

# Assenze e limitazioni funzionali: una sfida critica per le politiche del personale nelle Aziende sanitarie

Eva Colombo, Mario Giacomazzi, Daniele Tovoli, Sergio Castiglioni, Antonio D'Urso, Giovanni Migliore, Paolo Petralia, Cristina Marchesi, Giuseppe Quintavalle, Antonio D'Amore, Alessandro Caltagirone, Eleonora Giordani, Marco Sartirana\*

Il SSN sta vivendo probabilmente uno dei periodi più critici dalla sua istituzione. Alla stagione attuale concorrono una molteplicità di fattori: dal cronico sottofinanziamento alle conseguenze della pandemia da Covid, dalla carenza di personale alle difficoltà nel reclutamento e nella gestione. A tutto questo si aggiunge il fenomeno recente dell'abbandono dei professionisti verso la sanità privata o le attività libero-professionali. Quest'ultimo aspetto aggrava la carenza di operatori che interessa il SSN negli ultimi anni, non solo a causa delle difficoltà di reperimento sul mercato, dovute in gran parte a mancanza di programmazione

e a una politica della formazione universitaria poco lungimirante negli ultimi decenni, ma anche a una progressiva perdita di attrattività delle professioni sanitarie. Dalla ricerca effettuata da FIASO è emerso che i tassi di inidoneità e limitazioni al lavoro, e di assenze, raggiungono percentuali rilevanti, con conseguenze significative sull'operatività aziendale.

*Parole chiave:* assenze, limitazioni, inidoneità, risorse umane, Aziende sanitarie, reclutamento, abbandoni, attrattività.

## **Absences and functional limitations: a critical challenge for the policies of human resources in healthcare organisations**

*The NHS is probably experiencing one of the most critical periods since its inception. A variety of factors contribute to the current situation: from chronic underfunding to the consequences of the Covid pandemic, from staff shortages to difficulties in recruitment and management. Added to all this is the recent phenomenon of professionals abandoning the NHS for private healthcare or freelance activities. This last aspect aggravates the shortage of operators that has affected the NHS in recent*

## S O M M A R I O

1. Le limitazioni al lavoro nelle Aziende sanitarie
2. Le assenze
3. Conclusioni

\* Revisione editoriale a cura di Stefano A. Inglese.

Eva Colombo, Vicepresidente FIASO.

Mario Giacomazzi, Direttore Risorse Umane Azienda USL di Piacenza.

Daniele Tovoli, RSPP Istituto Oncologico Romagnolo.

Sergio Castiglioni, già Direttore Risorse Umane ASST Ovest milanese.

Antonio D'Urso, Vicepresidente FIASO.

Giovanni Migliore, Presidente FIASO.

Paolo Petralia, Vicepresidente vicario FIASO.

Cristina Marchesi, Vicepresidente FIASO.

Giuseppe Quintavalle, Vicepresidente FIASO.

Antonio D'Amore, Vicepresidente FIASO.

Alessandro Caltagirone, Vicepresidente FIASO.

Eleonora Giordani, Ricercatrice FIASO.

Marco Sartirana, Ricercatore CERGAS-SDA Bocconi.

*years, not only because of the difficulties in finding them on the market, due in large part to a lack of planning and a university training policy that has been short-sighted in recent decades, but also to a progressive loss of attractiveness of healthcare professions. Research carried out by FIASO has shown that the rates of unfitness and limitations to work, and of absences, reach significant percentages, with significant consequences on company operations.*

*Keywords: absences, limitations to work, unfitness, human resources, healthcare organizations, recruitment, resignations, attractiveness.*

Articolo sottomesso: 03/02/2025,  
accettato: 07/03/2025

## **1. Le limitazioni al lavoro nelle Aziende sanitarie**

Un primo tema, rilevante, riguarda il personale con limitazioni al lavoro, cioè il personale che per problemi fisici o di salute non può svolgere, del tutto o in parte, la propria attività lavorativa. Il fenomeno non è nuovo, anche se spesso è caduto nell'oblio per una serie di ragioni che tenteremo di approfondire nel seguito, per riemergere periodicamente in tutta la sua criticità in momenti, come quello attuale, nei quali le carenze di personale si presentano particolarmente acute.

### **1.1. Il tema**

Il tema si presenta complesso e articolato nelle sue cause: già nel 2015 una ricerca che l'Università Bocconi ha effettuato con FIASO ha approfondito i determinanti e ha dato una prima rappresentazione oggettiva, numerica e affidabile del fenomeno, sebbene con risultati parziali dovuti alla complessità

della rilevazione e all'eterogeneità delle prassi (De Pietro *et al.*, 2016, 2017).

Tra le criticità che la ricerca ha proposto, l'estrema variabilità dei dati provenienti dalle Aziende partecipanti, che non trovano una spiegazione esauriente nelle differenze demografiche e numeriche del personale e fanno riferimento piuttosto ad aspetti gestionali, alla diversa interpretazione del concetto di salute sul luogo di lavoro, al ruolo del *Medico competente* e alle sue prerogative, oltre che alla interpretazione della *idoneità al lavoro*.

### **1.2. Il ruolo del Medico competente**

La figura del *Medico competente* fa la sua apparizione con il regolamento attuativo della L. 11 febbraio 1886, n. 3657 (c.d. Legge Berti) sul lavoro dei fanciulli, che introdusse la figura del *Medico delegato*, cioè un medico a cui il *Consiglio circondariale di sanità* assegnava il compito di rilasciare i certificati di "attitudine al lavoro" ai ragazzi di età compresa tra i nove e i quindici anni.

L'aggettivo *competente* comparve per la prima volta in Italia nei primi anni del Novecento con la costituzione dei servizi medici all'interno di grandi aziende, e lo scopo principale di provvedere al pronto soccorso degli infortunati previsto dalle norme sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni (Riva e Carnevale, 2017).

La piena entrata in vigore della legge sull'assicurazione contro gli infortuni professionali incentivò la pratica della sorveglianza sanitaria all'interno delle fabbriche, allo scopo di prevenire e diagnosticare precocemente le malattie professionali. Conseguentemente, il ricorso al medico divenne più frequente, specie nelle aziende di maggiori dimensioni, anche se il termine utilizzato era ancora quello di *Medico di fabbrica*.

Il termine *Medico competente* riappare con la normativa degli anni '50, ma bisogna attendere la fine degli anni Novanta per la sua affermazione definitiva attraverso l'emanazione delle norme specifiche per la protezione dei lavoratori da agenti nocivi, che definiscono, tra l'altro, i requisiti per lo svolgimento della professione (specializzazione in medicina del lavoro, o altra equipollente) (CIIP, 2020).

### 1.3. La Sorveglianza sanitaria e il giudizio di idoneità

Al *Medico competente* è assegnato il compito di effettuare la *Sorveglianza sanitaria*, sottoponendo i lavoratori a visite periodiche per valutare la loro idoneità al lavoro, e si consente al *Datore di lavoro* di tenerne conto, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 18, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 81/2008: "Nell'affidare i compiti ai lavoratori, [deve] tenere conto delle capacità e delle condizioni degli stessi in rapporto alla loro salute e alla sicurezza". Va sottolineato che il D.Lgs. n. 81/2008 stabilisce in modo chiaro che la *Sorveglianza sanitaria* deve essere effettuata quando vi sia un rischio non trascurabile nelle attività lavorative. Il *Medico competente* può anche effettuare le visite di *idoneità pre-assuntiva* alla mansione, laddove queste siano previste.

Per la *Sorveglianza sanitaria* dei lavoratori il *Medico competente* definisce in piena autonomia un protocollo, nel quale sono riportati il personale soggetto e la periodicità delle visite di idoneità, con tempistiche a più breve termine per gli operatori esposti a rischi più rilevanti e più dilazionate nel tempo per quelli esposti a rischi minori.

Oltre a queste visite programmate, il lavoratore ha la possibilità di accedere a una "visita a richiesta" del *Medico*

*competente*. Quando il numero delle richieste diventa eccessivo, lo si considera un campanello di allarme della probabile espressione di malessere lavorativo da parte del lavoratore interessato, e questo è uno degli indicatori utilizzati all'interno delle aziende nelle indagini sullo stress lavoro-correlato.

L'obbligatorietà dell'espressione del giudizio di idoneità nel caso di esposizione a rischi lavorativi, come descritto nel D.Lgs. n. 81/2008, non trova riferimento nella Direttiva europea 391/89/CEE, che è alla base di tutte le Direttive europee in tema di salute e sicurezza del lavoro, oltre che delle norme di recepimento nazionali. L'articolo 14 (Controllo sanitario) della Direttiva prevede che per assicurare un adeguato controllo sanitario dei lavoratori, in funzione dei rischi riguardanti la loro salute e sicurezza sul lavoro, siano stabilite misure conformemente alle legislazioni e/o prassi nazionali. Le misure devono essere concepite in modo tale che ogni lavoratore abbia la possibilità, se lo desidera, di essere sottoposto a un controllo sanitario a intervalli regolari. Non c'è traccia, invece, del giudizio d'idoneità nella corrispondente normativa europea di prevenzione e controllo dei rischi lavorativi.

Il legislatore italiano indica per la prima volta il giudizio di idoneità nel D.P.R. n. 303/1956, che all'art. 33 prevede che in presenza di lavorazioni industriali che espongono alla azione di sostanze tossiche o infettanti, o che risultino comunque nocive, i lavoratori debbano essere visitati da un *Medico competente* prima della loro ammissione al lavoro, per constatare se essi siano in possesso dei requisiti di *idoneità al lavoro*.

Il D.Lgs. n. 81/08 stabilisce che a seguito dello svolgimento delle attività di

*Sorveglianza sanitaria* dei lavoratori venga espresso un giudizio di idoneità alla mansione specifico per il ruolo e la funzione del lavoratore. Il *giudizio di idoneità* è un atto professionale che definisce i termini del controllo e della protezione dai rischi del singolo lavoratore attraverso una valutazione della sua attività, del contesto in cui si svolge e con caratteristiche di appropriatezza e specificità rispetto allo “stato dell’arte” delle conoscenze in quell’ambito.

A seguito delle visite periodiche il *Medico competente* esprime un giudizio nei termini previsti dall’art. 41 del D.Lgs. n. 81/08:

- idoneità piena;
- idoneità parziale, temporanea o permanente, con prescrizioni o limitazioni;
- inidoneità temporanea;
- inidoneità permanente.

Il giudizio di idoneità viene inviato al datore di lavoro perché prenda gli opportuni provvedimenti nel caso di *inidoneità parziale* con limitazioni o *inidoneità temporanea* o *permanente*, che prevedono azioni allo scopo di tutelare la salute del lavoratore. Nel caso delle limitazioni possono essere attuati interventi che modificano il contesto di lavoro, per esempio l’uso di ausili per le limitazioni alla movimentazione dei pazienti, o piani di lavoro personalizzati per eliminare i compiti che sono causa delle limitazioni. Nel caso di *inidoneità temporanea* o *permanente*, coerentemente con quanto previsto dal D.Lgs. n. 81/08, il datore di lavoro può procedere a seconda dei casi a una ricollocazione del lavoratore ad altra mansione, in attività anche diverse da quelle svolte normalmente.

#### 1.4. La dimensione del fenomeno

In assenza di flussi informativi standardizzati e di tassonomie condivise, non si dispone di informazioni esatte sulla reale dimensione del fenomeno, come già evidenziato dalla ricerca Bocconi FIASO (De Pietro *et al.*, 2017), e poco è cambiato rispetto al periodo in cui è stata realizzata.

Tra le cause del fenomeno emerse in quella indagine ne riportiamo brevemente alcune:

- i *Medici competenti* spesso non dispongono di una tassonomia comune e utilizzano definizioni diverse per individuare le stesse categorie di inidonei o limitati. Ciò crea problemi di classificazione dei giudizi di idoneità e, di conseguenza, rispetto alla loro entità numerica;
- nella grande maggioranza dei casi non sono utilizzati sistemi informatizzati per la gestione dei dati sanitari del personale sottoposto a sorveglianza sanitaria, causando così difficoltà nel reperimento degli stessi;
- quando un operatore con limitazioni o non idoneo viene ricollocato ad altra mansione, per molte realtà diventa idoneo nella nuova collocazione e, di conseguenza, la sua non idoneità *si perde* per riemergere poi in caso di riorganizzazione delle attività o di trasferimento. Spesso non si può contare, quindi, su una *memoria* delle limitazioni o degli inidonei, e quando si raccolgono i dati in molti casi si ottiene solo una fotografia istantanea del fenomeno e non della sua evoluzione nel tempo.

A tutto questo si deve aggiungere che, in genere, nelle Aziende sanitarie il datore di lavoro a cui viene inviato il

giudizio di idoneità è rappresentato da Servizi che svolgono funzioni organizzative, come per esempio la Direzione delle professioni sanitarie o i Direttori di struttura. Solo raramente il giudizio arriva ai Servizi di Gestione del Personale, cosa che se attuata potrebbe favorire una migliore caratterizzazione e affidabilità del dato.

Oltre a quelle già citate, una causa di *limitazioni al lavoro o non idoneità* è rappresentata da fattori individuali di salute non rilevati in sede di visita di idoneità preassuntiva. A questo proposito, è opportuno precisare che fino a pochi anni fa la visita preassuntiva per verificare la sussistenza delle condizioni da parte del lavoratore per poter svolgere le mansioni lavorative in molte realtà era considerata discriminatoria. Questa interpretazione è stata invalidata dal D.Lgs. n. 106/2009, che chiarisce che il *Medico competente* può eseguire le visite mediche preventive in fase preassuntiva, dirette a verificare l'idoneità alla mansione specifica e l'assenza di controindicazioni al lavoro anche quando il lavoratore non sia ancora stato assunto e che tale visita va considerata "uno strumento di mero accertamento della sussistenza dei requisiti di legge per il perfezionamento del rapporto di lavoro subordinato con un lavoratore già prescelto in base a tutti altri criteri".

Anche le *disabilità temporanee o transitorie* del personale vanno considerate in questo elenco: disabilità post-traumatiche, post-chirurgiche, patologie cronico-degenerative o disabilità permanenti, a causa di traumi lavorativi ed extra-lavorativi, o di menomazioni chirurgiche ecc. Ma la causa principale all'interno delle Aziende Sanitarie è l'invecchiamento dei professionisti, a cui si aggiungono fattori organizzativi

e di sovraccarico psicologico e fisico proprie delle professioni sanitarie, anche in relazione anche alle carenze di personale (Maricchio *et al.*, 2013). A tutto questo si deve aggiungere, infine, che spesso il ricorso al *Medico competente* è motivato dalla ricerca, da parte del lavoratore, di esonero dalla turnistica o di riduzione dei carichi di lavoro, a causa di malessere sul lavoro o di comportamenti opportunistici. Comportamenti consentiti e favoriti anche dalle tutele tipiche del diritto del lavoro italiano nel pubblico impiego.

#### 1.5. L'indagine FIASO

Muovendo da questi presupposti, FIASO ha realizzato una indagine su un campione di Aziende associate, richiedendo i dati relativi ad *assenze e personale inidoneo, parzialmente idoneo con limitazioni o prescrizioni al lavoro*.

Hanno partecipato alla ricognizione sette Aziende sanitarie, cinque delle quali territoriali (2 del Piemonte, 2 della Lombardia, 1 dell'Emilia-Romagna), una ospedaliera (Umbria), una ospedaliero-universitaria (Piemonte), concentrate nelle regioni del Centro-Nord del Paese, con un totale di circa 19.000 dipendenti.

La raccolta dei dati è stata piuttosto complessa e ha richiesto più interventi di affinazione, confermando peraltro quanto già emerso in altre indagini: i dati spesso sono frammentari, di difficile reperimento, e con molte variabili tra le Aziende partecipanti.

Alle Aziende sono stati richieste informazioni riguardanti gli ultimi cinque anni, dal 2019 al 2023, aggiornate al 31 dicembre di ciascun anno.

Per quanto riguarda le diverse tipologie di limitazioni, sono state richieste quelle più frequenti. Per il conteggio

dei dipendenti con più limitazioni, è stato chiesto di indicare quella prevalente. È stata indagata anche la distinzione per genere e per fasce di età.

La Tab. 1 illustra i dati aggregati, con le limitazioni prevalenti e la variazione percentuale distinta per anno.

Emerge innanzitutto che la percentuale di personale con limitazioni è di circa il 17% del totale dei dipendenti, una quota significativa che, evidentemente, comporta un impatto rilevante sull'operatività aziendale.

Le limitazioni, considerando i numeri assoluti, aumentano costantemente e in maniera significativa negli anni presi in esame, mentre tendono a stabilizzarsi nel 2023, ultimo anno di indagine. Questo andamento può essere legato da un lato alla eterogeneità nelle modalità di registrazione dei dati negli anni precedenti, dall'altro a un possibile incremento di domande di limitazione a seguito del periodo pandemico. Infine, parte del

fenomeno potrebbe essere spiegato dall'avvicendamento generazionale, soprattutto per il personale infermieristico e medico, cominciato durante il periodo pandemico e proseguito anche negli anni successivi, tenuto conto che la presenza di personale più giovane riduce sostanzialmente la prevalenza del fenomeno stesso.

Questo aspetto è confermato anche dalla Fig. 1, che evidenzia che il trend delle limitazioni dopo anni di crescita continua sembra tendere a una stabilizzazione, se non a una debole discesa, nel 2023.

La Fig. 2 illustra la distribuzione percentuale di limitazioni per categoria professionale. Anche in questo caso, dopo anni di crescita, si riscontra un leggero trend in diminuzione nell'ultimo anno per i dirigenti medici e per il personale infermieristico, le categorie professionali che hanno fatto registrare un maggiore ricambio generazionale.

Tab. 1 – Limitazioni

	2019	2020	2021	2022	2023	Diff. 2023 vs 2022	Diff. 2023 vs 2019	Diff. 2020 vs 2019	Diff. 2021 vs 2020	Diff. 2022 vs 2021	Diff. 2022 vs 2019
di cui: Personale con limitazioni alla movimentazione pazienti o carichi	968	1.072	1.467	1.683	1.658	-1%	71%	10,74%	37%	14,7%	74%
di cui: Personale con limitazioni psichiatriche, psicosociali, stress	62	96	101	118	138	17%	123%	54,84%	5%	16,8%	90%
di cui: Personale con limitazioni ai turni notturni o reperibilità	457	582	686	726	728	0%	59%	27,35%	18%	5,8%	59%
di cui: Personale con altre limitazioni al lavoro	609	728	866	823	754	-8%	24%	19,54%	19%	-5,0%	35%
TOT. LIMITAZIONI AL LAVORO	2.096	2.478	3.120	3.350	3.278	-2%	56%	18,23%	26%	7,4%	60%
Tot. dipendenti al 31/12	18.803	19.419	19.503	19.428	19.520	0%	4%	3,28%	0%	-0,4%	3%
Totale dipendenti SENZA LIMITAZIONI	16.707	16.941	16.383	16.078	16.242	1%	-3%	1,40%	-3%	-1,9%	-4%
% limitazioni su tot. dipendenti	11,1%	12,8%	16%	17,2%	16,8%						

Fonte: FIASO, Osservatorio sulle Politiche del Personale, 2024

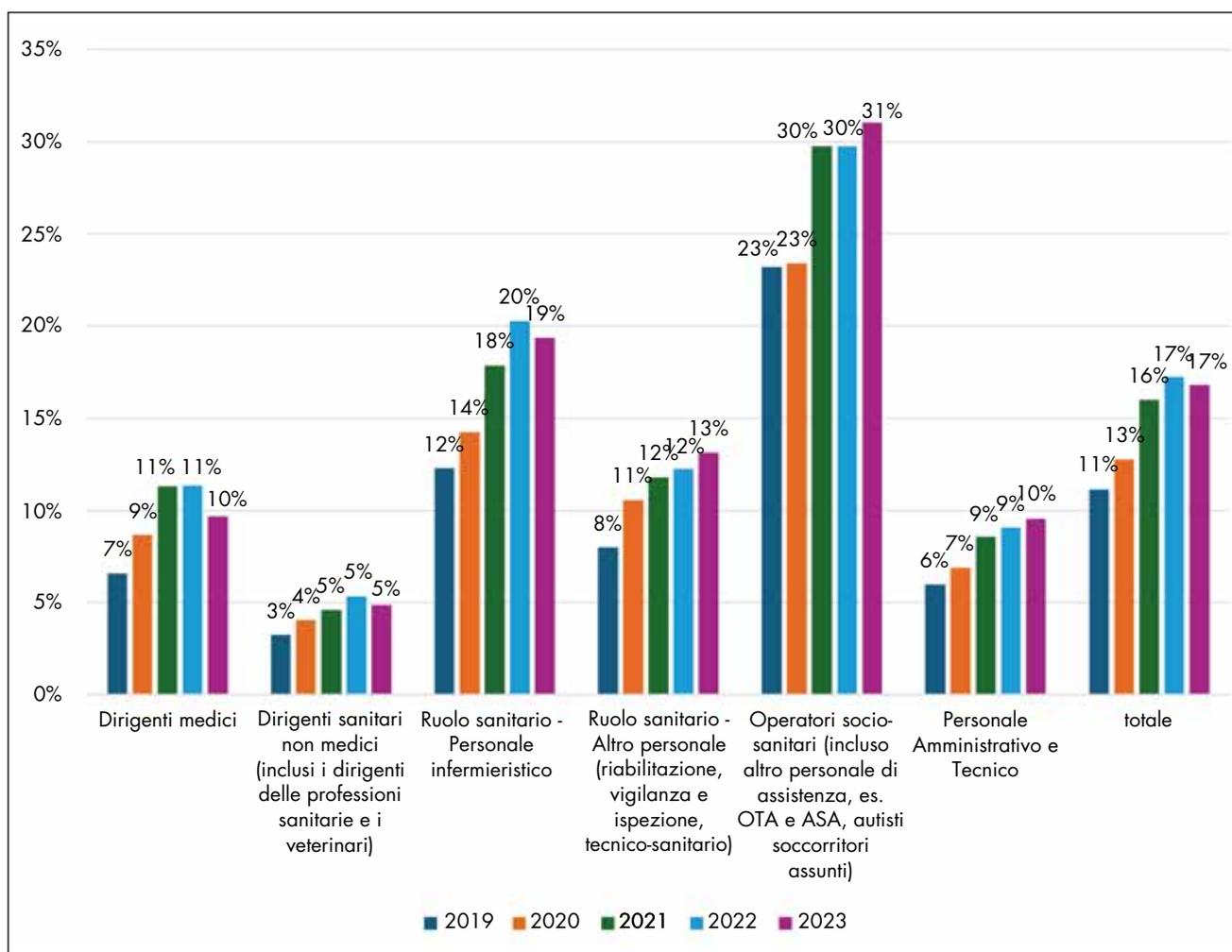


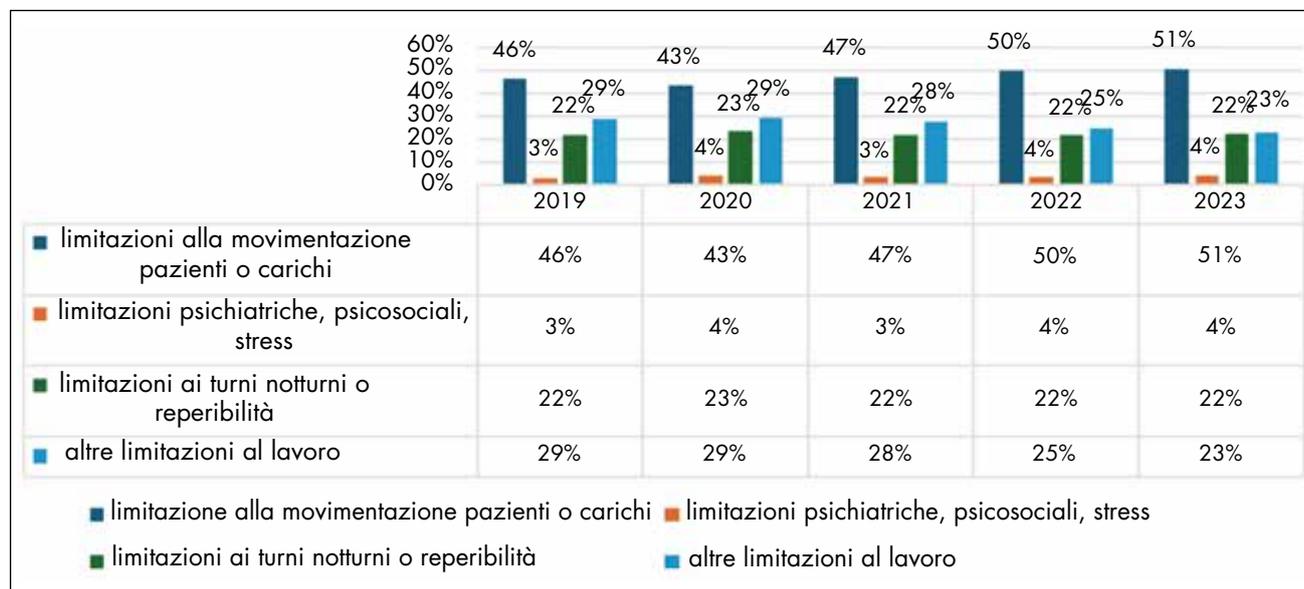
**Fig. 1**  
Dipendenti con limitazioni

Fonte: FIASO, Osservatorio sulle Politiche del Personale, 2024

**Fig. 2**  
Dipendenti con limitazioni, per profilo e in totale. 2019-2023

Fonte: FIASO, Osservatorio sulle Politiche del Personale, 2024





**Tab. 2**

Limitazioni. 2019-2023

Fonte: FIASO, Osservatorio sulle Politiche del Personale, 2024

Le altre categorie professionali mostrano trend in costante crescita e spicca, in particolare, il dato degli OSS, che presentano la percentuale maggiore di limitazioni al lavoro. Si tratta, infatti, di una popolazione lavorativa caratterizzata da un'età media piuttosto alta, dal momento che vengono assunti spesso in età già avanzata, provengono spesso da altre esperienze lavorative in comparti produttivi differenti e, in molti casi, presentano patologie, di frequente croniche, che hanno sviluppato nel percorso lavorativo precedente. A tutto questo si deve aggiungere che gli OSS svolgono le attività più gravose, ed effettuano più di tutti movimentazione dei pazienti e dei carichi nei reparti di assistenza.

Con riferimento, invece, alle tipologie di limitazioni, l'indagine ha distinto tra *movimentazione di pazienti e carichi*, *esonero dai turni di reperibilità o notturni*, e limitazioni relative a *fattori psicosociali, stress e psichiatriche*, raggruppando le restanti nella voce *Altro*.

La Tab. 2 conferma che la limitazione più frequente fa riferimento alla *movimentazione di pazienti e carichi*, che riguarda OSS e infermieri, figure professionali numericamente più presenti in Azienda. Questa limitazione emerge da tempo come uno dei problemi principali di gestione del rischio all'interno delle Aziende sanitarie. A seguito della valutazione dei rischi in molte Aziende sono stati attuati una serie di interventi migliorativi, con la modifica del layout dei reparti, la fornitura di tecnologie, come ausili per la movimentazione, interventi formativi per modificare i comportamenti e adottare tecniche di movimentazione corrette. Questi interventi hanno richiesto investimenti significativi di risorse economiche e professionali, con risultati, tuttavia, inferiori alle attese. L'esperienza sembra suggerire, inoltre, la necessità di rapporti di collaborazione più stretti tra i due attori principali per la prevenzione dei rischi, il Servizio Prevenzione e Protezione, responsabile

della stesura del *Documento di valutazione dei rischi* per conto del datore di lavoro e dell'individuazione delle misure di miglioramento, e il *Medico competente*, chiamato a partecipare alla valutazione dei rischi.

Seguono, in ordine di rilevanza, le *limitazioni alla reperibilità* e ai *turni notturni*, che interessano anche il personale medico, e che hanno un impatto significativo sulla organizzazione dei turni, richiedendo carichi di lavoro aggiuntivi al personale idoneo.

Un discorso a parte va fatto per le limitazioni collegate a *fattori psicosociali, di stress e psichiatrici*, che rappresentano un elemento particolarmente critico nelle Aziende sanitarie, e in aumento. L'attività clinico-assistenziale rappresenta un forte elemento stressogeno per molti soggetti che intraprendono le professioni sanitarie, come confermato da numerose ricerche negli ultimi anni (McVicar, 2003; Vijendren

et al., 2015). Recentemente, una ricerca<sup>1</sup> finanziata dall'Unione Europea ha analizzato questi aspetti, individuando possibili soluzioni. In particolare, sono stati identificati strumenti da utilizzare per ridurre gli esiti negativi sugli operatori, e per calcolare i benefici economici e organizzativi di questi interventi grazie alla prevenzione di malessere organizzativo, assenteismo ecc. Un'altra ricerca, attualmente in corso<sup>2</sup>, si concentra sul personale medico e infermieristico nel settore sanitario.

La Fig. 3 mostra la distribuzione delle limitazioni per classi di età. Come è facilmente intuibile, le classi di età con una percentuale maggiore di limitazioni sono quelle dai 51 ai 60 anni e

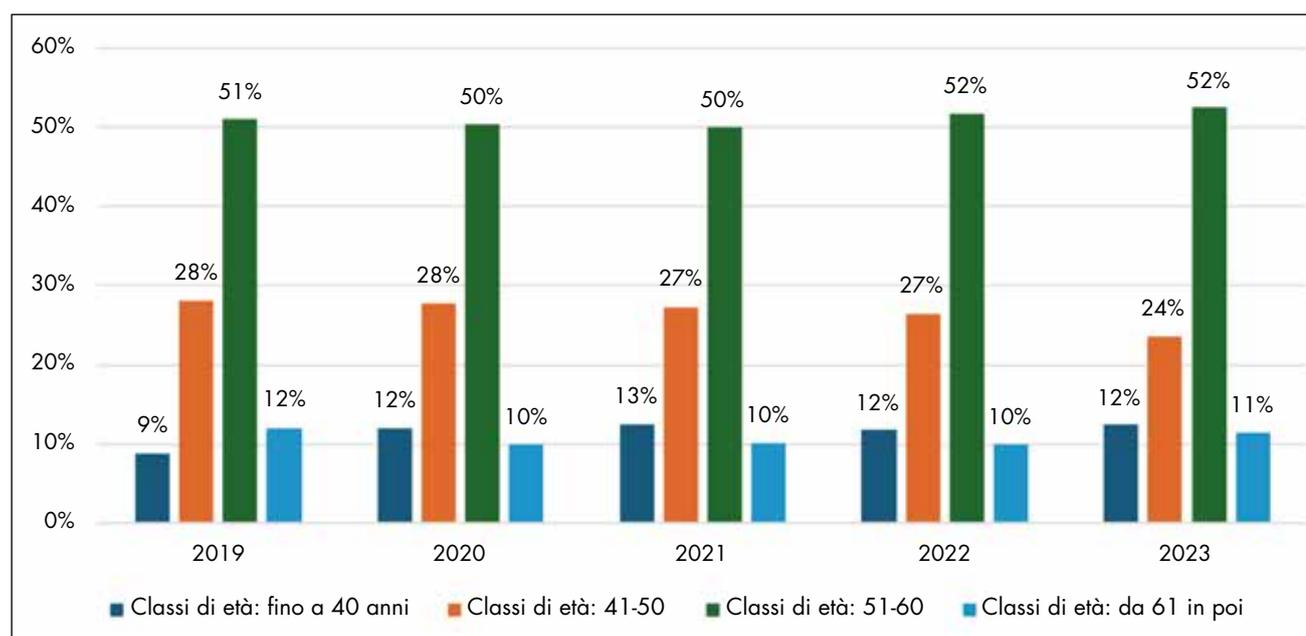
<sup>1</sup> H-WORK: Multilevel Interventions to Promote Mental Health in SMEs and Public Workplaces; <https://h-work.eu/>.

<sup>2</sup> APOLLO2028: Providing research-backed innovative solutions to improve the mental health, wellbeing, and capacity to be more resilient in changing environments of the healthcare workforce <https://apollo-2028.eu/>.

**Fig. 3**

Limitazioni. Suddivisione per classi di età. 2019-2023

Fonte: FIASO, Osservatorio sulle Politiche del Personale, 2024



dai 41 ai 50 anni. La classe di età over 61 ha poca rilevanza, a causa dei pensionamenti del personale delle professioni sanitarie. Degna di attenzione e di approfondimento è la classe di età fino a 40 anni, che ha una non trascurabile percentuale di limitazioni tra il 12 e 13%: si tratta di una popolazione giovane, per la quale l'insorgenza delle limitazioni andrebbe esplorata nei suoi determinanti.

#### 1.6. Alcune considerazioni

Il tema delle limitazioni, come anticipato, non è di facile lettura, né è semplice comprenderne le cause e identificare soluzioni. L'indagine, che ha sostanzialmente confermato il quadro emerso in rilevazioni precedenti, aggiornandolo con dati più recenti, consente tuttavia di mettere a fuoco alcune considerazioni rilevanti per la tutela della salute dei professionisti all'interno delle Aziende sanitarie.

Il concetto di salute sul luogo di lavoro è un bene tutelato dalla Costituzione e dalla normativa, che ha subito nel tempo continui aggiornamenti in relazione all'evoluzione delle conoscenze e ai contesti sociali di riferimento. Il D.Lgs. n. 81/08 definisce all'art. 2 la salute come uno "*stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non consistente solo in un'assenza di malattia o d'infermità*". Una definizione ampia, che apre a una discussione anche su quale sia il ruolo del sistema di prevenzione dei rischi e del *Medico competente*, e fin dove debba spingersi la tutela dei lavoratori. In taluni casi il sistema di prevenzione dei rischi nelle Aziende Sanitarie, non essendoci una definizione chiara del *rischio accettabile*, ha spinto la tutela degli operatori sanitari a livelli estremi, difficilmente sostenibili.

Con questi presupposti, negli ultimi anni si è aperta una discussione sulla necessità e opportunità di portare nella tutela dei lavoratori le misure di prevenzione, sia quelle previste dal *Documento di valutazione dei rischi* sia quelle derivanti dall'attività di *Sorveglianza sanitaria*, a un livello maggiore di quelle ritenute accettabili nella vita extralavorativa.

In base a quanto emerso dall'indagine e dalle considerazioni svolte, crediamo sia possibile suggerire alcune pratiche per la gestione consapevole ed efficace del fenomeno.

In primo luogo è necessario che le due figure principali della prevenzione sui rischi lavorativi oltre al datore di lavoro, il *Medico competente* e il *Servizio di Prevenzione e Protezione*, trovino forme di collaborazione funzionale su nuove basi. Spesso le due figure si muovono indipendentemente l'una dall'altra, mentre sarebbe necessaria una integrazione a partire dalla valutazione dei rischi e nella individuazione e predisposizione di azioni di miglioramento, comportamentali, tecnologiche e organizzative. Una collaborazione fattiva in tal senso potrebbe portare anche a una migliore definizione dei contenuti della visita di idoneità, in modo da renderla maggiormente legata allo specifico contesto di lavoro, e più funzionale a una eventuale ricollocazione del personale con limitazioni.

Un altro aspetto sul quale intervenire è l'implementazione di sistemi informatizzati di gestione dei dati sanitari riguardanti il personale, condivisi a livello regionale. La cartella sanitaria per il personale sarebbe un utile strumento per disporre di dati affidabili e uniformare i termini con i quali si definiscono le idoneità o le non idoneità al lavoro.

Le *limitazioni* ricadono anche e soprattutto sulla Gestione delle Risorse Umane. In questo ambito sarebbe auspicabile la creazione di un *percorso lavorativo* che tenga conto oltre che della carriera anche delle capacità lavorative e degli esiti della *Sorveglianza sanitaria*. Esperienze in questi termini sono state sviluppate in alcuni Paesi europei. Strutturare una ricollocazione pianificata in relazione al progredire dell'età lavorativa, tutelando gli sviluppi di carriera e utilizzando anche strumenti come il *Work Ability Index*, adottato in alcuni Paesi del Nord Europa, potrebbe rappresentare una ipotesi di lavoro interessante (Magnavita *et al.*, 2024). Analogamente, si potrebbe valutare l'introduzione di ruoli quali il *Disability Manager*, come è stato fatto in alcune realtà sanitarie nazionali (Della Porta, 2024).

Potrebbe rivelarsi particolarmente utile anche lavorare per sviluppare l'empowerment dei professionisti in sanità, tenuto conto delle fragilità o delle difficoltà a inserirsi pienamente che spesso manifestano e della necessità di utilizzare una pluralità di strumenti per scoraggiare comportamenti inappropriati, come l'individuazione nella *Sorveglianza sanitaria* di un potenziale mezzo per ottenere benefici in termini di riduzione dei carichi di lavoro o di esclusione dai turni lavorativi. Comportamenti, questi, che si manifestano spesso sottotraccia, ma emergono per esempio dal crescente numero di visite a richiesta al *Medico competente*. Ciò dovrebbe indurre, una volta di più, a una riflessione su quanto sia opportuno e necessario, anche a questo scopo, attuare politiche di promozione del benessere sul luogo di lavoro e su come queste possano avere

una relazione diretta almeno con una parte delle limitazioni al lavoro.

Infine, sarebbe opportuno che sia il SPP che il *Medico competente* assumano un ruolo e una responsabilità nella gestione e nelle scelte strategiche delle Aziende sanitarie. Troppo spesso queste due funzioni sembrano avere scarsa consapevolezza della rilevanza del proprio ruolo e sono percepite dalle direzioni come estranee all'organizzazione o causa di problemi. Un maggiore coinvolgimento qualificerebbe questi professionisti e aumenterebbe la loro consapevolezza sulle conseguenze negative che le loro scelte hanno per le Aziende.

## 2. Le assenze

Le assenze dal servizio rappresentano un altro forte condizionamento per l'organizzazione del lavoro nel SSN, la cui ricaduta è destinata a crescere alla luce dell'invecchiamento degli organici.

Il gruppo di lavoro dell'*Osservatorio sulle Politiche del Personale* ha condotto un'indagine finalizzata ad analizzare anche questo fenomeno. Anche in questo caso siamo di fronte all'esercizio di diritti fondamentali a tutela dei lavoratori, che vanno temperati con l'esigenza delle Aziende di garantire continuità e qualità della assistenza. D'altro canto, ancora una volta, si tratta di un fenomeno che può rappresentare il sintomo di un clima organizzativo deteriorato, o evidenziare comportamenti opportunistici.

Analisi sviluppate in passato (De Pietro e Sartirana, 2013) avevano fatto emergere, tra l'altro, una rilevante variabilità interregionale e una significativa prevalenza del fenomeno tra il personale del comparto e tra le dipendenti donne.

Hanno partecipato alla ricognizione sette Aziende sanitarie, cinque delle

quali territoriali una ospedaliera (Umbria), una ospedaliero-universitaria (Piemonte), concentrate nelle regioni del Centro-Nord del Paese, con un totale di circa 19.000 dipendenti. La rilevazione quantitativa della FIASO ha coinvolto dieci Aziende Sanitarie pubbliche, sei delle quali territoriali (2 del Piemonte, 2 della Lombardia, 1 dell'Emilia-Romagna, 1 della Toscana), una ospedaliera (Umbria), tre ospedaliero-universitarie (1 del Piemonte, 2 della Toscana), concentrate nelle regioni del Centro-Nord del Paese. Si tratta di Aziende di gran-

di dimensioni, all'interno delle quali sono occupati quasi 40.000 dipendenti, e che negli ultimi cinque anni hanno incrementato gli organici del 5%, reclutando nuovo personale prevalentemente giovane. Sono stati analizzati i dati del Conto Annuale su un arco temporale di cinque anni, dal 2019 al 2023.

La Tab. 3 riporta gli istituti previsti dai vigenti CCNL oggetto dell'indagine, considerando rispetto al macro-istituto una o più fattispecie specifiche ritenute particolarmente significative.

Il numero di giornate di assenza è

**Tab. 3** – Assenze: giustificativi indagati

**Totale Aspettative**

di cui:

- Aspettativa per Attività imprenditoriale
- Aspettativa per Motivi familiari
- Aspettativa per Incarico
- Aspettativa per Gravi motivi

**Totale Permessi**

di cui:

- Permesso Ore studio
- Permessi per Motivi personali e familiari

**Totale Legge 104**

**Totale Maternità**

di cui:

- Congedo parentale senza assegni anche a ore

**Totale Malattia**

di cui:

- Malattia
- Infortuni
- Malattia grave
- Terapia salvavita
- Malattia per causa di servizio
- Visite mediche (Art. 40 Dirigenza e art. 54 Comparto)

**Totale Distacco sindacale**

**Totale Sospensione (no Covid)**

**Totale Covid (no nel 2019)**

di cui:

- Assenti ingiustificati (green pass)
- Accertamento sanitario
- Sospesi
- Quarantena
- Congedo Covid retribuito
- Congedo Covid non retribuito

**Tab. 4** – Assenze

	2019	2020	2021	2022	2023	Diff. 2023 vs 2019
TOTALE DIPENDENTI	37.521	39.709	40.120	39.582	39.371	4,9%
TOTALE DIPENDENTI ASSENTI EQUIVALENTI	5.575	7.091	6.162	6.372	6.337	13,7%
% assenti	14,9%	17,9%	15,4%	16,1%	16,1%	

Fonte: FIASO, Osservatorio sulle Politiche del Personale, 2024

**Tab. 5** – Assenze per tipologia e andamento. 2019-2023

GIUSTIFICATIVI	2019	2020	2021	2022	2023	Diff. 2023 vs 2019
TOT. ASPETTATIVE (A)	395	410	361	364	417	5,6%
TOT. PERMESSI (B)	259	215	292	389	464	79,6%
TOT. LEGGE 104 (C)	737	801	782	844	940	27,5%
TOT. MATERNITÀ (D)	1.173	1.407	1.445	1.355	1.866	59,1%
TOT. MALATTIA (E)	2.985	3.847	2.999	2.868	2.614	-12,4%
TOT. DISTACCO SINDACALE (F)	13	9	9	9	12	-7,9%
TOT. SOSPENSIONE (no Covid) (G)	13	11	35	35	10	-22,5%
TOT. COVID (H)	-	389	240	507	12	-
TOTALE (A+B+C+D+E+F+G+H)	5.575	7.091	6.162	6.372	6.337	13,7%

Fonte: FIASO, Osservatorio sulle Politiche del Personale, 2024

stato ricondotto, quindi, a un numero equivalente di operatori assenti<sup>3</sup>.

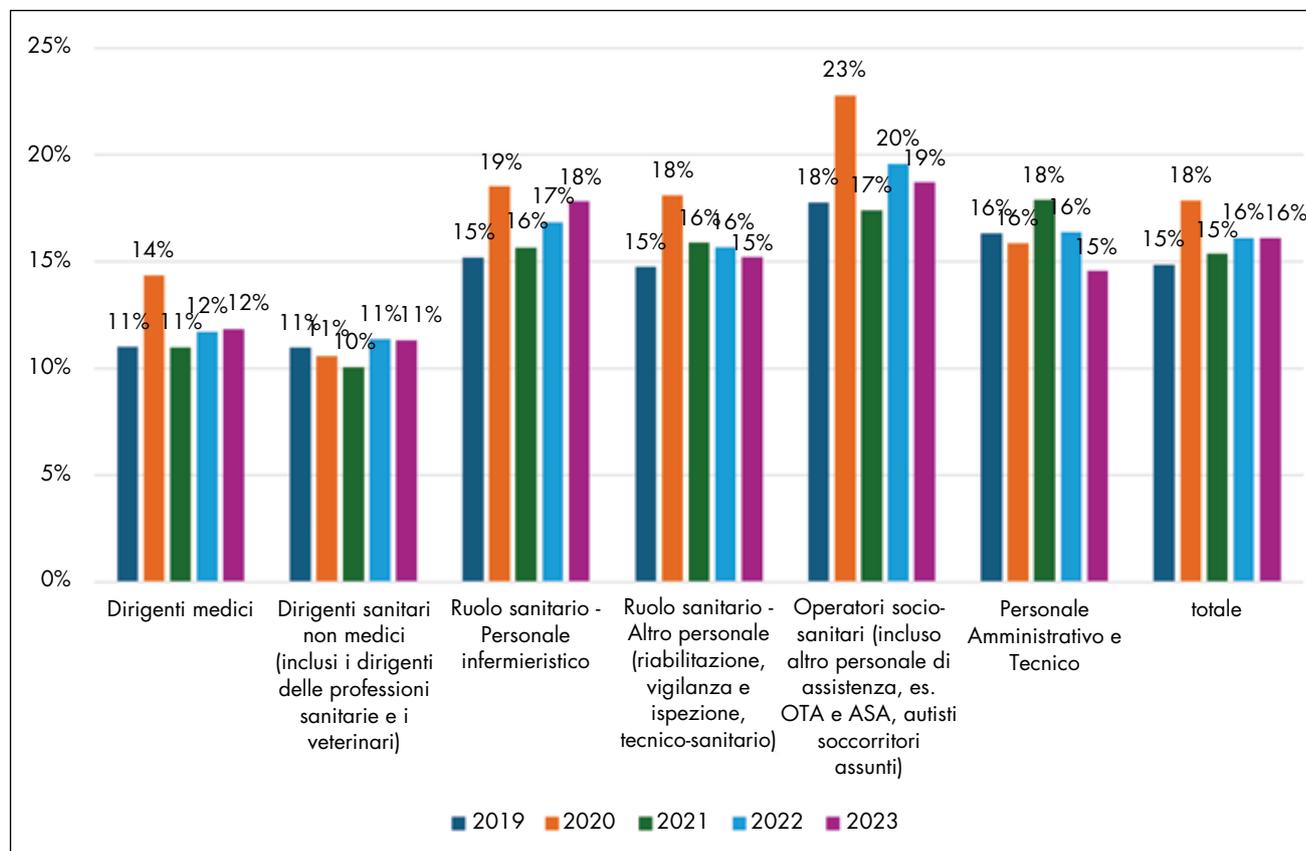
La Tab. 4, frutto della elaborazione dei dati raccolti, riporta, per ciascuna delle annualità esaminate, la percentuale delle assenze rispetto al totale dei dipendenti.

Osservando la tabella e considerando la peculiarità del 2020, emerge l'incremento fatto registrare dalle assenze dal 2021 al 2023. Si è ritenuto, pertanto, di approfondirne le tipologie di assenza.

<sup>3</sup> Per il comparto ogni giornata è stata considerata pari a 7,2 ore di lavoro, per la dirigenza a 7,6 ore di lavoro. Il totale delle ore è stato diviso per il numero di ore lavorate nel corso dell'anno da un operatore, pari a 1450 per il comparto e a 1560 per la dirigenza (cfr. Decreto MEF e Ministero Salute 24/01/2023, Adozione della metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale del SSN).

Dalla analisi della tabella si riscontra, in particolare, un aumento delle assenze per:

- aspettative;
- permessi, soprattutto per motivi personali o familiari, verosimilmente dovuti ai nuovi CCNL (es.: art. 51 CCNL 15 giugno 2022, Area del comparto);
- Legge n. 104/92, a causa del progressivo invecchiamento della popolazione;
- maternità, dato rilevante e in controtendenza rispetto alla riduzione della natalità complessiva, ma probabilmente motivato dall'aumento del personale giovane conseguente alle assunzioni degli ultimi anni.



**Fig. 4**

Assenze Dipendenti assenti per profilo. 2019-2023

Fonte: FIASO, Osservatorio sulle Politiche del Personale, 2024

La Fig. 4 mostra come varia la quota di personale assente per profili di inquadramento, rapportandola al totale dei dipendenti appartenenti al profilo.

Si conferma che i profili maggiormente colpiti risultano appartenere all'area del comparto e, in particolare, al personale OSS, che in ciascuno degli anni del quinquennio fa registrare la percentuale più elevata.

Le assenze diffuse e la discontinuità delle presenze, a causa dei permessi a vario titolo, gravano il personale in servizio di un carico di lavoro ulteriore e incidono sull'efficienza del sistema. L'impatto delle assenze è particolarmente grave in ambito sanitario. All'interno dei reparti le assenze improvvise determinano aggravio di lavoro per i

colleghi, comportano lo spostamento di personale da un reparto all'altro per consentire lo svolgimento del servizio o, peggio, costringono al rientro in servizio persone che sono a riposo.

Questi fenomeni sono anche all'origine di tensioni all'interno dei gruppi, di disaffezione al lavoro, litigiosità e fenomeni di assenteismo, oltre che rappresentare un fattore che concorre alla fuga dalla professione, forse ancor più degli aspetti economici.

Nel settore amministrativo, invece, le assenze determinano rallentamenti degli adempimenti procedurali e, a volte, inefficienze del sistema, quando la persona assente è l'unica depositaria delle conoscenze relative a un processo o a una pratica.

Un possibile intervento aziendale per contribuire a ridimensionare il fenomeno potrebbe essere il riconoscimento di alcune indennità in modo più strettamente correlato alla presenza in servizio. Più in generale, è però importante che le Aziende riescano a creare un ambiente di lavoro stimolante e motivante. Ciò implica, tra l'altro, fornire incentivi adeguati ai dipendenti, favorire un equilibrio sostenibile tra vita professionale e familiare e monitorare con attenzione il clima organizzativo. In questo contesto, la gestione della mobilità interna dovrebbe essere concepita non come un'eccezione su richiesta del dipendente, ma piuttosto come una pratica ordinaria di gestione aziendale. Un approccio proattivo alla mobilità potrebbe favorire la diffusione delle conoscenze, il mantenimento della motivazione individuale, la valorizzazione delle competenze e l'emersione di nuovi talenti all'interno dell'organizzazione, oltre che ridurre l'assenteismo.

Interventi specifici potrebbero poi essere introdotti per una gestione proattiva delle assenze, come per esempio favorire momenti di *benchmarking* e *benchlearning* tra Aziende e tra articolazioni aziendali; istituire colloqui da svolgere al termine di assenze che rientrino in specifiche categorie di motivazione e durata; definire misure personalizzate per rispondere a esigenze specifiche del dipendente come, per esempio, la partecipazione a corsi di formazione al di fuori dell'orario di servizio o la gestione di situazioni familiari legate alla malattia di un parente (De Pietro e Sartirana, 2013).

### 3. Conclusioni

L'indagine ha messo in evidenza come una quota parte rilevante del

personale non sia a disposizione per periodi più o meno prolungati e per svolgere appieno le proprie mansioni lavorative. È necessario individuare, a livello di sistema, soluzioni per evitare che la tutela dei lavoratori garantita dall'ordinamento riduca sensibilmente la capacità delle aziende del SSN di dare risposte di salute adeguate ai cittadini. Il tema si presenta di non facile approccio e misure per contenere il fenomeno non sono di semplice attuazione, ma va affrontato con una visione globale e deve vedere la collaborazione di tutti gli attori coinvolti che, in modo diretto o indiretto, incidono sulla gestione del personale.

Soprattutto, con riferimento al tema delle limitazioni, si deve rilevare ancora una volta la scarsa disponibilità di dati dovuta all'assenza di flussi informativi e di metriche condivise, che rendono difficoltose se non impossibili analisi sistematiche e la definizione di strategie efficaci di intervento. Alcune Regioni hanno avviato iniziative per uniformare strumenti e orientamenti e introdurre percorsi di *benchmarking*, anche favorendo tavoli di coordinamento interaziendali tra *Medici competenti* e RSPP, ma molto rimane ancora da fare.

È bene sottolineare, ancora una volta, che nella gestione di assenze e inidoneità gioca un ruolo significativo il miglioramento degli ambienti di lavoro e un'adeguata considerazione dei fabbisogni specifici del personale, in particolare quello più anziano. Sistemi gestionali orientati a stimolare la motivazione, valorizzare le competenze e ridurre i rischi lavorativi possono contribuire a prevenire questi fenomeni. Ciò chiama in causa non solo i *Medici competenti* e gli altri attori della gestio-

ne del rischio, e la loro collaborazione con i datori di lavoro (*in primis* le Direzioni delle professioni sanitarie), ma anche le Direzioni del Personale,

che devono giocare un ruolo chiave nella gestione delle risorse umane, e non limitarsi ad attività di natura prevalentemente amministrativa.

## BIBLIOGRAFIA

CIIP, Consulta Interassociativa Italiana per la Prevenzione, *Primo Documento di Consenso sulla Sorveglianza Sanitaria*, 2020.

Della Porta D. (2024). Ecco come il Disability Manager può incidere positivamente in un'azienda sanitaria. *Quotidiano Sanità*, 9 ottobre.

De Pietro C., Pacileo G., Pirazzoli A., Sartirana M. (2017). *Inidoneità e idoneità parziali alla mansione specifica del personale SSN: stato dell'arte e proposte di policy*: Milano: Egea.

De Pietro C., Apostoli P., Pacileo G., Pirazzoli A., Sartirana M. (2016). Inidoneità e idoneità parziali alla mansione specifica del personale SSN: rilevanza e gestione organizzativa del fenomeno. *Mecosan*, 97: 9-29.

De Pietro C., Sartirana M. Gestione del personale SSN tra fisiologia e patologia: assenze, permessi ex legge 104/92 e inidoneità alla mansione. *Rapporto OASI 2013*. Milano: Egea.

Magnavita N. *et al.* (2024). The Work Ability Index

(WAI) in the Healthcare Sector: A Cross-Sectional/Retrospective Assessment of the Questionnaire. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, Mar 15; 21(3): 349.

Maricchio R. *et al.* (2013). Invecchiamento dei professionisti sanitari ed inidoneità al lavoro: uno studio osservazionale. *Rivista dell'infermiere*, 1.

McVicar A. (2003). Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44: 633-642.

Riva M. A., Carnevale F. (2017). Da dove nasce il termine medico competente?. *Med. Lav.*, 108(6): 487-490.

Vijendren A., Yung M., Sanchez J. (2015). Occupational health issues amongst UK doctors: a literature review. *Occupational Medicine*, 65(7), October, pp. 519-528.

WHO (2022). *Health and care workforce in Europe: time to act*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.