▶ a tutela dei lavoratori per ristorare le proprie forze o non peggiorare le proprie condizioni psicofisiche. Tale tutela peraltro dovrebbe risultare coerente con gli interessi del datore di lavoro, che potrà beneficiare di lavoratori che si mantengono in buona salute.

In questo senso, tutti e tre i temi prevedono strumenti attraverso i quali la normativa cerca un contemperamento – e, eventualmente, una coerenza – tra gli interessi del lavoratore, dell'azienda e della società nel suo complesso. Questo equilibrio, non facile da assicurare, può comprendere in alcuni casi anche il tentativo di risolvere problemi o limiti di natura individuale o sociale, cercando risorse o supporto nel rapporto tra i tre attori coinvolti. Esempi di ciò sono i permessi legati a problemi originati nella famiglia del lavoratore oppure i permessi ex legge 104/1992 che, almeno in parte, facilitano la ricerca di soluzioni all'interno della famiglia per problemi originati dall'inadeguatezza dei servizi pubblici in ambito sociale e sanitario.

Infine, l'analisi di assenze, permessi ex legge 104/1992 e inidoneità alla mansione è rilevante perché con tutta probabilità nei prossimi anni è destinata ad assumere ancora più visibilità di oggi. In particolare a spiegare tali previsioni sono le condizioni della finanza pubblica in Italia, l'invecchiamento degli organici e l'invecchiamento della popolazione:

- ▶ le condizioni di finanza pubblica, unite a tassi di crescita economica stagnanti da anni, rendono più difficile tecnicamente e meno accettabile politicamente un aumento della pressione fiscale. Da ciò deriva la necessità di perseguire condizioni di maggiore efficienza e di risparmio nella spesa pubblica. Se consideriamo che il settore sanitario ha come prima voce di costo quello del personale, è evidente che le misure per migliorare il rendimento della spesa dovranno necessariamente passare per una maggiore attenzione alla gestione delle risorse umane, comprese le loro dimensioni quantitative (dunque controllo dell'assenteismo ecc.);
- ▶ l'invecchiamento degli organici, assai marcato nel sistema sanitario italiano negli ultimi anni (De Pietro, 2009), rischia di accompagnarsi a un aumento del numero di giornate di assenza e, soprattutto, a una maggiore prevalenza di inidoneità alla mansione. È quindi molto utile verificare se queste correlazio-

- ni, vere in passato, sono vere ancora oggi e dunque capire quali sono le misure normative, organizzative e gestionali che possono ridurre tale rischio;
- ▶ infine, a meno di modifiche strutturali nel sistema di *welfare*, l'invecchiamento generale della popolazione con tutta probabilità porterà a una crescente domanda di permessi per l'assistenza ai familiari disabili o non autosufficienti. Tale aumento della domanda potrebbe poi risultare ancora più critico nel caso le condizioni di finanza pubblica imponessero una riduzione dei tassi di copertura dei bisogni garantiti dal sistema di protezione sociale: in tale situazione dunque a un aumento dei bisogni si sommerebbe una riduzione dei servizi pubblici, con la conseguenza di una maggiore pressione a cercare le risposte di cura in ambito familiare.

Le analisi relative ai tre temi oggetto d'indagine si basano su fonti informative diverse.

L'analisi delle assenze è basata sul Conto Annuale relativo ai dipendenti pubblici e liberamente accessibile su web ([www.contoannuale.tesoro.it](http://www.contoannuale.tesoro.it))<sup>2</sup>. Si tratta di una base dati gestita dalla Ragioneria Generale dello Stato, alla quale annualmente tutti gli enti della Pubblica Amministrazione sono tenuti a inviare informazioni dettagliate circa gli organici, le retribuzioni, il *turnover*, le assenze, ecc. Nel tempo il Conto Annuale è diventato il *database* di riferimento per il pubblico impiego<sup>3</sup>. Tale maggiore utilizzo ne ha anche aumentato i tassi di copertura rispetto a enti e dipendenti e ne ha migliorato sensibilmente la qualità, sebbene rimangono ancora oggi alcune anomalie e limitazioni.

L'analisi dei permessi ex legge 104/1992 è basata su un flusso informativo annuale *ad hoc* dal Dipartimento della Funzione Pubblica chiesto a tutte le amministrazioni.

L'analisi delle inidoneità alla mansione si basa invece su una rilevazione fatta su un campione di convenienza di quattro aziende sanitarie. Per tale tema infatti non esistono basi dati nazionali a cui riferirsi.

L'inquadramento e l'interpretazione di tali informazioni, come anche delle risposte manageriali che le aziende danno a tali fenomeni, sono stati arricchiti da quanto emerso nel corso di interviste con dieci tra manager di aziende sanitarie, responsabili o collaboratori degli uffici del personale, ricercatori, medici competenti.

Infine, l'analisi si è avvalsa di una revisione della letteratura scientifica e professionale apparsa in Italia nel corso degli ultimi anni.

Il capitolo è così organizzato: il paragrafo 2 descrive i risultati della ricerca sul tema delle assenze, presentando anzitutto le dimensioni del fenomeno e quindi le

<sup>2</sup> Il sito web permette a chiunque numerose interrogazioni della base dati, anche se l'assenza di file scaricabili ne rende difficoltoso l'ultimo per analisi estese e sistematiche.

<sup>3</sup> Per una rassegna dell'uso che ne fanno le istituzioni, cfr. <http://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-1/e-GOVERNME1/SICO/Conto-annu/2012/index.html> (accesso 28 luglio 2013).

implicazioni gestionali e di *policy*, mentre il paragrafo 3 approfondisce questa analisi con riferimento alle assenze relative a permessi ex legge 104/1992 (dal momento che tali permessi costituiscono una fattispecie di assenze, il paragrafo 3 non prevede un apposito sotto-paragrafo di approfondimento per le implicazioni gestionali e di *policy*). Il paragrafo 4 sviluppa invece il quadro, in termini di dimensioni del fenomeno e implicazioni, in merito ai dipendenti con inidoneità o idoneità parziale alle mansioni. Da ultimo, il paragrafo 5 offre alcune riflessioni conclusive.

## 15.2 Assenze

### 15.2.1 Dimensioni del fenomeno

Come già notato da Costa et al. (2007), il tema delle assenze e dell'assenteismo nelle aziende pubbliche – sanitarie e non – mostra il paradosso di un'indubbia rilevanza organizzativa e di un acceso dibattito pubblico che si accompagnano però a informazioni scarse e pochissime analisi. In parte tale risultato può essere spiegato, tra le altre ragioni, da difficoltà d'inquadramento teorico (cosa considerare assenza?) e da una difficile lettura dei fenomeni («un'assenza per malattia è, al contempo, esercizio di un diritto fondamentale a tutela dei lavoratori ma, se mal gestita, può essere anche sintomo di clima organizzativo deteriorato, o più semplicemente il frutto di un comportamento opportunistico del singolo lavoratore»; *ibidem*, 94).

Qui di seguito presentiamo alcune analisi svolte a partire dalle informazioni contenute nel Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato<sup>4</sup>. Le interrogazioni da [www.contoannuale.tesoro.it](http://www.contoannuale.tesoro.it) in alcuni casi consentono di guardare agli organici dell'insieme denominato «Servizio Sanitario Nazionale», altre volte al sottoinsieme – più completo e omogeneo – denominato «Unità Sanitarie Locali», che in realtà comprende anche le AO e le AOU. Considerati gli enti che concretamente sono raggruppati nei due insiemi, qui di seguito ci riferiremo ad essi come «Sistema sanitario pubblico» e «ASL, AO e AOU», rispettivamente<sup>5</sup>.

Le assenze considerate nel Conto Annuale sono ricalcolate in giornate e ricon-

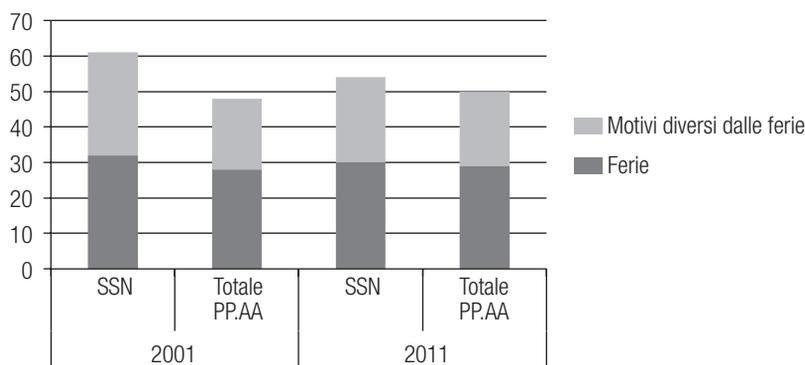
<sup>4</sup> L'ultimo accesso al *database* è del 17 luglio 2013.

<sup>5</sup> L'insieme denominato «Servizio Sanitario Nazionale» nel *database* contiene, oltre a ASL, AO e AOU, anche l'AGENAS, diciotto ARPA, tre agenzie sanitarie regionali, sedici ex IPAB, diciannove IRCCS di diritto pubblico, dieci Istituti Zooprofilattici Sperimentali, otto Policlinici Universitari già a gestione diretta e l'INMP. In totale al 31.12.2011 le persone impiegate presso le amministrazioni contenute in questo insieme ampio del *database* erano 682'477.

L'insieme denominato nel *database* «Unità Sanitarie Locali» contiene 224 tra ASL, AO e AOU, due aziende regionali per l'emergenza-urgenza, tre ESTAV e l'ISPO della Regione Toscana. Gli occupati presso tali amministrazioni al 31.12.2011 erano 633'239.

Questo secondo insieme «Unità Sanitarie Locali», più omogeneo e completo del primo, è dunque preferibile, ma non è sempre identificabile nella consultazione della banca dati. Per questo motivo, in molte analisi abbiamo dovuto considerare l'insieme più ampio del «Sistema sanitario pubblico».

Figura 15.1 **Numero medio di giornate di assenza; «Sistema sanitario pubblico» e totale PP.AA.; 2001 e 2011\***



\*Le rilevazioni analitiche 2001 e 2011 non sono perfettamente comparabili a seguito della progressiva introduzione di nuove amministrazioni nella base dati, della revisione nella classificazione delle amministrazioni, della crescente affidabilità dei dati inviati dalle amministrazioni nel corso degli anni, ecc. La figura in ogni caso riporta dati relativi e dunque, pur con alcuni limiti, comparabili. Ad ogni modo per i dati 2001 non si è tenuto conto del comparto «Carriera prefettizia» e per quelli 2011 di quello «Magistratura» per anomalie rilevate nel *data base*.

Fonte: Nostre elaborazioni su dati Conto Annuale MEF RGS

dotte alle seguenti ragioni o tipologie: «Ferie»; «Assenze per malattia retribuite»; «Congedi retribuiti ai sensi dell'art. 42, c. 5, d.lgs. 151/2001<sup>6</sup>»; «Legge 104/92»; «Ass. retrib.: maternità congedo parent. malattia figlio<sup>7</sup>»; «Altri permessi ed assenze retribuite<sup>8</sup>»; «Scioperi»; «Altre assenze non retribuite»; «Formazione».

La Figura 15.1 mostra come il «Sistema sanitario pubblico» presenti in complesso un numero di giornate medio di assenze più alto che l'insieme delle pubbliche amministrazioni. In totale nel 2011 il personale delle aziende del sistema sanitario pubbliche è risultato assente in media per 54 giornate, contro le 50 del totale del pubblico impiego. La stessa figura mostra però come tale differenza si sia molto ridotta nel decennio 2001-2011, passando da 13 a 4 giornate<sup>9</sup>, con il si-

<sup>6</sup> La norma stabilisce il diritto a congedi per un massimo totale di due anni, riconosciuti dalla legge 53/2000 (art. 4, c. 2) alla lavoratrice madre o, in alternativa, al lavoratore padre (o, dopo la loro scomparsa, uno dei fratelli o sorelle) convivente di soggetto con *handicap*.

<sup>7</sup> Comprendono: Interdizione anticipata per maternità; Congedo di maternità; Congedo di paternità; Congedo parentale; Riduzione oraria per l'allattamento (riportato in giornate equivalenti); Assenza per malattia dei figli fino a 8 anni di età.

<sup>8</sup> Comprendono: Assenza per congedo matrimoniale; Assenza per mandato organi elettivi/esecutivi (d.lgs. 267/2000); Assenza per distacco/permesso sindacale; Assenza per infortunio sul lavoro; Permessi retribuiti per partecipazione a concorsi od esami, lutti per coniuge, parenti entro il secondo grado ed affini di primo grado, donazione sangue, svolgimento funzioni elettorali, ecc.

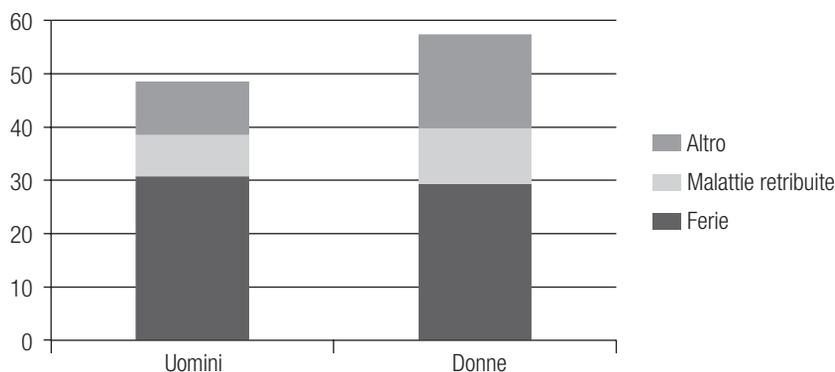
<sup>9</sup> Come già osservato nell'Introduzione, la qualità e l'affidabilità del *database* sono molto migliorate negli anni. Per questa ragione i dati relativi al 2001 devono essere presi con molta prudenza, pur trattandosi di dati ufficiali.

stema sanitario pubblico che in particolare ha ridotto da 29 a 24 i giorni di assenza per motivi diversi dalle ferie.

Come prevedibile se teniamo conto del loro ruolo di *caregiver* informali in ambito familiare, le donne occupate nel sistema sanitario pubblico mostrano un numero medio di giorni di assenza maggiore dei colleghi uomini (Figura 15.2). La differenza totale è di ben 8 giorni (57 per le donne, 49 per gli uomini) ed è spiegata soprattutto dall'insieme di motivi «Altro», diversi cioè dalle ferie e dalle assenze per malattia retribuite.

In particolare, la Tabella 15.1 specifica le differenze tra donne e uomini per le singole causali comprese sotto l'insieme «Altro» del *database*.

Figura 15.2 **Numero medio di giornate di assenza per genere; «Sistema sanitario pubblico»; 2011**



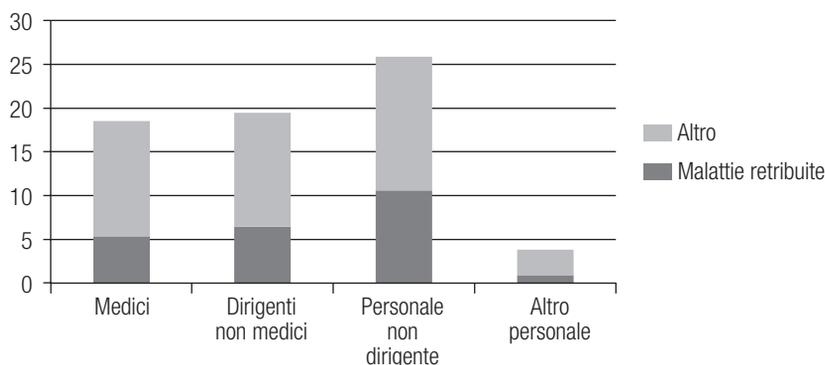
Fonte: Nostre elaborazioni su dati Conto Annuale MEF RGS

Tabella 15.1 **Differenza tra donne e uomini nei giorni medi di assenza, «Sistema sanitario pubblico», 2011**

Causale	Maggiore assenteismo delle donne rispetto agli uomini
O10 – Congedi retribuiti ai sensi dell'art.42, c.5, d.lgs 151/2001	+ 46%
PR4 – Legge 104/92	+ 41%
PR5 – Assenze retribuite: maternità, congedo parentale, malattia figlio	+ 975%
PR6 – Altri permessi ed assenze retribuite	+ 18%
SC1 – Sciopero	+ 38%
SS2 – Altre assenze non retribuite	+ 0%

Fonte: Nostre elaborazioni su dati Conto Annuale MEF RGS

Figura 15.3 **Numero medio di giornate di assenza escluse ferie, per macro-qualifica\*;** «Sistema sanitario pubblico»; 2011



\*La macro-qualifica «Medici» comprende medici, veterinari, odontoiatri.

Fonte: Nostre elaborazioni su dati Conto Annuale MEF RGS

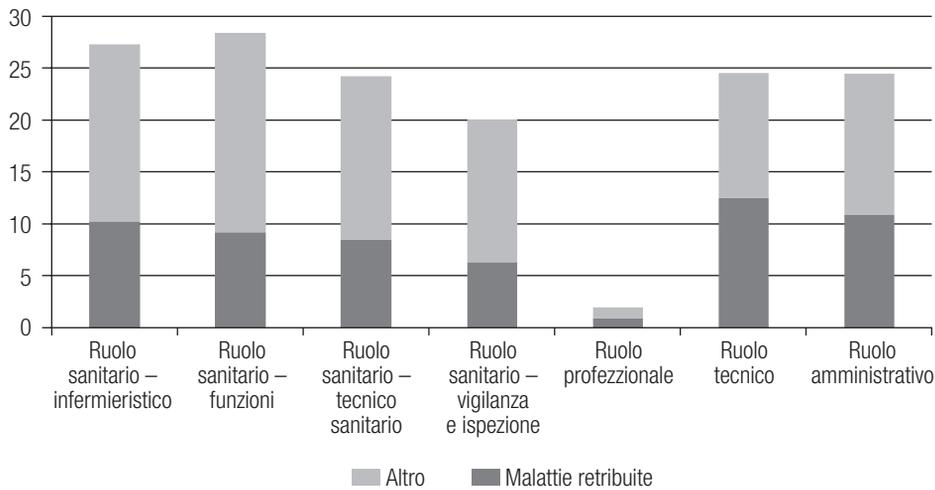
La Figura 15.3 si concentra sulle assenze non per ferie, distinguendo tra le macro-qualifiche presenti sul *database*. Il numero medio più alto di assenze è registrato dal personale non dirigente. Particolarmente basso risulta il numero medio di assenze della macro-qualifica «Altro personale», che è composto di sole 1'357 persone e comprende «Personale contrattista» e «Direttori generali» (quest'ultima qualifica a sua volta comprende direttori generali, direttori sanitari, direttori amministrativi, direttori dei servizi sociali). Evidentemente il basso numero di assenze dell'«Altro personale» può essere spiegato alla particolare natura dei contratti di lavoro per tale macro-qualifica (ad esempio nel caso dei direttori generali il più delle volte non sono previste modalità di consuntivazione o dichiarazione della presenza in servizio).

La quota di assenze spiegate da malattia è maggiore per il personale non dirigente (69%) che per il personale dirigente (40% per i «Medici» e 49% per i «Dirigenti non medici»). Tale risultato può almeno in parte essere spiegato da due diversi fattori: da un lato, dalla maggiore femminilizzazione del personale non dirigente (femminilizzazione che, come visto in precedenza, significa più congedi per maternità, per malattia dei figli, ecc.); dall'altro, dal maggiore ricorso ad «Altri permessi ed assenze retribuite» (ad esempio per attività di formazione) da parte dei dirigenti.

La Figura 15.4 dettaglia l'analisi per il personale non dirigente. Al di là del basso assenteismo del personale del ruolo professionale (oramai limitato ai pochissimi assistenti religiosi occupati nel sistema sanitario pubblico), la figura mostra una sostanziale uniformità tra i vari ruoli e macro-profili del comparto.

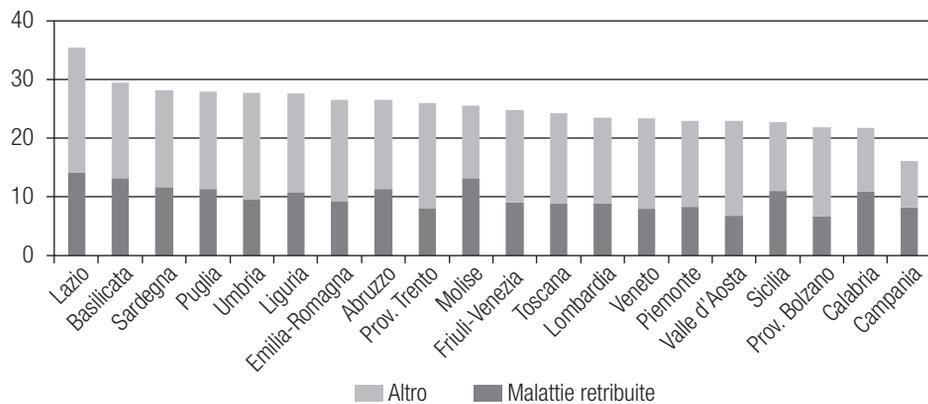
Passando a un'altra ottica di analisi, la Figura 15.5 riporta i giorni medi di assenza per motivi diversi dalla ferie, maturati nei diversi sistemi regionali. Le dif-

Figura 15.4 **Numero medio di giornate di assenza escluse ferie, per macro-qualifica del personale non dirigente; «Sistema sanitario pubblico»; 2011**



Fonte: Nostre elaborazioni su dati Conto Annuale MEF RGS

Figura 15.5 **Numero medio di giornate di assenza escluse ferie, per Regione\*; «Sistema sanitario pubblico»; 2011**

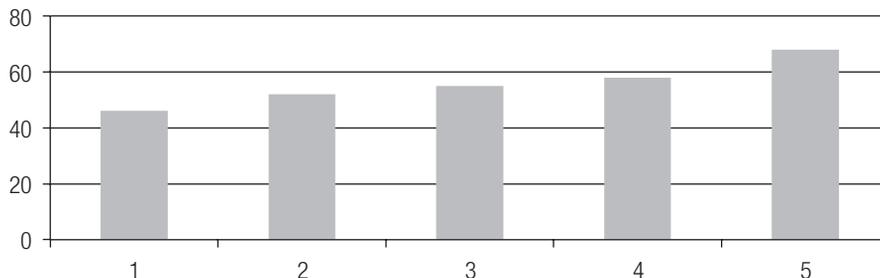


\*Sono state escluse le Marche per anomalie rilevate nel database.

Fonte: Nostre elaborazioni su dati Conto Annuale MEF RGS

ferenze tra le Regioni sono ampie e riguardano sia le assenze retribuite per malattia, sia quelle per altre cause. Peraltro tali differenze non sono apparentemente riconducibili a criteri spesso citati nelle analisi interregionali che riguardano il sistema sanitario italiano, quali la funzionalità complessiva dei SSR o il gradiente geografico Nord-Sud.

Figura 15.6 **Numero medio di giornate di assenza nelle «ASL, AO e AOU»\*; quintili; 2011**



\*Sono state escluse per anomalie rilevate nel *database* i seguenti enti: «ASL Roma B», «ASL Caserta», «ASP Reggio Calabria», «ASP Messina», «AO San Giovanni di Dio di Salerno», «ASL Napoli 3», «AREU» e «ASUR».

Fonte: Nostre elaborazioni su dati Conto Annuale MEF RGS

Al di là della prudenza con cui è bene prendere tali risultati (la Campania, ad esempio che mostra anomalie evidenti), tali differenze possono servire da punto di partenza per analisi più precise e dettagliate.

L'ultima analisi che qui si propone è svolta per singola azienda sanitaria. La Figura 15.6 riaggrega i dati relativi a ciascuna azienda in quintili. In tal senso, il *database* rileva come il 20% delle aziende che nel nostro insieme «Sistema sanitario pubblico» mostrano meno assenze, hanno un numero medio di giornate di assenza (comprese le ferie) pari a 46. All'opposto, il quintile delle aziende con più assenze arriva a un numero medio di 68 giornate. Tenuto conto che il numero medio di giornate di ferie (circa 30 all'anno) è relativamente uniforme tra le aziende, tale differenza appare estremamente rilevante. Anche in questo caso, pur con prudenza e con l'opportunità di verificare con attenzione la qualità dei dati trasmessi dalle aziende, l'analisi comparata offre importanti informazioni per *manager* e decisori politici.

## 15.2.2 Implicazioni gestionali e di policy

I dati discussi nel paragrafo 15.2.1, pur presentati in forma aggregata, offrono numerosi spunti per il *management* delle aziende sanitarie italiane, che possiamo raggruppare in tre dimensioni principali.

La prima dimensione riguarda gli aspetti definitivi e di misurazione, presupposti cruciali per una buona gestione. Basandosi su quanto già fatto dal Conto Annuale, le aziende sanitarie devono definire tassonomie utili a classificare i diversi tipi di assenze, così da sviluppare poi sistemi di *management* capaci di riconoscere la diversa natura di tali assenze, i rischi di comportamenti opportunistici dei lavoratori, ecc. Di più, un'adeguata tassonomia e lo sviluppo di sistemi di rilevazione e misurazione automatizzati permetterebbero di monitorare il fenomeno assenze nel tem-

po. Infine, se tali tassonomie e sistemi di rilevazione fossero definiti a livello interaziendale, le singole aziende potrebbero beneficiare di un'attività di *benchmarking* strutturato. Un monitoraggio interaziendale e protratto nel tempo delle diverse tipologie di assenze potrebbe costituire poi la base per un'utile comunicazione interna, rivolta all'intero organico aziendale o a specifici gruppi di dipendenti.

La seconda dimensione legata al *management* delle assenze chiama in causa le responsabilità dell'azienda nel costruire un ambiente di lavoro motivante, che offra adeguati stimoli ai dipendenti, promuova la ricerca di equilibri sostenibili tra esigenze professionali e familiari, monitori con professionalità il clima organizzativo. Si pensi a una gestione più proattiva della mobilità interna, che non dovrebbe essere uno strumento al quale ricorrere eccezionalmente e su richiesta del dipendente che vuole spostarsi, ma al contrario dovrebbe essere promossa quale sistema di gestione ordinario, volto a diffondere le conoscenze in azienda, a mantenere la motivazione individuale, a valorizzare le competenze e scoprire i talenti dei lavoratori.

La terza e ultima dimensione che qui si vuole ricordare è quella degli strumenti di *management* per un'adeguata «presa in carico individualizzata» del fenomeno assenze attraverso soluzioni gestionali *ad hoc*. In questo senso una gestione attiva delle assenze potrebbe beneficiare della possibilità di posizionare i profili individuali di assenza rispetto a quello degli altri colleghi; di istituire colloqui individuali di rientro da tenersi alla fine di ciascuna assenza che risponda a determinate categorie di durata e di motivazione; di definire misure individuali specifiche per rispondere a esigenze precise di un dipendente, temporanee o permanenti (es. frequenza di corsi di formazione fuori orario di servizio, problemi legati alla malattia di un parente, ecc.).

### 15.3 Permessi ex legge 104/1992

La «Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate» n.104 del 1992 detta i principi dell'ordinamento in materia di diritti, integrazione sociale e assistenza dei disabili. All'articolo 33 viene indicato il diritto per il lavoratore dipendente pubblico o privato portatore di *handicap* o che assiste persona con *handicap* in situazione di gravità, sia esso coniuge, parente o affine entro il secondo grado (e in taluni casi entro il terzo), di fruire di tre giorni di permesso mensile retribuito. Tale diritto non può essere riconosciuto a più di un lavoratore per l'assistenza alla stessa persona con *handicap* in situazione di gravità, mentre a determinate condizioni è possibile per il medesimo dipendente prestare assistenza a più persone con *handicap*, cumulando i giorni di permesso. Inoltre il lavoratore ha diritto di scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina al domicilio della persona da assistere e non può essere trasferito senza il suo consenso ad altra sede.

Questa legge è comunemente riconosciuta come una tappa di estrema importanza per l'integrazione dei portatori di *handicap*. E i diritti elencati all'art. 33 vengono incontro alle esigenze concrete di quei familiari che devono farsi carico delle numerose incombenze richieste dall'assistenza a un disabile grave, specie in quei contesti territoriali in cui la copertura dei servizi sociosanitari delle ASL e dei Comuni si dimostra insufficiente.

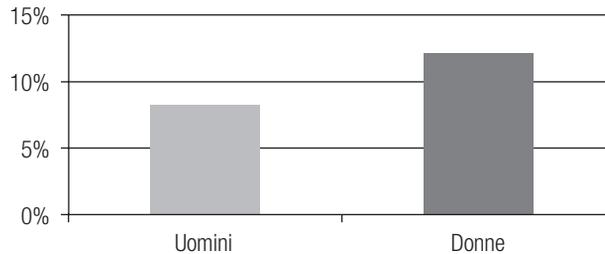
Al contempo, appare estremamente importante che tale diritto, il cui esercizio comporta un onere significativo per il datore di lavoro (pubblico o privato), sia assegnato in maniera appropriata solo a coloro che ne hanno effettivo bisogno. È infatti chiave che di (giusto) diritto si tratti, e non di condizione di vantaggio per chi ne fruisce. A tale proposito nel 2009 il Ministro Brunetta ha avviato un dibattito, nell'ambito di una più ampia campagna per una gestione efficiente del personale della Pubblica Amministrazione, a partire dal confronto tra i dipendenti che fruiscono di questo permesso nel settore privato e nel settore pubblico. A ciò ha fatto seguito l'attivazione di un flusso informativo *ad hoc* che tutte le aziende pubbliche sono chiamate ad alimentare. I primi dati risultanti da questo flusso, relativi ai fruitori di permessi nell'anno 2011 e pubblicati a fine 2012<sup>10</sup>, hanno costituito la fonte principale delle analisi riportate di seguito.

Come anticipato, il tema risulta inoltre di particolare rilevanza in termini prospettici dal momento che con l'aumento dell'età media della popolazione è cresciuta e crescerà la domanda di cure e assistenza da parte di genitori o parenti anziani a cui i membri attivi dei nuclei familiari sono chiamati a far fronte. Nel contesto del settore sanitario peraltro, caratterizzato come molti altri comparti pubblici da una importante componente femminile, tali considerazioni acquisiscono ulteriore importanza dal momento che, almeno tradizionalmente, il ruolo del *caregiver* informale è svolto prevalentemente dalle donne.

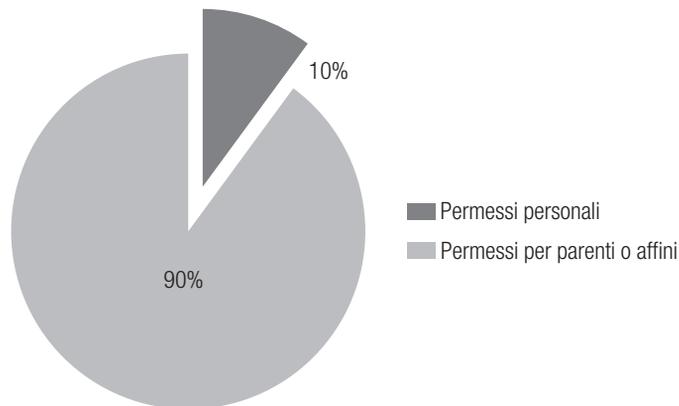
A un primo sguardo potrebbe risultare inutile affrontare un tema come questo nell'ambito del presente rapporto, in quanto i margini di manovra a disposizione delle aziende per governare l'assegnazione di questi permessi appaiono limitati se non nulli. Al contempo, però, sembra importante stimolare ulteriormente il dibattito a livello di sistema per poter garantire nella maniera più appropriata questo diritto dei dipendenti senza pregiudicare la funzionalità delle aziende. Un dibattito che chiama in causa tutti gli attori di questo complesso processo: i medici che certificano le inabilità, i dipendenti che fanno richiesta dei permessi, i politici chiamati a definire le politiche sociali e sociosanitarie, e ovviamente le aziende che possono da un lato contribuire ad alimentare culture organizzative virtuose (o meno virtuose) e dall'altro possono farsi carico delle esigenze dei dipendenti identificando caso per caso soluzioni soddisfacenti per entrambe le parti.

Vengono di seguito riportate alcune analisi relative ai dipendenti SSN con

<sup>10</sup> I dati sono disponibili al sito [www.perlapa.gov.it](http://www.perlapa.gov.it).

Figura 15.7 **Dipendenti con permesso**

Fonte: Nostre elaborazioni su dati Dipartimento Funzione Pubblica 2011

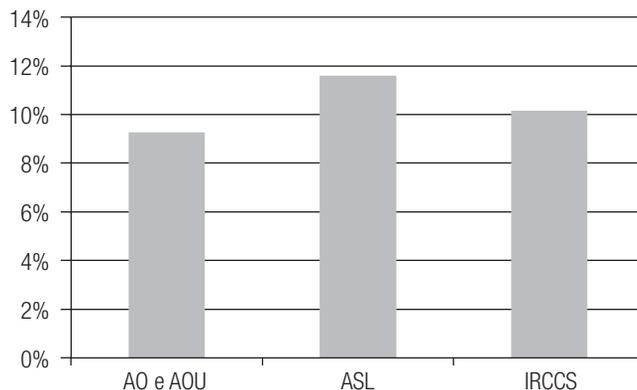
Figura 15.8 **Tipologia di permesso**

Fonte: Nostre elaborazioni su dati Dipartimento Funzione Pubblica 2011

permessi ex legge 104/1992<sup>11</sup>. La Figura 15.7 mette in evidenza anzitutto la dimensione del fenomeno (a livello complessivo l'11% dei dipendenti SSN gode di permesso) e il fatto che esso interessi prevalentemente le donne (il 12%, contro l'8% degli uomini).

La Figura 15.8 riporta invece la motivazione del permesso, da cui emerge come la grande maggioranza dei beneficiari ne fruisca per l'assistenza a parenti o affini disabili.

<sup>11</sup> I dati fanno riferimento a quelle ASL, AO e IRCCS pubblici, ad esclusione dei Policlinici Universitari già a gestione diretta, che hanno alimentato il *database* del Dipartimento della Funzione Pubblica (pari al 97% delle aziende). Sono state inoltre escluse quelle aziende che hanno indicato un numero di dipendenti con permesso inferiore al 3% del totale dei dipendenti, in contrasto con il numero di giornate di assenza ex legge 104/1992 rilevate dal *database* del Conto Annuale MEF RGS per lo stesso anno e per le medesime aziende («AO Ospedali Riuniti di Ancona», «ASL di Latina», «AO dei Colli», «ASL di Foggia»).

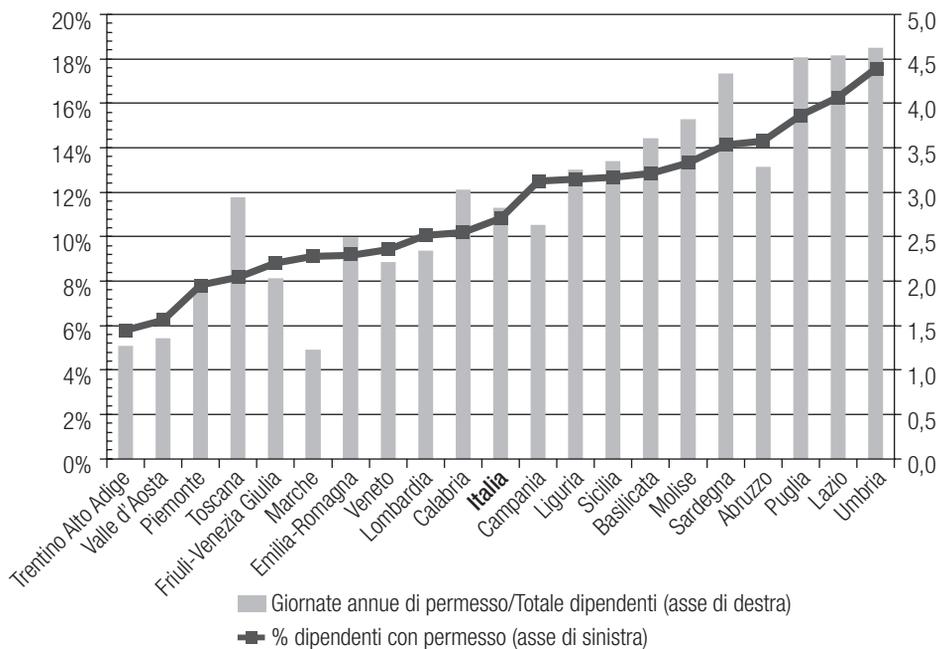
Figura 15.9 **Dipendenti con permesso per tipo di azienda**

Fonte: Nostre elaborazioni su dati Dipartimento Funzione Pubblica 2011

Venendo invece all'analisi per tipologia di azienda, si riscontra una prevalenza di dipendenti con permessi nelle ASL rispetto agli IRCCS e alle AO/AOU (Figura 15.9), che suggerisce una maggior presenza di beneficiari dei permessi nelle strutture territoriali rispetto a quelle ospedaliere. Tale dato è peraltro confermato dal confronto tra le aziende lombarde, dove l'attività ospedaliera è interamente erogata da personale delle AO/AOU: in Lombardia i dipendenti delle ASL con permessi sono il 15%, a fronte di un 9% nelle AO e di un 8% negli IRCCS. Ciò è probabilmente dovuto al fatto che l'impiego nelle ASL consente spesso maggiore flessibilità di orario e vicinanza tra luogo di lavoro e domicilio. Una ulteriore spiegazione plausibile è che il lavoro in *team* con forti interdipendenze tra singoli e gruppi che caratterizza soprattutto i contesti ospedalieri, nonché la maggior tensione produttiva facilitata dalla più semplice misurabilità degli *output*, potrebbe portare a un maggior *commitment* nei confronti dell'attività lavorativa e quindi una riduzione della richiesta di permessi.

La Figura 15.10 mostra invece la distribuzione di dipendenti con permesso nelle diverse Regioni italiane, da cui emerge una forte differenza tra Regioni come il Trentino-Alto Adige o la Valle d'Aosta da un lato, attestate al 6%, e Regioni quali Puglia, Lazio e Umbria dall'altro, dove questo dato supera il 15%. Tali informazioni sono messe a confronto con quelle relative al numero medio di giornate di assenza per permessi ex legge 104/1992 (totale annuale delle giornate di permesso godute/totale dipendenti dell'azienda), ricavati dal *database* del Conto Annuale<sup>12</sup>, al fine di poter ovviare a eventuali limiti di affidabilità del neo-attivato flusso di dati del Dipartimento della Funzione Pubblica. Il confron-

<sup>12</sup> Sono stati considerati i dati relativi all'insieme «ASL, AO e AOU» per come definito al § 15.2.1.

Figura 15.10 **Dipendenti con permesso per Regione**

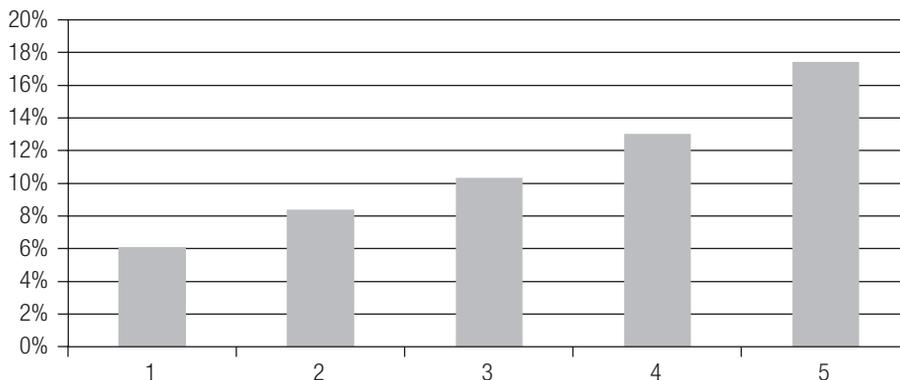
Fonte: Nostre elaborazioni su dati Dipartimento Funzione Pubblica 2011 e Conto Annuale MEF RGS

to consente di confermare sostanzialmente la lettura e le differenze tra le Regioni; gli unici casi in cui vi è un divario non trascurabile sono quelli di Toscana, Marche e Abruzzo, che meriterebbero un ulteriore approfondimento.

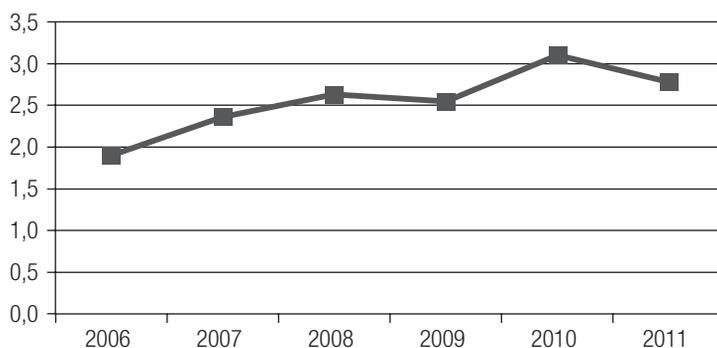
Dal momento che la variabilità interregionale non è giustificabile sulla base delle (certamente minori) differenze nella prevalenza di disabilità gravi tra le diverse Regioni, essa può essere letta almeno in due modi: o i diversi sistemi regionali offrono servizi di presa in carico sociosanitaria dei disabili di qualità differente, che in alcuni contesti meno virtuosi richiedono un maggior impegno delle famiglie; oppure in queste stesse Regioni prevale una cultura organizzativa che rende più frequente la richiesta di tali permessi da parte dei dipendenti ed una maggior disponibilità dei medici del lavoro nel riconoscere le situazioni di disabilità.

A conferma di tale eterogeneità la Figura 15.11 riporta il dato medio di dipendenti che godono di questi permessi distinguendo le aziende in quintili. Si nota come vi è un 20% di aziende del SSN dove questo dato è pari al 6% e, all'opposto, un 20% di aziende in cui tale dato è quasi triplo (17%).

Da ultimo, la Figura 15.12 mostra l'evoluzione negli ultimi anni del numero di giornate di permesso ex legge 104/1992 per dipendente. Tra il 2006 e il 2011 la crescita è stata quasi del 50%, passando da 1,9 a 2,8 giornate per dipendente.

Figura 15.11 **Dipendenti con permesso nei cinque quintili delle aziende analizzate**

Fonte: Nostre elaborazioni su dati Dipartimento Funzione Pubblica 2011

Figura 15.12 **Giornate di permesso per dipendente, 2006-2011**

Fonte: Nostre elaborazioni su dati Conto Annuale MEF RGS

I dati qui presentati confermano che in sanità il fenomeno delle assenze relative ai permessi ex legge 104/1992 è molto significativo. Esso comporta per le aziende costi importanti in termini di minor dotazione di personale ma anche di organizzazione del lavoro. Basti pensare ad esempio al vincolo organizzativo, particolarmente rilevante in un contesto caratterizzato da una sempre maggior concentrazione delle casistiche e accorpamento degli stabilimenti produttivi, determinato dall'obbligo di far lavorare il dipendente nella sede aziendale più vicina all'abitazione. È un fenomeno in crescita che deve essere governato con maggior consapevolezza gestionale. E le differenze interregionali e interaziendali, che nella misura attuale non sembrano giustificabili, devono essere poste in evidenza nel dibattito aziendale al fine di identificare adeguati correttivi.

## 15.4 Inidoneità alla mansione

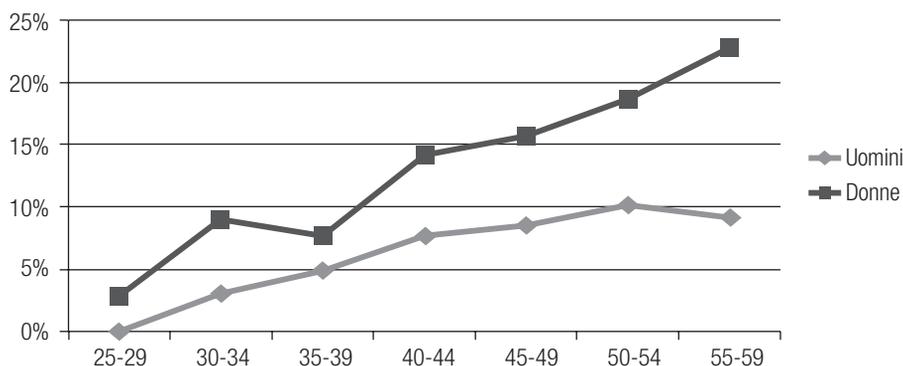
### 15.4.1 Dimensioni e rilevanza del fenomeno

Il D.Lgs. 81/2008, principale riferimento normativo in merito alla salute e sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro, prevede che nell'ambito dell'attività di sorveglianza sanitaria il medico competente possa esprimere, sulla base delle risultante delle visite mediche effettuate, giudizi sull'idoneità del dipendente alla mansione specifica. Tali giudizi possono essere di idoneità parziale (temporanea o permanente, con le relative prescrizioni o limitazioni) o di inidoneità (temporanea o permanente, con le relative prescrizioni o limitazioni) o di inidoneità (temporanea o permanente). Essi vengono comunicati al datore di lavoro affinché possa attuare le misure indicate dal medico competente.

Proprio l'applicazione di tale dettato normativo rappresenta un terzo elemento di particolare rilevanza nelle aziende del SSN nell'attuale momento storico. Oggi il medico competente è spesso considerato dall'azienda non una risorsa, ma un vincolo, e il suo ruolo è tinto di venature medico legali – se non parasindacali – a scapito della sua professionalità e del riconoscimento del suo importante ruolo clinico e di consulenza (Ciuffa e Zanetti, 2002). E 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 sembrano più percorribili in modo sistematico. Si rendono così necessarie nuove modalità per affrontare questa problematica, riportandola nella fisiologia ed evitandone le derive patologiche.

Anzitutto, con riferimento alla dimensione e alle caratteristiche del fenomeno stesso, si deve riscontrare nel nostro paese l'assenza di fonti informative a livello regionale o nazionale che consentano analisi comparative e di monitoraggio. I giudizi espressi dal medico competente sono comunicati annualmente alle direzioni aziendali ma senza una classificazione condivisa e senza che tali informazioni vengano aggregate a livello sovra-aziendale. I pochi dati riportati in questo paragrafo provengono pertanto da una pluralità di fonti e scontano un problema di comparabilità; tuttavia essi consentono di giungere a una prima quantificazione del fenomeno. Vi sono anzitutto alcuni studi realizzati a livello regionale da parte di professionisti della medicina del lavoro. Un'analisi realizzata in Regione Veneto (Gruppo di lavoro Veneto, 2002) ha riscontrato come il problema delle idoneità parziali riferite alla movimentazione dei pazienti riguardi una percentuale compresa, nelle diverse aziende, tra il 6 e il 12% del personale infermieristico, OTA e ausiliario. Uno studio più recente realizzato nelle aziende della Regione Lazio (Magnavita e Santoro, 2009) ha trovato una differenza nella prevalenza delle limitazioni e delle prescrizioni espresse dal medico competente che va da meno del 3% a oltre il 20% dei di-

Figura 15.13 Limitazioni per età (25-59 anni) e sesso



Fonte: Nostre elaborazioni su dati di quattro aziende SSN

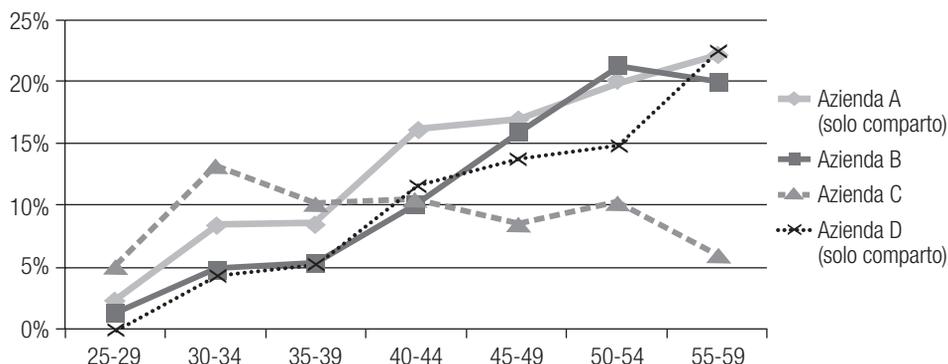
pendenti<sup>13</sup>. Vi sono inoltre studi nell'ambito delle scienze infermieristiche che riportano dati interessanti al riguardo. Ad esempio Maricchio et al. (2013) riportano l'analisi delle inidoneità dei dipendenti di due ospedali del nord Italia: in un caso il personale esonerato dalla movimentazione manuale dei carichi era pari al 12% del totale, nell'altro esso era inferiore al 4%.

Una nostra rilevazione in quattro grandi aziende di tre diverse Regioni del nord Italia relativa alle limitazioni in essere a giugno 2013<sup>14</sup> ha confermato la rilevanza della quota di dipendenti con idoneità parziale alla mansione, nonché un'importante variabilità tra le aziende. I grafici seguenti riportano alcune analisi di dettaglio relative a sesso, età e categoria di inquadramento dei dipendenti in queste quattro aziende. Osservando la Figura 15.13 emerge con evidenza come il fenomeno delle limitazioni sia molto più pronunciato nelle donne rispetto agli uomini e come la prevalenza aumenti significativamente al crescere dell'età anagrafica. Se nella fascia di età 25-29 anni la quota di dipendenti con limitazioni è, come ragionevole aspettarsi, prossima allo zero, questo dato cresce, in maniera quasi lineare, fino al 9% per gli uomini e al 23% per le donne nella fascia 55-59 anni. Inoltre il

<sup>13</sup> A conferma di tali differenze, è possibile aggiungere quelle riportate in letteratura clinica sulla prevalenza della lombalgia acuta tra gli operatori sanitari. Per una rassegna si veda Lorusso et al. (2007).

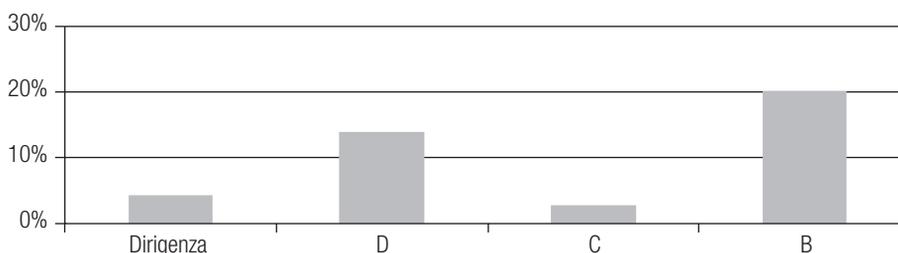
<sup>14</sup> Sono state considerate le limitazioni relative alla disponibilità a svolgere turni, alla movimentazione dei carichi, alla postura eretta. Sono state escluse le limitazioni che pregiudicano in misura minore l'attività dei dipendenti, quali quelle relative al rischio allergologico e biologico o alle pause da effettuare durante l'attività al computer, nonché quelle dovute alla maternità. In un'azienda i dati fanno riferimento alle limitazioni in essere al 31.12.2012 e in due aziende fanno riferimento al solo personale del comparto. Per il calcolo delle percentuali sono stati utilizzati al denominatore i dati relativi agli organici 2011 (totali o del solo personale del comparto) pubblicati sul Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato. Il totale dei dipendenti delle aziende rappresentati nell'analisi è pari complessivamente a quasi 13 000 unità.

Figura 15.14 Limitazioni per età (25-59 anni), confronto tra le aziende



Fonte: Nostre elaborazioni su dati di quattro aziende SSN

Figura 15.15 Limitazioni per categoria di inquadramento



Fonte: Nostre elaborazioni su dati di quattro aziende SSN

divario tra uomini e donne appare rilevante sin dalla fascia di età 30-34 anni e cresce progressivamente. Le donne mostrano infatti un tasso di limitazioni quasi doppio rispetto agli uomini in tutte le fasce d'età successive.

La Figura 15.14 riporta invece il confronto tra le quattro aziende, da cui emergono differenze non trascurabili (fino, cinque o più punti percentuali a parità di età). Degno di nota è il caso dell'azienda C, in cui il numero di personale con limitazioni pare non aumentare con l'età. Ciò sembra spiegato dal fatto che tale azienda assegna quasi esclusivamente limitazioni temporanee e di conseguenza, nel momento in cui il dipendente è trasferito ad altra mansione e la limitazione scade, essa non figura più sul *database* aziendale.

La Figura 15.15 mostra infine come la percentuale di dipendenti con limitazioni aumenti al diminuire della categoria di inquadramento. Il dato appare molto significativo guardando il personale delle categorie D e B, particolarmente rappresentate nel comparto sanitario (la prima include infermieri, ostetriche, fisioterapisti, tecnici di radiologia, ecc.; la seconda OSS, OTA, coadiutori amministrativi, operatori tecnici, ecc.). Unica eccezione è il personale della categoria C

(assistenti amministrativi, operatori tecnici esperti, ecc.), anche se bisogna considerare che SSN (e nelle quattro aziende sanitarie analizzate) esso è poco rappresentato. Per la medesima ragione di scarsa rappresentatività non sono riportati in figura i dati relativi alla categoria A (commessi e ausiliari).

Da questi dati emerge anzitutto la rilevanza in termini quantitativi del fenomeno, peraltro in aumento alla luce del progressivo invecchiamento del personale dipendente. Diventa fortemente necessario, in un periodo di blocco dei *turnover* e scarsità di risorse, l'avvio di strategie di risposta diverse rispetto a quelle adottate in passato. Al contempo si nota una forte variabilità tra i dati riportati dalle aziende, che lascia intendere la possibilità di gestire in modo molto diverso (più o meno efficace per l'azienda) l'assegnazione dei giudizi di inidoneità e la loro rendicontazione.

#### 15.4.2 Alcuni problemi aperti

L'analisi qualitativa ha consentito di indagare più a fondo alcune delle problematiche più ricorrenti nel delicato in tema di gestione delle inidoneità. L'effetto combinato di diversi fattori ha infatti creato in molte aziende un rapporto conflittuale tra medici competenti e direzioni, soprattutto direzioni infermieristiche, a scapito della funzionalità organizzativa e del ruolo e della professionalità della categoria medica.

Un primo ambito di criticità riguarda il tema del riconoscimento di limitazioni originate da problemi gestionali e di cultura organizzativa. In numerose aziende sono frequenti i casi in cui la proliferazione di limitazioni è dovuta alla rigidità – e dunque alla inefficacia – della gestione del personale da parte dell'azienda. Ad esempio non è raro che dipendenti chiedano il riconoscimento di idoneità parziale non in ragione di limitazioni fisiche, bensì a fronte di una mancata risposta aziendale alle richieste di trasferimento spesso determinate da motivi diversi da quelli di salute. In aziende rese rigide dalle carenze di personale e dai blocchi al *turnover* il riconoscimento di idoneità parziale diviene infatti l'unico modo per ottenere un trasferimento da un reparto ad un altro. Se quindi da un lato vi sono indiscusse responsabilità aziendali, dall'altro i medici competenti manifestano spesso un'eccessiva accondiscendenza nei riguardi delle richieste (non sempre giustificate) dei dipendenti. Si vengono così a produrre casi di indicazioni di cui risulta difficile interpretare la *ratio* clinica, quali «il dipendente non può andare in turno al pomeriggio», «non può rimanere in servizio oltre le 18.00», «non può lavorare in otorinolaringoiatria». In una delle aziende analizzate una dipendente aveva ricevuto la prescrizione «non può essere spostata in altro reparto», quando a tutti era noto che il reparto in oggetto sarebbe stato chiuso di lì a poche settimane. Ancora più gravi, anche se fortunatamente meno frequenti, sono i casi di aziende in cui si è venuta a creare una cultura diffusa che vede le limitazioni alla stregua di agevolazioni o premi alla carriera, oggetto a volte di vere e proprie

negoziazioni sindacali, con medici competenti che assumono un ruolo parasindacale in opposizione al datore di lavoro. Tali comportamenti provocano evidentemente reazioni di chiusura e contrapposizione da parte delle direzioni aziendali. Si tratta infatti di risposte inappropriate e dannose per l'azienda a problemi organizzativi che dovrebbero essere risolti con altri, fisiologici, processi e strumenti di management. Peraltro è proprio per tale motivo che spesso nelle grandi imprese private i medici competenti rispondono all'ufficio del personale.

In secondo luogo si riscontrano problemi relativi alla scarsa capacità di collaborazione e comprensione delle esigenze reciproche da parte di medici competenti e direzioni aziendali. È il caso dei medici che danno indicazioni poco specifiche, decontestualizzate, senza valutare le caratteristiche degli ambienti di lavoro specifici in cui i dipendenti lavorano, quali ad esempio «il dipendente non deve svolgere mansioni sovraccaricanti per il rachide» o «non può assumere ruoli di responsabilità». Evidentemente ciò rende estremamente difficile, e rischioso, il lavoro di chi è chiamato a gestire questo personale applicando tali generiche indicazioni. Al contempo spesso manca disponibilità di tempo e preparazione da parte delle direzioni a leggere i referti, analizzare caso per caso le situazioni insieme ai coordinatori, e definire soluzioni che tutelino davvero la salute del dipendente e non esponano a rischi professionali il medico competente.

Un ulteriore elemento è rappresentato dai vincoli esterni all'attività del medico competente. Coloro infatti che con professionalità si oppongono a richieste ingiustificate da parte dei dipendenti rischiano di vedere in non pochi casi il proprio giudizio rivisto da parte delle ASL, a cui il dipendente ha diritto di rivolgersi in seconda istanza.

Un'ultima riflessione fa riferimento al fatto che il riconoscimento di idoneità parziali o limitazioni rischia sempre più di rappresentare per il medico competente uno strumento di medicina difensiva. Se infatti il giudizio del medico competente assume valore di garanzia per l'utente, la responsabilità del medico viene estesa anche ai danni provocati da dipendenti considerati idonei alla mansione. Recenti orientamenti giurisprudenziali vedono il medico competente chiamato a rispondere quando ad esempio un infermiere a causa dello stress somministra al paziente il farmaco sbagliato, o quando un chirurgo commette un errore a causa di un malore. È evidente tuttavia il costo organizzativo che tali comportamenti difensivi possono determinare, per cui appare necessaria e urgente una soluzione anche di carattere normativo.

### 15.4.3 Implicazioni gestionali e di *policy*

Alla luce di quanto appena discusso appare chiaro che gli esempi virtuosi sono quelli di aziende in cui medici e direzioni si incontrano con cadenza periodica e sviluppano un lavoro sinergico, con indicazioni specifiche da parte del medico e

capacità di definire soluzioni personalizzate da parte delle direzioni. Da un lato è importante che il medico competente, ed è questo un principio ampiamente condiviso all'interno della disciplina, sia messo in grado di assegnare valutazioni specifiche sulla base di una conoscenza diretta delle condizioni di lavoro dei dipendenti in termini di fattori tecnici (per esempio la dotazione di ausili quali sollevatori o altro), ambientali, formativi e organizzativi (Barbina et al., 2002). Così facendo sarà anche in grado di fornire alle direzioni e al servizio di prevenzione e protezione indicazioni utili per eliminare le cause che hanno determinato i giudizi di idoneità parziale, nonché per contribuire a individuare ricollocazioni che riescano a valorizzare adeguatamente le conoscenze, le capacità e la motivazione del dipendente.

Dall'altro l'azienda è chiamata a lavorare, non solo a livello di direzione sanitaria o assistenziale bensì coinvolgendo tutti gli attori del processo, per collocare il personale con potenziali problematiche sanitarie in reparti appropriati ed affrontando i casi di idoneità parziale con soluzioni sostenibili per il dipendente e l'azienda. Al contempo è chiamata ad attivare realmente attività di prevenzione, non solo attraverso l'utilizzo di metodi per la valutazione e la prevenzione dei rischi, ma soprattutto avviando momenti di confronto tra medici competenti, direzioni aziendali, servizi di prevenzione, fisiatristi, fisioterapisti e rappresentanti dei lavoratori, supportati dalla disponibilità da parte delle direzioni sanitarie e infermieristiche a modificare l'organizzazione o le condizioni di lavoro. Esempi in tal senso sono stati avviati già da anni in alcune aziende (cfr. Cristofolini e Mazzini, 1998) ma non hanno ancora trovato applicazioni su larga scala. Un ruolo chiave può e deve essere giocato dai coordinatori, che sono spesso i soggetti più motivati a gestire efficacemente le persone con limitazioni o con profili di rischio, e devono essere coinvolti nella prevenzione e nella gestione delle prescrizioni attraverso la riprogettazione delle modalità di lavoro e il recupero, laddove possibile, della piena funzionalità. Da ultimo bisogna sottolineare che la diffusione di apparecchiature per la movimentazione e il sollevamento dei pazienti avvenuta negli ultimi anni dovrebbe contribuire a contenere l'incidenza di queste problematiche (anche se in una delle aziende una delle principali criticità riscontrate dal servizio infermieristico era proprio la mancata ridefinizione delle limitazioni pur a seguito di investimenti su nuovi letti e sollevatori).

Tali modalità di lavoro sembrano compatibili, almeno in via teorica, sia con la scelta di affidarsi a medici competenti autonomi, sia con l'opzione di medici dipendenti, in quanto entrambe presentano vantaggi e svantaggi. Medici esterni dell'azienda garantiscono maggiore autonomia rispetto a eventuali richieste poco giustificate da parte del personale, e danno all'azienda la possibilità di negoziare le proprie richieste secondo logiche contrattuali. Medici dipendenti possono invece più facilmente avere quella conoscenza dell'azienda che è altrettanto utile. Chiave è comunque che l'azienda sia proattiva e disposta ad avviare una collaborazione e un confronto approfondito. Sembra invece dubbia, come già

sottolineato da Porru et al. (2012), l'opportunità di riunire sotto una medesima figura la responsabilità di direzione del servizio di prevenzione e protezione aziendale e lo svolgimento dell'attività di medico competente, in ragione degli evidenti rischi di compromissione dell'autonomia professionale.

Da ultimo intendiamo sottolineare l'importanza che a livello regionale e nazionale vengano sviluppate analisi epidemiologiche e comparazioni dei dati sugli esiti dell'attività di sorveglianza sanitaria. Sembra infatti quanto mai utile portare queste discussioni fuori dal (difficile) rapporto tra singolo medico competente, direzione aziendale, dipendente e sindacato, grazie all'avvio di linee guida e indicazioni sviluppate almeno a livello regionale con il concorso delle rappresentanze di tutti i soggetti coinvolti.

## 15.5 Conclusioni

Assenze (comprese quelle per i permessi ex legge 104/1992) e inidoneità alla mansione sono temi centrali per la funzionalità delle aziende sanitarie italiane e per la loro sostenibilità nel prossimo futuro. Il capitolo ha mostrato la rilevanza quantitativa di tali fenomeni (maggiore che in molti altri settori economici) e ha accennato ad alcune possibili azioni di *management* per affrontare, anziché subire, tale fenomeno. Questo paragrafo vuole fornire alcuni commenti conclusivi, che guardano in modo unitario ai temi trattati nelle pagine precedenti.

Un primo aspetto che l'analisi ha messo in luce e che chiama in causa le istanze di governo del sistema (Regioni, Ministeri nazionali, organizzazioni sindacali, ecc.) è la scarsa qualità e affidabilità dei dati disponibili a livello interaziendale. Considerata la rilevanza dei fenomeni qui discussi, tali carenze appaiono sorprendenti. Le informazioni contenute nel Conto Annuale, pur molto migliorate negli anni, risentono ancora di limiti che pregiudicano l'affidabilità di analisi sistematiche e solide delle assenze. Ancora più problematica è la situazione relativa alle inidoneità alla mansione. Per queste, infatti, sembrano non esistere tassonomie condivise o criteri di classificazione di problemi, diagnosi, prescrizioni dei medici competenti. Quando presenti, come in alcune delle aziende incluse nella rilevazione realizzata dagli autori, esse sono state sviluppare a livello aziendale. Altre volte i dati disponibili consistevano invece in lunghe liste che riportavano una dopo l'altra stringhe di testo prive di un sistema di codificazione, impedendo quindi all'azienda un'analisi di tipo aggregato del fenomeno.

Tali riflessioni si collegano al tema dell'arretratezza di gran parte delle aziende del sistema sanitario italiano nel definire e usare metriche adeguate per la gestione del personale. Come discusso in un precedente capitolo OASI (De Pietro e Sartirana, 2012), assenza di *HR metrics* significa assenza di «intelligenza sistematica» da parte del *management* aziendale, sia nella definizione di politi-

che del personale efficaci, sia nella gestione dei gruppi da parte del *management* di linea. Si pensi ad esempio, con riferimento alle assenze, a quanto sono potenti sistemi automatizzati di allerta sulle assenze brevi ripetute, le informazioni circa come si posiziona l'azienda rispetto alle altre nella prevalenza delle gravidanze a rischio, ecc. Oppure all'importanza di riconoscere sotto-gruppi di dipendenti che hanno necessità specifiche (ad esempio relative alla composizione dei nuclei familiari), o alle potenzialità di una profilatura dei bisogni professionali e familiari (ad esempio per proporre iniziative formative coerenti con le fasi della vita lavorativa, per tenere conto delle esigenze di flessibilità oraria dei genitori-lavoratori, per valutare la sussistenza delle motivazioni che avevano portato alla trasformazione di un contratto di lavoro in tempo parziale, ecc.). Inoltre questi dati possono rappresentare uno strumento fondamentale per le aziende (soprattutto quelle caratterizzate da una storia di gestione poco virtuosa di questi istituti) come strumento per far emergere i problemi internamente e di fronte all'opinione pubblica così da avviare i necessari processi di cambiamento. Fino a quando le aziende non investiranno nella definizione e nello sviluppo di tali metriche, sia a livello interno sia a livello sovra-aziendale, resteranno prive di strumenti potenti per una gestione efficiente e sostenibile del personale. Alcune Regioni hanno avviato da anni tavoli di confronto sul tema, ad esempio al fine di definire orientamenti e strumenti condivisi per l'attività dei medici competenti, tuttavia le criticità a livello organizzativo e la forte eterogeneità dei fenomeni e delle soluzioni gestionali nelle diverse aziende permangono.

Un ulteriore punto centrale per la gestione sia delle assenze, sia delle inidoneità alla mansione, riguarda la responsabilità dell'azienda nei confronti del miglioramento dell'ambiente di lavoro (cfr. Wiskow et al., 2010). A questa dimensione possono essere ricondotti tutti quei sistemi gestionali volti a mantenere alta la motivazione, a stimolare le competenze e i talenti dei dipendenti, a ridurre i rischi professionali (sviluppo di patologie lavorative, *burn-out*, ecc.). Fattori che contribuiscono a prevenire i fenomeni delle assenze o delle inidoneità alla mansione, aumentando nel contempo la durabilità e la qualità del rapporto di lavoro.

Infine, un ultimo punto riguarda il ruolo sociale che nel nostro sistema l'azienda (e in particolare quella sanitaria) è chiamata a svolgere. Il caso delle assenze illustra bene – con le numerose fattispecie di permessi – le diverse modalità con cui l'azienda supporta i dipendenti nelle loro attività extra-lavorative, sia legate a proprie scelte (es. maternità e cura dei figli, partecipazione alla vita politica o sindacale, formazione non proposta o gestita dall'azienda, ecc.), sia legate a oggettivi bisogni assistenziali che il sistema di tutela pubblica non riesce a soddisfare (es. permesso ex legge 104/1992). Anche le inidoneità alla mansione possono costituire un ulteriore caso di responsabilità sociale dell'azienda, chiamata a cercare una nuova collocazione lavorativa o comunque a tener conto di sopraggiunte limitazioni dei dipendenti, anche quando derivate da cause indipendenti

dall'attività lavorativa. In tutti questi casi la normativa attribuisce al datore di lavoro un ruolo assolutamente centrale rispetto al *welfare* individuale e comunitario. Perché tale attribuzione abbia senso, essa deve però preservare le condizioni di durabilità dell'azienda stessa quali livelli sufficienti in termini di efficienza gestionale, efficacia nei risultati prodotti, economicità nell'uso delle risorse. In altre parole, il sovraccarico di ruoli sociali nei confronti dei lavoratori non deve pregiudicare ragionevoli condizioni operative che permettano all'azienda di perseguire le proprie finalità istituzionali (la tutela della salute della popolazione), che non coincidono con quel ruolo sociale. I temi discussi nel capitolo e le loro manifestazioni più patologiche mettono in evidenza il rischio che effettivamente – a maggior ragione se si tiene conto del veloce invecchiamento degli organici – le finalità sociali di tutela dei lavoratori nelle loro diverse dimensioni riducano sensibilmente la capacità delle aziende del SSN di dare risposte di salute adeguate, mantenendo nel tempo condizioni di economicità e perseguendo condizioni di efficienza tecnica e allocativa. Le risposte che il sistema normativo e le pratiche manageriali sapranno dare ai problemi delle assenze e delle inidoneità alla mansione saranno dunque nei prossimi anni un ottimo banco di prova per discutere del ruolo sociale delle aziende sanitarie italiane.

## Bibliografia

- Barbina P., Negro C., Borean M. e Peresson M. (2002), «Fattori tecnici, organizzativi e sanitari da valutare nella formulazione del giudizio di idoneità alla movimentazione manuale in ambiente sanitario. Esperienza nella Regione Friuli Venezia Giulia», Atti del Congresso Nazionale ANMeLP (Associazione Nazionale Medici del Lavoro Pubblici) «Le idoneità difficili», Abano Terme, 14 e 15 Novembre.
- Ciuffa V. e Zanetti C. (2002), «Il punto di vista del medico competente delle aziende sanitarie», Atti del Congresso Nazionale ANMeLP (Associazione Nazionale Medici del Lavoro Pubblici) «Le idoneità difficili», Abano Terme, 14 e 15 Novembre.
- Costa E., De Pietro C. e Quatrini A. (2007), «Monitoraggio delle assenze e carichi di lavoro nell'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia», *Mecosan*, 62, pp. 93-108.
- Cristofolini A. e Mazzini N. (a cura di) (1998), *La prevenzione del mal di schiena nella movimentazione dei malati: titolo 5. del D.Lgs 626/94*, Provincia autonoma di Trento – Azienda provinciale per i servizi sanitari Editore.
- De Pietro C. (2009), «L'invecchiamento del personale SSN», in Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI 2009. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, Egea, pp. 469-491.
- De Pietro C. e Sartirana M. (2012), «Le metriche di misurazione del personale»,

- in Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI 2012. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, Egea, pp. 589-609.
- Gruppo di lavoro Medici Competenti degli Ospedali del Veneto (2002), «Il rischio da movimentazione manuale dei pazienti per gli operatori sanitari della Regione Veneto», Atti del Congresso Nazionale ANMeLP (Associazione Nazionale Medici del Lavoro Pubblici) «Le idoneità difficili», Abano Terme, 14 e 15 Novembre.
- Lorusso A., Bruno S. e L'Abbate N. (2007), «A review of low back pain and musculoskeletal disorders among Italian nursing personnel», *Industrial Health*, 45, pp. 637-644.
- Magnavita N. e Santoro P.E. (2009), «Sorveglianza sanitaria e giudizi di idoneità nell'ospedalità del Lazio», *La Medicina del Lavoro*, 100, (6), pp. 476-477.
- 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*, 50(1), pp. e0-e16.
- Porru S., Cannatelli P., Cerioli B., Flor L., Gramegna M., Polato R. e Rodriguez D. (2012), «Health protection of health care workers from the prospective of ethics, science and good medical practice. Opinions from stakeholders in health care settings», *La Medicina del Lavoro*, 103(3), pp. 212-219.
- Wiskow C., Albrecht T. e De Pietro C. (2010), *How to create attractive and supportive work environment for health professionals*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.