

Le inidoneità e le limitazioni lavorative del personale SSN

Dimensioni del fenomeno e proposte

Università Bocconi, 10 dicembre 2015

Bozza di discussione

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" include tra i suoi partner rappresentanti di ANMA (Associazione Nazionale Medici d'Azienda), FIASO (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere), IPASVI, 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 risultavano inidonei o parzialmente idonei al 31 dicembre 2014, a cui si aggiungono tutti i lavoratori che hanno ricevuto un giudizio di inidoneità o idoneità parziale dopo il 1 gennaio 2005 e che sono stati successivamente ricollocati o sono stati oggetto di modifica della mansione. Pertanto la rilevazione permette di conoscere il numero complessivo di dipendenti in servizio che, per limitazioni psicofisiche, possono rappresentare un condizionamento all'organizzazione aziendale e alla flessibilità nella gestione del personale.

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.

La Tabella 1 riporta i dati relativi all'incidenza 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.

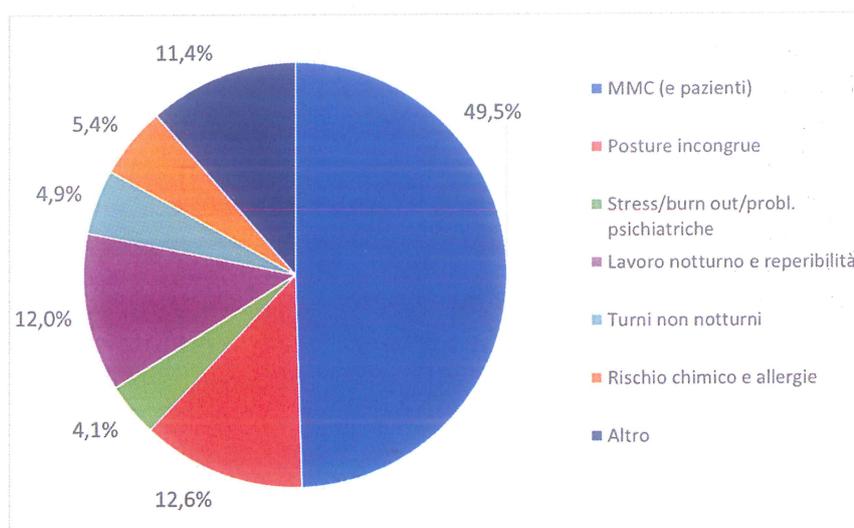
Tabella 1. Prevalenza delle inidoneità per azienda e natura del giudizio

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%

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.

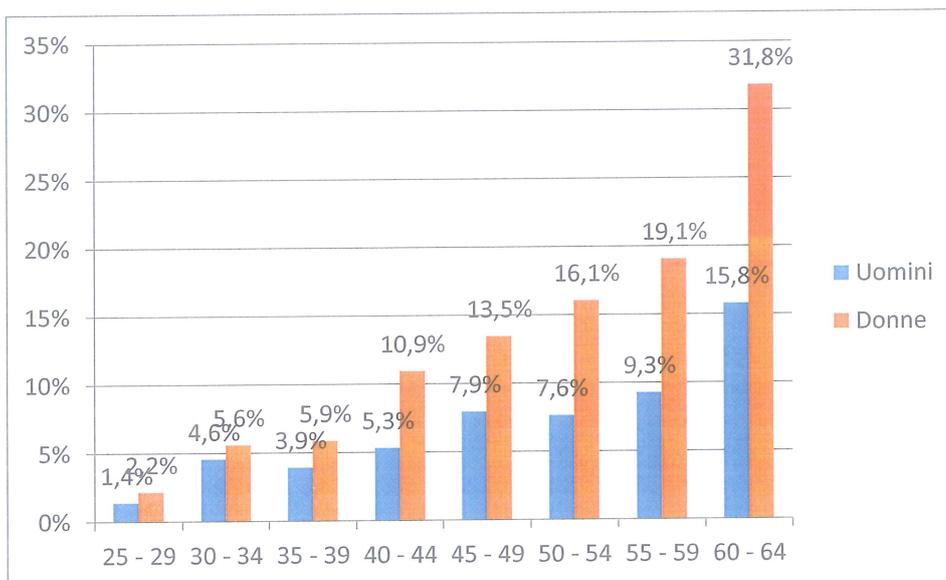
La Figura 1 presenta invece un'analisi delle tipologie di limitazione dei dipendenti con idoneità parziale o inidoneità, considerandone il totale e dunque anche delle eventuali seconde o terze limitazioni di uno stesso lavoratore. Dalla rilevazione emerge che le limitazioni prevalenti sono quelle relative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



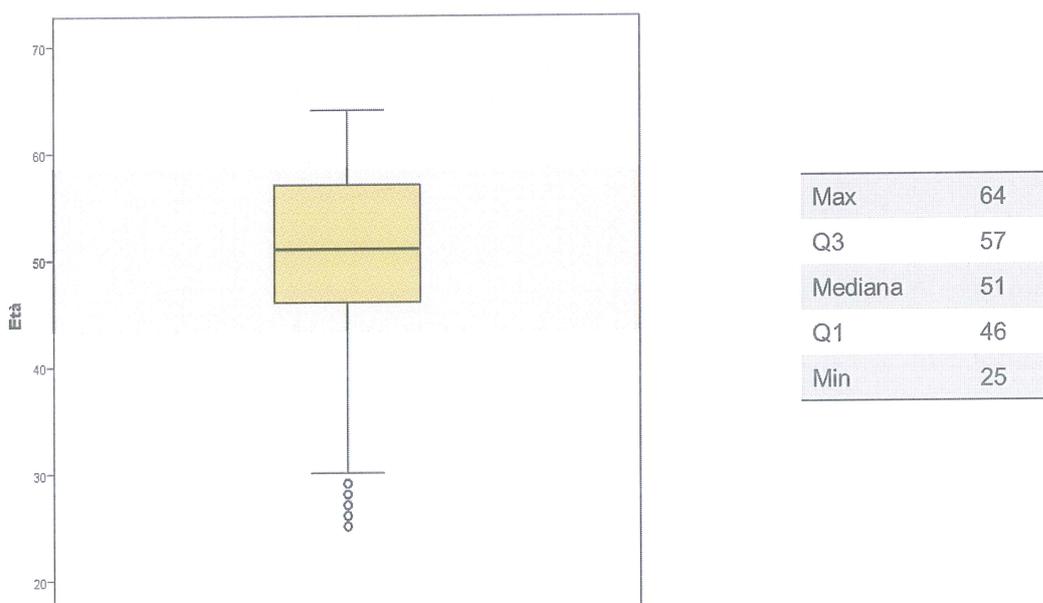
La Figura 2 mostra come il fenomeno si distribuisca in base al sesso dei dipendenti e all'età. Anzitutto si può notare come le inidoneità siano più frequenti tra le donne che tra gli uomini; si evidenzia infatti che i dipendenti con limitazioni individuati in questa rilevazione siano per il 79,6% di sesso femminile, mentre per il 20,4% di sesso maschile. La maggiore prevalenza tra le donne è però legata in larga misura all'alta femminilizzazione di alcuni profili professionali caratterizzati da alta prevalenza di limitazioni (soprattutto di natura muscolo-scheletrica) quali in particolare OSS e altre figure di supporto assistenziale (cfr. oltre e Figura 4). 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 genere²



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

Figura 3. Età dei lavoratori con limitazioni

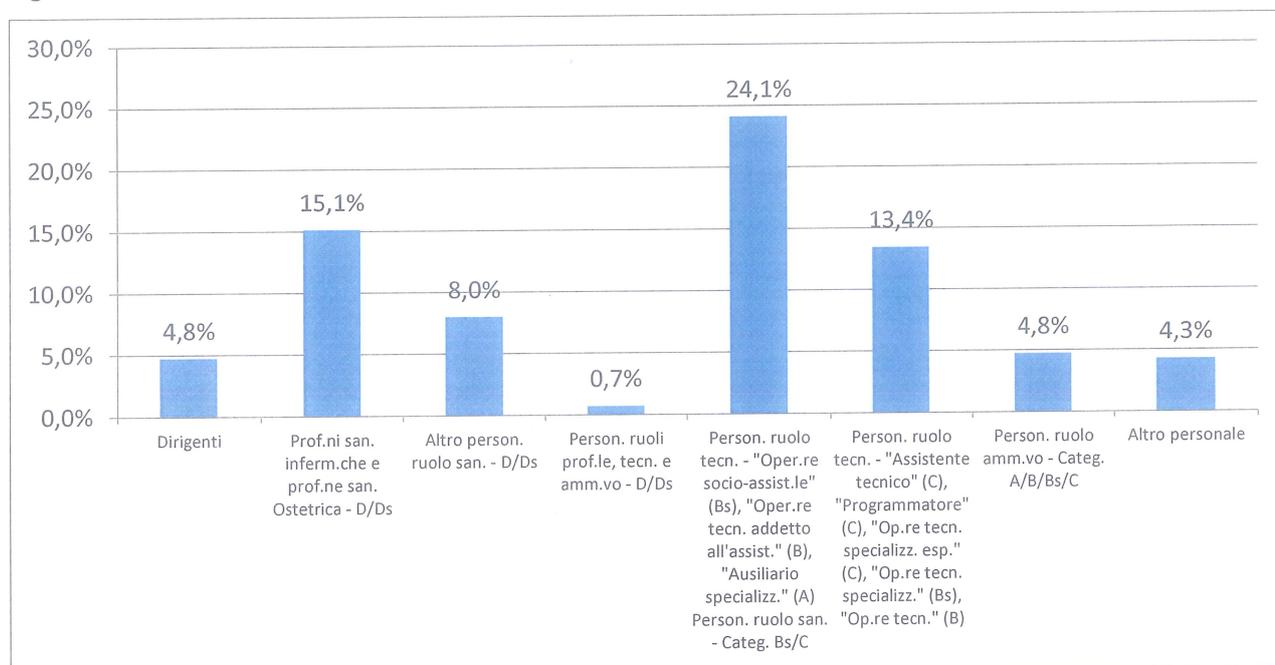


La Figura 4 mostra come varia la quota di personale inidoneo o con limitazioni in base ai ruoli e alle categorie d'inquadramento professionale. La categoria maggiormente colpita appare quella del personale di ruolo sanitario o tecnico di area sanitaria con mansioni strettamente operative e/o di tipo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

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

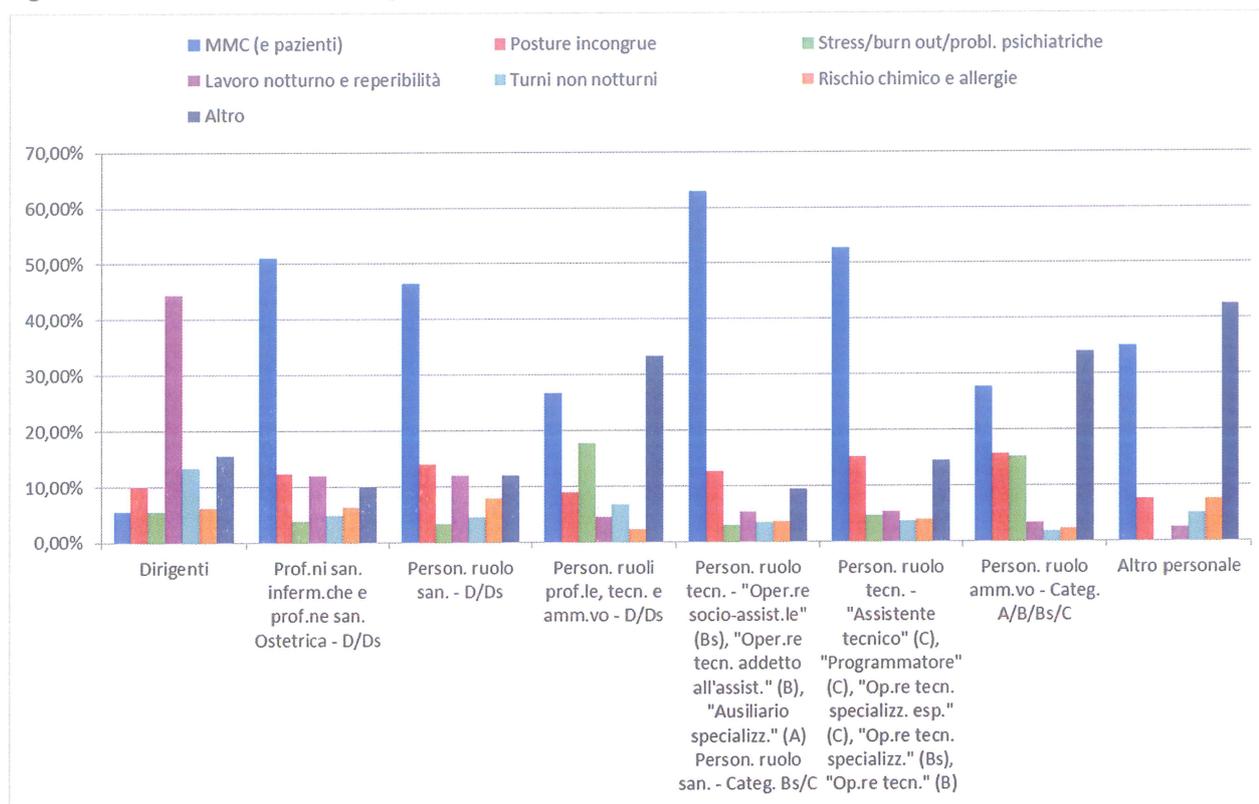
personale di ruolo tecnico delle categorie C, Bs o B (ad esempio assistenti o operatori tecnici; 13,4%). Solo il 4,8% dei dirigenti di ruolo sanitario, professionale, tecnico e amministrativo è invece totalmente o parzialmente inidoneo, mentre i meno colpiti dalle limitazioni sono i collaboratori professionali, 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 5 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 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 ambiti lavorativi con rischi inferiori all'interno della stessa area (ad esempio reparti di degenza che non richiedono la movimentazione dei pazienti o i turni notturni). Una quota di dipendenti si è invece spostata da un'area all'altra nel corso del tempo; 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 5. 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

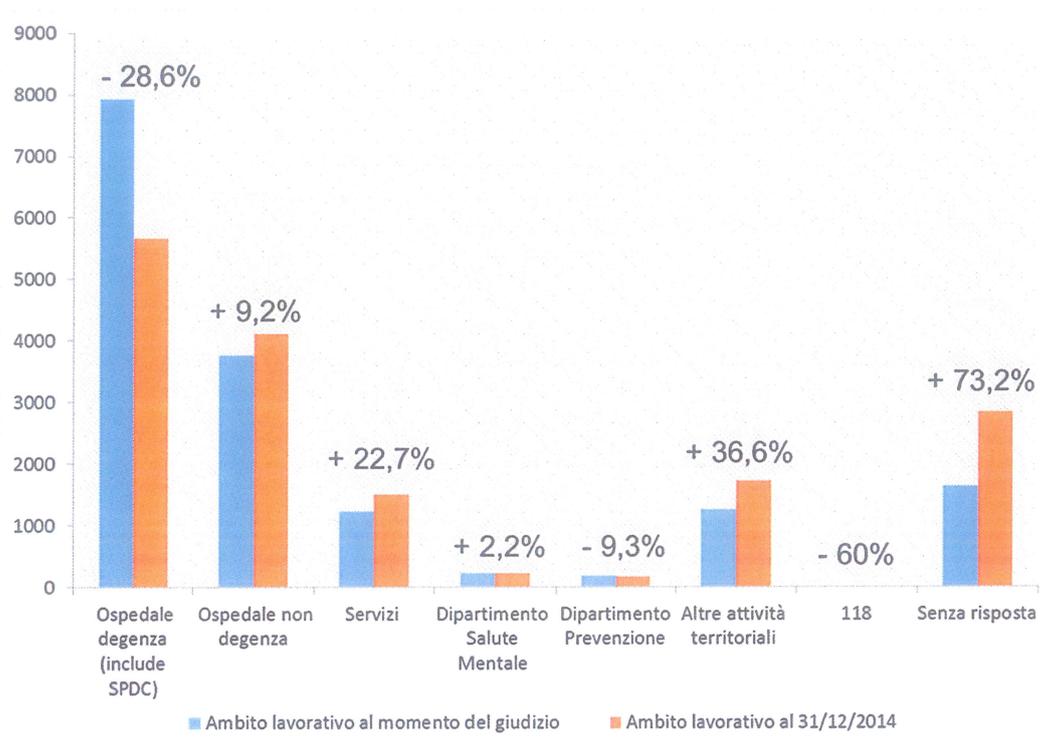


Tabella 2. Ridistribuzione percentuale dei dipendenti con limitazioni provenienti dall'ambito "Ospedale degenza"

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%