

Nicola Magnavita

IL GIUDIZIO DI IDONEITA'

Esperienze dei medici competenti

A cura di Nicola Magnavita



EPC LIBRI

INDICE GENERALE

Prefazione 9

CAPITOLO 1

**SORVEGLIANZA SANITARIA
E GIUDIZIO DI IDONEITÀ 11**

CAPITOLO 2

**IDONEO NELLA MISURA IN CUI.
Indicazioni didattiche dall'analisi
degli giudizi di idoneità 13**

2.1 Lavoratori con problemi psicosociali 14
2.2 Un lavoratore con tanti traumi 15
2.3 L'ausiliario che amava il canto 19
2.4 Un medico mancato 26
2.5 La ragioniera ansiosa 29
2.6 L'infermiera indistruttibile 33
2.7 Un caso di mobbing? 36
2.8 Un autista con angioma 41
2.9 L'operatore ansioso 44

2.10	Movimentazione manuale dei carichi	49
2.11	Una infermiera con protrusioni discali	51
2.12	Una giovane ausiliaria	55
2.13	La moltiplicazione delle malattie professionali	60
2.14	Una infermiera polacca	63
2.15	Una ostetrica con cervicalgie	65
2.16	Una infermiera con irregolarità mestruali	67
2.17	Un medico diabetico	69

CAPITOLO 3

LA SORVEGLIANZA SANITARIA nelle aziende sanitarie alla luce del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.	73
---	-----------

CAPITOLO 4

IL GIUDIZIO DI IDONEITA': esperienze e problematiche	83
---	-----------

CAPITOLO 5

LA GESTIONE INTEGRATA DELLA SAFETY OCCUPAZIONALE NELLE STRUTTURE SANITARIE	91
---	-----------

5.1	Il valore della Safety nei processi di trasformazione delle organizzazioni aziendali	93
-----	---	----

5.2	Il Risk Management e il Sistema di Gestione della Salute e della Sicurezza del Lavoro nelle strutture ospedaliere	97
5.3	L'esperienza dell' IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù	103
5.4	Conclusioni	105
5.5	Riferimenti bibliografici	106

CAPITOLO 6

L'IDONEITA' AL LAVORO: PROBLEMATICHE MEDICO-LEGALI	107
---	------------

CAPITOLO 7

IL COLLOCAMENTO LAVORATIVO DEI DISABILI: importanza della interazione tra medico legale e medico competente	113
--	------------

CAPITOLO 8

RATIONALE DELLE MISURE DI "SORVEGLIANZA SANITARIA" nei lavoratori delle strutture ospedaliere	119
--	------------

8.1	Premesse.....	119
8.2	Definizione dell'esposizione, quadro normativo, misure di tutela	120
8.3	Scelte operative proposte per la sorveglianza sanitaria	

	dei lavoratori dell'Azienda Policlinico "Umberto I" di Roma	130
8.4	Ricorso avverso il giudizio del medico competente	139
8.5	Considerazioni conclusive	140
8.6	Principale bibliografia di riferimento.....	140

CAPITOLO 9

CRITERI PER LA FORMULAZIONE

DEI GIUDIZI DI IDONEITA' 147

9.1	Principi Generali	148
9.2	Aspetti specifici: lavoro notturno.....	151
9.3	Reperibilità e spostamenti.....	153
9.4	Durata dei turni di lavoro	154
9.5	Lavoro a terminale video	155
9.6	Movimentazione manuale carichi, posture e movimenti ripetitivi	157
9.7	Rischio biologico	159
9.8	Lavoratori diversamente abili.....	161
9.9	Rischio chimico. Rischio cancerogeno.	162
9.10	Rischio radiologico	162
9.11	Lavoratrici in gravidanza e allattamento.....	162

CAPITOLO 10

ESPERIENZE DI PEER-REVIEW TRA MEDICI

COMPETENTI ED ORGANO DI VIGILANZA 163

10.1 Sorveglianza sanitaria dei lavoratori effettuata dal medico competente: ambito di applicazione	164
10.2 Sorveglianza sanitaria per il lavoro notturno	170
10.3 Sorveglianza sanitaria per il rischio biologico	173
10.4 Movimentazione manuale dei pazienti valutazione del rischio e misure di tutela	184
10.5 Alcol e problemi alcol correlati	188

CAPITOLO 11

RIPENSARE IL SIGNIFICATO

DEL GIUDIZIO DI IDONEITA'	199
--	-----

PREFAZIONE

Nel gennaio 2010, alle Aziende sanitarie del Lazio è stata inoltrata una nota riguardante una serie di indirizzi finalizzati al piano di rientro dal deficit. Fra questi, la "Verifica delle situazioni di esercizio di fatto di mansioni non corrispondenti alle qualifiche di appartenenza e restituzione, sussistendone le condizioni, dei dipendenti interessati allo svolgimento dei compiti propri del profilo professionale per il quale sono stati assunti... Nelle ipotesi di acclarata parziale inidoneità alle proprie mansioni nell'ambito delle strutture di appartenenza, in particolare in ambito ospedaliero (inidoneità a turni notturni, a mobilitazione di pazienti, ecc.) saranno attivati processi di mobilità, anche interaziendale, verso attività compatibili".

Se ve ne fosse bisogno, basterebbe questa nota a rendere chiara la rilevanza dell'argomento trattato in questo volume. Il giudizio di idoneità per i lavoratori delle aziende sanitarie viene percepito addirittura come un potenziale ostacolo al rientro del deficit sanitario. Se l'esagerazione implicita in tale posizione può far sorridere, è innegabile che una cattiva gestione del servizio di sorveglianza sanitaria possa arrecare all'azienda danni significativi.

Come cultori della materia, siamo naturalmente interessati al mantenimento della migliore qualità del servizio, così come siamo certi del fatto che alle attività di sorveglianza sanitaria debbano essere riservati, in ambito aziendale, mezzi e strumenti adeguati ed il sostegno indispensabile per il raggiungimento degli obiettivi di ri-progettazione ergonomica, promozione della salute e gestione dei problemi di salute e sicurezza per il quale essi sono nati.

Ci auguriamo che questo volume, scaturito dall'attività del neonato Coordinamento dei medici competenti, possa essere un primo contributo in tale direzione.

Antonio Bergamaschi

CAPITOLO 1

SORVEGLIANZA SANITARIA E GIUDIZIO DI IDONEITÀ

di Nicola Magnavita

Tra i molti aspetti dell'attività del medico competente, il giudizio di idoneità è probabilmente quello che attrae la maggiore attenzione, anche se è dubbio che esso sia il momento più importante.

In realtà, il giudizio è solo la conclusione dell'attività del medico competente e, come tale, risente in modo determinante dal complesso delle azioni che il medico stesso ha messo in atto ai fini della prevenzione e promozione della salute lavorativa. In questa prospettiva, non esistono idoneità difficili, ma solo rischi mal gestiti.

Il Coordinamento dei medici competenti della Regione Lazio, nato per iniziativa del prof. Antonio Bergamaschi, Direttore dell'Istituto di Medicina del Lavoro dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, ha dedicato il suo primo Convegno al giudizio di idoneità espresso in ambito sanitario.

La sanità è per molti aspetti un settore lavorativo particolarmente critico: per l'elevata e diffusa presenza di rischi professionali, la povertà di risorse, la rigida gerarchizzazione, la presenza di pesanti condizionamenti esterni. Il medico competente che opera in tale contesto abbisogna di conoscenze aggiornate, strumenti operativi efficaci, procedure efficienti, ma soprattutto di confrontare le proprie esperienze con altri colleghi e di ottenere il giusto grado di sostegno sociale. Per rispondere a queste esigenze è nato il Coordinamento, un organismo aperto ai contributi di quanti intendono apportare conoscenze ed esperienze, che si propone di confrontare e verificare i numerosi aspetti critici dell'attività di medico competente nelle strutture sanitarie. L'attività del gruppo si svolgerà sempre nel rispetto dell'autonomia professionale dei medici. Le esperienze e procedure saranno proposte, mai adottate come vincoli o norme

di comportamento. Non appare difatti utile un ulteriore aumento della burocrazia e delle indicazioni non sostenute da evidenza scientifica.

Il primo incontro del gruppo, che si è tenuto al Policlinico Agostino Gemelli di Roma il 15 giugno 2009, ha registrato le esperienze di sorveglianza sanitaria di numerose Aziende sanitarie della Regione. La diversità dei criteri di valutazione e delle procedure adottate rende ragione della stridente differenza di prevalenza delle limitazioni e prescrizioni espresse in sede di visita periodica, che vanno da meno del 3% ad oltre il 20% della popolazione nello stesso ambito regionale.

A complicare il quadro, si aggiunge la sovrapposizione e, non di rado, l'incongruenza dei giudizi espressi con finalità medico legali da organismi collegiali. Non sono purtroppo rari i casi di incompatibilità tra i due tipi di giudizio, quello espresso dal medico competente e quello del medico legale.

La soluzione per il medico competente va ricercata nello sviluppo e applicazione del sistema di qualità, e nell'elaborazione di linee-guida per i giudizi di idoneità.

Occorre però soprattutto ripensare il significato del giudizio di idoneità, in un sistema che conserva ancora relitti giuridici di una inappropriata tutela privilegiata, come la "causa di servizio", istituita col R.D. 21/2/1895 per sanare le ferite e infermità contratte a cagione del processo risorgimentale di unità nazionale e incongruamente applicata oggi al contesto del lavoro ospedaliero, in flagrante contrasto con le normative europee che rigettano l'idea di un ambiente di lavoro imm modificabile e nocivo ed esigono di destinare tutte le risorse disponibili ad un processo partecipativo di miglioramento e trasformazione. Al di fuori di questo processo il medico competente è solo un Grande Disidoneatore, che agisce spesso solo su diretta domanda dell'interessato. Viceversa egli ha il compito di migliorare la qualità della vita di lavoro, con la continua revisione delle procedure di valutazione, di sorveglianza, di educazione e comunicazione del rischio. In altre parole, egli deve partecipare attivamente alla gestione del rischio.

Si richiede che l'Ente locale riconosca e valorizzi questo compito e in particolare comprenda che il riscontro di un elevato tasso di limitazioni nella popolazione ospedaliera non è un indicatore di disabilità né tantomeno un indicatore di qualità in base al quale erogare nuove risorse finanziarie, ma semmai un indicatore di inefficienza nella gestione dei rischi da lavoro, per il quale attivare azioni ispettive.

La sorveglianza sanitaria nelle strutture sanitarie deve fare tesoro dell'esperienza plurisecolare della medicina del lavoro. Ci si augura che questo lavoro possa contribuire a sviluppare le proposte utili per un miglioramento nella gestione del rischio e nella soluzione dei problemi lavorativi nelle attività ospedaliere.

IDONEO NELLA MISURA IN CUI. Indicazioni didattiche dall'analisi degli giudizi di idoneità

di Nicola Magnavita

La formazione di uno specialista in medicina del lavoro comprende, oltre alle indispensabili nozioni teoriche, l'acquisizione di competenze pratiche e relazionali che consentano di confrontarsi con situazioni in continua evoluzione, quali quelle che si presentano nel mondo del lavoro.

Per realizzare tale obiettivo, la formazione teorica sui temi generali deve essere integrata da capacità di sintesi ed esposizione, nonché da analisi critiche di temi specifici.

Nella nostra scuola di specializzazione in Medicina del Lavoro, gli specializzandi sono invitati a confrontarsi con problemi reali che si pongono nel corso dell'attività dei medici competenti, nel corso di incontri a carattere seminariale, al quale partecipano specialisti più anziani.

Lo schema di ciascun seminario è abbastanza elementare. Lo specializzando affronta un tema di medicina del lavoro e prepara su tale argomento una lezione accademica tradizionale. Il tutor interviene al termine della presentazione, presentando un caso in qualche misura attinente al tema affrontato, così da stimolare un dibattito che verta sia sugli aspetti generali trattati nella lezione, sia sulle modalità pratiche di gestione del caso specifico.

Non di rado il caso presentato è un giudizio di idoneità con particolari motivi di interesse e criticità. In altre parole, quello che viene spesso indicato come un caso di "idoneità difficile". In realtà è possibile osservare che non esistono idoneità difficili, ma problemi di salute e sicurezza mal gestiti. Ragionando sul singolo caso a mente fredda e confrontando nel dibattito le varie possibili opzioni

gli specializzandi sono in grado di proporre un percorso alternativo a quello seguito da medici competenti di provata esperienza, e spesso tale percorso appare più aderente all'evidenza scientifica.

Le critiche formulate non devono essere intese, naturalmente, come censura dell'operato di chi, agendo sotto pressione di tempo e senza confronto di opinioni, ha adottato un percorso non sostanziato da evidenza scientifica, ma come riflessioni sulla procedura che offre le migliori garanzie di efficacia.

I casi qui riportati rappresentano una piccola parte di quelli discussi e si riferiscono solo a due categorie di rischio, particolarmente presenti in ambito sanitario: i problemi psicosociali ed il lavoro di movimentazione manuale dei pazienti.

Le soluzioni prospettate non pretendono di essere in assoluto le migliori, tuttavia esse emergono da un confronto, spesso serrato, di opinioni, e potrebbero quindi rappresentare quella che, secondo la maggioranza degli specialisti (e specializzandi) rappresenta una buona pratica.

2.1 Lavoratori con problemi psicosociali

La gestione dei lavoratori con problemi psichici o psicosociali è indubbiamente uno dei momenti più impegnativi per il medico competente. Due tipi di atteggiamento possono risultare egualmente svantaggiosi per una corretta gestione del problema: la sottovalutazione del problema, che preserva il medico da un lavoro impegnativo e non privo di rischi, ma rinuncia di fatto a controllare l'evoluzione della condizione di rischio; e l'enfaticizzazione, che determina invariabilmente atteggiamenti discriminatori verso il lavoratore malato.

Per tutelare la salute dei lavoratori malati, i loro diritti civili e la salute e sicurezza dei terzi si è costituito nel 1999 un gruppo di studio sui Lavoratori Rischiosi per gli Altri (La.R.A.), che ha prodotto, tra l'altro, alcune pubblicazioni specificamente inerenti i lavoratori della sanità ⁽¹⁾.

1. Magnavita N, Cirese V, De Lorenzo G, et al. Documento di consenso. Idoneità al lavoro e salute pubblica nei lavoratori ospedalieri. *Med Lav*, 2001, 92: 295-306

Magnavita N, Bevilacqua L, Cirese V, et al. Buone pratiche per la gestione dei lavoratori rischiosi per gli altri. Comunicazione al 65° Congresso Nazionale SIMLII, Messina-Giardini Naxos 11-14 settembre 2002

Magnavita N. Sorveglianza sanitaria nei lavoratori della sanità con patologia neurologica, psichiatrica o comportamenti addittivi. *Med Lav*. 2005; 96,6: 496-506

Magnavita N, Cicerone M, Cirese V, et al. Aspetti critici della gestione dei "lavoratori rischiosi" nei servizi sanitari. Documento di Consenso. *Med Lav* 2006; 97,5: 715-725

2.2 Un lavoratore con tanti traumi

Ausiliario, maschio, nato nel 1958. Ha lavorato dall'82 presso ditte esterne appaltatrici di lavori di pulizia e dal 1994 è addetto al servizio centralizzato pulizie dell'ospedale.

Alla prima visita, effettuata su sua richiesta il 22/10/02, riferisce episodi bronchitici, gastroduodenite, noduli tiroidei, lombalgia da un anno, recente trauma cranico in autobus 18/5/02, altro trauma il 15/10/02 con contusione frontale, successive vertigini e cefalea. Il giudizio del Medico Competente (A): "può lavorare solo nei settori meno gravosi", da rivedere tra un mese. Al controllo effettuato il 10/1/03 il medico (A) conferma la limitazione, ed eleva la periodicità a sei mesi.

Seguono numerosi accessi a vari PS per contusione emicostato, fianco dx, ginocchio, e altri motivi, dei quali il lavoratore conserva ed esibisce la documentazione.

Il 26/3/04 un altro medico competente (B) lo ritiene idoneo, con periodicità a due anni. Da agosto 2004 viene addetto alle pulizie in un settore preciso e limitato dell'ospedale.

Si presenta per visite a richiesta in innumerevoli occasioni (29/9/04, 16/2/05, 13/4/05, 5/7/05, 24/10/05, 13/1/06, 9/5/06), viene sempre ritenuto idoneo dai medici competenti (B) e (C), i quali gli consigliano di ricorrere a "sostegno psicologico" presso il servizio sanitario nazionale.

All'ennesima visita a richiesta, l'11/8/06 il medico competente (D) chiede valutazione psichiatrica, che il lavoratore rifiuta; è comunque dichiarato idoneo, con periodicità a due anni.

Il lavoratore chiede nuova visita l'11/10/06, ma una volta convocato per la visita rinuncia ad eseguirla. In data 11/1/07 dichiara di essere stato costretto a rinunciare alla visita per non sottoporsi a valutazione psichiatrica, e rinnova la richiesta di visita. Il 2/2/07 tale visita è eseguita da un altro medico competente (E). Il lavoratore riferisce di essere stato offeso dai colleghi di lavoro, che avrebbero affisso un manifestino nel quale ha ritenuto ci fosse un riferimento a lui, anche se non c'era il suo nome; altre volte per scherzo gli danno delle pacche o un cazzotto sul braccio, senza sapere che lui è malato, o urtano la sua borsa, magari per caso; pensa che dietro tutte queste azioni, svolte da una minoranza, ci sia un disegno strategico da parte di una persona che li coordina e che ce l'ha con lui. Esibisce certificazioni relative a numerosissimi accessi ai PS di vari ospe-

dali romani, per traumatismi di lievissima entità, congiuntivite, carie; riferisce che alcuni traumi sono dovuti al suo stato di agitazione.

Gli viene esposta la necessità di ottenere un sostegno psicologico presso i servizi territoriali, per rispondere a due precise esigenze: accentuata fragilità (frequenti infortuni, qualche volta dovuti a stati di agitazione) e persecuzione-riferimento.

Si invia al CSM territorialmente competente.

E' ritenuto idoneo. Il medico competente (E) si mette in contatto con il CSM per verificare l'avvenuto contatto e la successiva evoluzione diagnostico/terapeutica. Prende inoltre contatto con il preposto sul luogo di lavoro per accertare l'assenza di problemi per i terzi derivanti dalle condizioni del lavoratore.

Commento

Il lavoratore presenta rilevanti problemi psichiatrici. Senza voler formulare una diagnosi precisa, che evidentemente richiede competenze specialistiche, si potrebbe ipotizzare la presenza di un quadro psicotico. Gli spunti persecutori sono emersi nella visita più recente. Tuttavia si può osservare che sin dalla prima visita l'anamnesi indicava elementi di allarme, come l'abnorme frequenza di incidenti, la segnalazione di disturbi relativi a numerosi organi e apparati e la ricerca compulsiva di cure mediche.

Ci si potrebbe chiedere se tale situazione fosse antecedente al 2002, data della prima visita effettuata. E' certo che la visita di assunzione del 1994, presumibilmente eseguita da un ente pubblico e finalizzata a definire l'idoneità generica a lavoro, non è valsa a rilevare niente di anormale. La mancanza di efficacia delle visite medico-legali per il rilascio del certificato di sana e robusta costituzione è un argomento noto da tempo, che ha raccolto importanti sostegni scientifici⁽²⁾ ed ha raggiunto l'obiettivo dell'abolizione del certificato di sana e robusta costituzione. Non si è purtroppo giunti a modificare la normativa relativa al pubblico impiego, che condiziona l'assunzione a questo tipo di accertamenti sanitari, che si sono rivelati, ancora una volta, inutili.

Il lavoratore risulta essersi presentato a visita spontaneamente per la prima

2. Si veda, al proposito, l'evidenza raccolta dal Centro nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, EpiCentro, <http://www.epicentro.iss.it/>
http://www.epicentro.iss.it/discussioni/obsolete/sem_amministr.asp

volta circa otto anni dopo l'assunzione. Il fatto che egli non fosse inserito in un programma di sorveglianza sanitaria starebbe ad indicare che la valutazione dei rischi non aveva evidenziato nessun rischio professionale nell'attività lavorativa da lui svolta.

Tuttavia, dopo la prima visita a richiesta, tutti i medici competenti esprimono giudizi di idoneità con una precisa scadenza, il che indica che essi assumono l'esistenza di rischi professionali ed inseriscono quindi il lavoratore in un programma di sorveglianza sanitaria. Tali rischi, peraltro, non sono indicati nella cartella sanitaria in occasione della visita.

Il medico competente A che visita il lavoratore su richiesta esprime una limitazione e stabilisce un periodo molto breve (un mese) per la rivalutazione del lavoratore. Il lavoratore viene di fatto visitato circa tre mesi dopo. Nella prima visita non è indicato nessun accertamento specifico, per cui è da ritenere che il medico competente abbia, nella seconda visita, gli stessi elementi che aveva la volta precedente. Il giudizio espresso, di fatto, non cambia: "può lavorare solo nei settori meno gravosi", "da rivedere tra sei mesi". Il lavoratore, di fatto, viene sottoposto a nuova visita, da parte di un altro medico, solo 14 mesi dopo. Nel frattempo, va incontro ad un numero assai elevato di incidenti e infortuni.

Non è chiaro se il ritardo nell'esecuzione delle visite prescritte sia dovuto a inattenzione del datore di lavoro, o a scarsa efficienza del servizio di sorveglianza sanitaria. Il comportamento risultante potrebbe essere considerato imprudente perché il lavoratore continua ad essere esposto a rischi professionali non valutati, senza che siano messe in atto le misure preventive necessarie.

Un diverso profilo di responsabilità potrebbe coinvolgere il datore di lavoro per non avere preventivamente valutato i rischi professionali cui il lavoratore era esposto. Il medico competente ha riconosciuto l'esistenza di rischi nel momento in cui ha espresso un giudizio di idoneità con limitazioni ed ha fissato una scadenza. Lo stesso medico però è risultato negligente per il fatto che non ha stimolato il datore di lavoro a modificare la valutazione dei rischi, includendo il lavoratore in questione (e gli altri lavoratori che svolgono gli stessi compiti lavorativi) tra i soggetti classificati "a rischio".

Al medico competente A si potrebbe imputare anche un aspetto di imperizia. Indicando genericamente i "settori meno gravosi" senza identificarli, il medico lascia intendere di non sapere egli stesso quali siano tali settori ed i compiti che gli ausiliari vi svolgono. Il medico non indica se il lavoratore sia idoneo a lavorare nel settore in cui presta servizio al momento della visita. Inoltre egli attribuisce il compito di individuare i settori "meno gravosi" ad una figura indeterminata,

che potrebbe essere il datore di lavoro, un dirigente, il servizio di prevenzione; in ogni caso, egli ha omesso di fornire a tale figura la sua collaborazione alla valutazione del rischio.

Ad attenuare il giudizio sul medico A vale certamente la considerazione che egli si sia trovato inaspettatamente a visitare un lavoratore con problemi non trascurabili, senza avere precise conoscenze sull'ambiente di lavoro e soprattutto sugli aspetti relazionali che possono influire sugli stati di disagio psichico. E' da presumere che il breve tempo fissato per la scadenza del primo giudizio corrisponda ad un tempo che il medico si è riservato per indagare in proposito. Tuttavia si deve stigmatizzare che un simile programma, se c'è stato, non risulta documentato nella cartella sanitaria e di rischio. Viceversa, è sempre bene indicare dettagliatamente i propri programmi, anche allo scopo di chiarire la correttezza del proprio operato, nel caso di malaugurate conseguenze. C'è da chiedersi infatti cosa sarebbe accaduto, se uno degli incidenti cui il lavoratore è andato incontro fosse avvenuto sul lavoro e se le conseguenze fossero state tanto gravi da richiedere una inchiesta.

Tre diversi medici competenti visitano, per ben nove volte e sempre a seguito di richieste di anticipare la scadenza del precedente giudizio (fissato in due anni), il lavoratore, esprimendo sempre un giudizio di idoneità senza limitazioni e prescrizioni. Nelle visite non viene specificato quali siano i rischi per i quali è effettuata la sorveglianza sanitaria, né i motivi per cui viene richiesta più volte, e mai eseguita, visita psichiatrica. La richiesta di tale accertamento sembra slegata dal giudizio di idoneità, tanto che questo viene rilasciato anche se il lavoratore si rifiuta di sottoporsi ad accertamenti psichiatrici.

Il comportamento di questi medici potrebbe essere tacciato di negligenza, perché è sistematicamente omessa l'indicazione del rischio professionale connesso con le attività di pulizia dal quale discende l'obbligo di sorveglianza sanitaria. Se, difatti, il lavoratore non è a rischio, non ha senso fissare una scadenza per il giudizio di idoneità. Dato più allarmante, non sembra essere stato risolto il problema del rischio per terzi, visto che le visite psichiatriche, richieste, si immagina, proprio per valutare la pericolosità del soggetto, non sono mai state eseguite.

La prassi più ragionevole sembra quella del medico E, che difatti: 1) esprime una diagnosi di probabilità, e la verbalizza sulla cartella sanitaria; 2) formula un programma diagnostico/terapeutico, da eseguirsi presso strutture specialistiche del servizio sanitario nazionale; 3) si assicura che il lavoratore aderisca al programma; 4) si mette in contatto con il servizio sanitario esterno, per avere informazioni utili per la successiva valutazione lavorativa; 5) attiva il preposto

per la segnalazione di eventuali comportamenti allarmanti (“yellow flag”).

In merito a quest'ultimo punto, viene osservato che il contatto del medico competente con il preposto deve avvenire nel rispetto della riservatezza, e quindi: a) senza trasmettere al preposto informazioni diagnostiche o dati sensibili ricavati dalla sorveglianza sanitaria; b) vincolando lo stesso preposto alla massima riservatezza.

Da parte di alcuni viene consigliato di rivolgersi al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza; altri ritengono che tale misura debba essere attentamente vagliata, proprio per ragioni di riservatezza.

Viene ritenuto opportuno che il medico competente specifichi, sulla base dei dati di valutazione dei rischi, se il lavoratore sia da ritenersi tuttora inserito in un programma di sorveglianza sanitaria obbligatoria con scadenze periodiche (e protocolli specifici per rischio chimico, biologico, ecc.), ovvero se sia semplicemente invitato a scadenze da stabilire a partecipare ad un programma di promozione della salute, in collegamento con il medico curante.

SINTESI DELLE OSSERVAZIONI

- La visita medica pre-assuntiva non è sufficiente per identificare una condizione di psicosi cronica
- In presenza di un caso di sospetta psicosi cronica, è necessario formulare un programma diagnostico-terapeutico, congiuntamente con una unità specialistica psichiatrica.
- Il lavoratore con problemi psichiatrici deve essere allontanato da mansioni pericolose per terzi. La riammissione alle precedenti mansioni deve essere stabilita sulla base dell'evoluzione clinica, confermata dallo specialista psichiatra.

2.3 L'ausiliario che amava il canto

Ausiliario maschio, nato nel 1958. Assunto nel 1978, ha svolto attività di barelliere nel Servizio di Accettazione per circa tredici anni senza apparenti difficoltà, tutelato nello svolgimento del lavoro dalla presenza di un superiore gerarchico che, con le sue attenzioni, ha svolto una funzione sostitutiva della figura paterna. Il pensionamento del superiore è coinciso con la comparsa di una profonda sensazione di disagio e di difficoltà di comunicazione con colleghi e superiori, sfociata in manifestazioni di aperta conflittualità soprattutto verso i colleghi di lavoro, dai quali si sentiva perseguitato.

Nel 1990-91 si è manifestato il primo episodio documentato di assenza dal lavoro per "esaurimento nervoso", in seguito al quale viene trasferito al Servizio di Radioterapia, per circa due anni, con mansioni varie (barelliere, ausiliario all'assistenza). Successivamente, adibito alle sole mansioni di pulizia in reparti vari per circa un biennio, non riesce a stabilire buoni rapporti interpersonali con i colleghi e viene nuovamente trasferito, sempre con mansioni di addetto alle pulizie, al reparto di Tisiologia per un ulteriore periodo di circa due anni, durante il quale si mantiene il senso di persecuzione da parte dei colleghi. Nell'ottobre 1996 si ricovera in ospedale in regime volontario. Durante il ricovero si evidenziano note reattive ad una situazione di conflitto con i colleghi di lavoro, perdurante da alcuni mesi. Viene preso in carico dal Servizio di Salute Mentale della ASL competente che lo segue tuttora. Nel dicembre 1996 la Direzione ospedaliera ne chiede la dispensa dal servizio al Collegio Medico della ASL competente per idoneità a lavoro proficuo. L'accertamento psichiatrico-forense evidenzia che *"non si può escludere che i vissuti persecutori riconoscano anche una componente realistica"* anche se *"non vi è dubbio che l'elemento di realtà venga poi elaborato dal soggetto secondo linee psicopatologiche"*. Viene riconosciuto che il lavoratore conserva in ogni caso una certa qual residua capacità di relazione con il reale e si suggerisce la possibilità di una reazione positiva al trattamento. Viene posta diagnosi di *"psicosi cronica in soggetto oligofrenico"* e il soggetto viene dichiarato *"idoneo a svolgere lavoro proficuo, in condizioni particolari e pro tette"*.

Nel 1996 il lavoratore viene nuovamente trasferito e assegnato ad attività di pulizia, puramente simboliche, del corridoio di un poliambulatorio. L'attività è svolta in totale solitudine. Inoltre essa comporta un impegno meramente formale, di sola presenza, in quanto la reale attività di pulizia è svolta dai dipendenti di una ditta appaltatrice.

Nell'aprile 1997 l'Azienda ospedaliera nomina per la prima volta il Medico Competente. Questi programma una visita di idoneità sul lavoratore, non originata dall'identificazione e valutazione di rischi professionali specifici, ma non la esegue.

Tale visita, non mirata al rischio, avviene il 24/4/1998 ad opera di un secondo medico competente, anch'egli appena nominato, nonostante i ripetuti tentativi di uno zio ultranovantenne del lavoratore, l'unico congiunto, di impedirne lo svolgimento. Il lavoratore accede al colloquio con atteggiamento composto e collaborante e, pur "in guardia verso un possibile pericolo", riferisce di godere di buona salute fisica e di non avere difficoltà in ambito lavorativo. Conferma di essere seguito da tempo dal Servizio di Salute Mentale della ASL ed esibisce un certifica-

to rilasciato un anno prima da uno specialista psichiatra dell'Ente Pubblico attestante la presenza di una patologia psichiatrica già dal 1996. Il medico psichiatra ritiene il soggetto in condizioni di mantenere l'attività lavorativa, purché venga preservato da atteggiamenti di maltrattamento psichico riferibili a stigmatizzazione dileggiante, umiliazione, allontanamento ed isolamento. Interpellato dal medico competente, lo psichiatra conferma che il quadro clinico è stabilizzato ed è consigliabile l'impiego del lavoratore in attività proficue di fatto.

Il Medico Competente rilascia solo nel luglio 1998 un giudizio di *"attuale idoneità alla mansione di ausiliario socio sanitario in attività semplici, d'ordine, non implicanti attività decisionali e svolte in condizioni tali da non causare particolare stress psichico"*. Nonostante il lavoratore continui a non essere esposto a rischi professionali, il medico competente lo inserisce in un programma di visite di idoneità a cadenza semestrale ed effettua ripetuti sopralluoghi nel corso dei quali, in luogo di valutare l'ambiente di lavoro e gli eventuali fattori di rischio professionale, segnala che il lavoratore ha *"atteggiamenti che creano disagio nell'utenza afferente agli ambulatori"* quali *"deambulazioni in atteggiamento catatonico"*, *"emissioni involontarie di urina"*, *"esibizioni canore in falsetto"*.

Nel luglio 1999 il Medico Competente effettua una nuova visita del lavoratore e, pur non evidenziando sostanziali variazioni delle condizioni psicofisiche rispetto a quanto riscontrato un anno prima, propone al lavoratore di inoltrare domanda di invalidità civile. Al rifiuto di quest'ultimo, esprime un giudizio di *"non idoneità a lavoro proficuo"*.

La Direzione Ospedaliera si rivolge al Collegio Medico legale che, dopo avere acquisito una dettagliata relazione del medico competente, effettua una nuova perizia medico legale e nel novembre 1999 dichiara il lavoratore *"non idoneo in modo assoluto e permanente allo svolgimento di qualsiasi lavoro proficuo"*.

Commento

Abbiamo riportato questo esempio, perché si presta egregiamente ad illustrare le difficoltà cui può andare incontro il Medico Competente nel tentativo di gestire un caso di grave disagio psichico e come egli stesso possa inconsapevolmente diventare attore di un processo di mobbing strategico tendente ad ottenere l'eliminazione del lavoratore malato.

Il lavoratore con gravi problemi psichiatrici rappresenta per il Medico Competente un impegnativo banco di prova. L'indagine diagnostica, operata in genere di concerto con il consulente psichiatra, dovrà necessariamente approfondirsi

nella direzione di una diagnosi eziologica, al fine di chiarire se la malattia possa considerarsi in tutto o in parte correlata con l'ambiente di lavoro⁽³⁾. Sarà necessario superare quindi le indicazioni statistico-cliniche del DSM IV R per valutare, mediante l'osservazione longitudinale dell'evoluzione della patologia, la relazione tra la patologia e l'ambiente di lavoro, che rappresenta lo specifico dell'opera del medico del lavoro. Si consideri, a titolo di esempio, come uno stesso disturbo di adattamento possa riconoscere origine endogena e idiopatica, ovvero essere la conseguenza di azioni di mobbing.

Un secondo ordine di problemi concerne l'interazione del lavoratore "malato" con gli altri lavoratori o con pazienti, visitatori ecc. Nel corso di malattie psichiatriche potrebbero crearsi condizioni di oggettivo pericolo per la salute di terze persone, con l'obbligo di un intervento immediato a tutela della salute pubblica.

Il gruppo di studio La.R.A. (Lavoratori rischiosi per gli altri)⁽⁴⁾ ha affrontato l'argomento della gestione dei lavoratori con patologie neurologiche e psichiatriche in un Convegno tenutosi a Roma nel 2004⁽⁵⁾. Gli intervenuti hanno ribadito come la gestione del lavoratore con patologie psichiatriche, anche nel caso in cui possa ipotizzarsi un rischio per terze persone, non possa prescindere dal rispetto dei diritti civili del lavoratore malato, che ha diritto ad essere assistito con riservatezza e a non essere discriminato sul lavoro. La lettura del mobbing in chiave dei diritti evidenzia come il mobbing nasca spesso proprio da una iniziale perdita delle condizioni di salute che peggiorano a causa della stessa violenza psicologica perpetrata⁽⁶⁾. Col termine di "*lavoratori rischiosi per gli altri*" ci si riferisce solo a casi di speciale gravità, per i quali il Medico Competente è tenuto ad intervenire nell'interesse collettivo anche forzando i limiti assegnatigli dalla legge, che sono quelli di tutelare il lavoratore dai rischi professionali.

Il Medico Competente di norma formula il proprio giudizio di idoneità in relazione ad un rischio lavorativo specifico. Diverso è il caso del giudizio medico-legale, che esprime in astratto una valutazione della capacità lavorativa di un

3. Giorgi I, Argentero P, Zanaletti W, Candura SM. Un modello di valutazione psicologica del mobbing. G Ital Med Lav Erg 2004; 26: 127-132

4. Associazione di medici di varie specialità, giuristi, bioeticisti, rappresentanti dei datori di lavoro e dei lavoratori, attiva dal 1999, che si prefigge il compito di valutare le più corrette modalità per la gestione dei lavoratori che, a motivo delle proprie infermità, potrebbero risultare pericolosi per colleghi di lavoro o utenti.

5. Magnavita N. Tutela del lavoratore rischioso per gli altri. ISU Università Cattolica, Milano, 2004.

6. Bosco MG, Salerno S. Violenza morale (mobbing) nei luoghi di lavoro: analisi per una prevenzione organizzativa. Med. Lav 2004, 95: 365-375

soggetto, indipendentemente dalla valutazione dei rischi presenti nell'ambiente di lavoro in cui questi sarà tenuto ad operare⁽⁷⁾.

Nel caso descritto, però, va precisato che il lavoratore mai aveva dato segno di essere o di poter diventare pericoloso per se stesso o per gli altri. A maggior ragione, dunque, il Medico Competente non avrebbe dovuto in alcun modo deviare dai limiti imposti dal proprio mandato professionale.

Il Medico Competente, difatti, deve effettuare la sorveglianza sanitaria solo nei casi previsti dalla legge, ed esprimere giudizi di idoneità alla mansione specifica al lavoro. Qualora la visita medica non rientri tra quelle previste dalla legge e nel caso di un provvedimento grave quale il licenziamento, il lavoratore può adire le vie legali⁽⁸⁾. Queste norme, previste dal D.Lgs 626/94, non sono state modificate dal Testo Unico (D.Lgs 81/08). Visite eseguite al di fuori dei casi previsti dalla normativa vigente rappresentano violazioni all'art. 5 della Legge 20/5/1970 n. 300 (Statuto dei Lavoratori).

L'analisi della storia lavorativa dimostra che questo ausiliario ospedaliero ha cominciato a rappresentare un problema per il management aziendale solo dopo almeno tredici anni di attività lavorativa quando, persa la protezione di un superiore umano che "gli faceva da padre" è stato esposto a quegli atteggiamenti di "maltrattamento psichico riferibili a stigmatizzazione dileggiante, umiliazione" da parte dei colleghi di lavoro, che lo psichiatra dell'Ente Ospedaliero nel 1997 ha consigliato di evitare. L'obiettivo realtà dei comportamenti persecutori emerge anche dall'indagine del Collegio medico legale della ASL che ha esaminato una prima volta il lavoratore nel 1996, dopo il suo ricovero in ambiente specialistico psichiatrico. La fragilità psichica del soggetto era ben evidente, così che il Collegio esprimeva una idoneità condizionata dalla realizzazione di condizioni "particolari e protette". Al contrario il datore di lavoro, ben lungi dal mettere in atto provvedimenti che mettessero fine all'atteggiamento mobbizzante dei colleghi di lavoro, ha provveduto a ridurre progressivamente il contenuto dell'attività lavorativa, trasferendo più volte il dipendente e realizzando proprio quelle condizioni di "allontanamento ed isolamento" che lo psichiatra dell'azienda ha consigliato di evitare, in quanto psicopatogene. La

7. Magnavita N, Cirese V, De Lorenzo G, Fileni A, Ranalletta D, Sacco A, Spagnolo AG, Stanzani C, Zavota G (GIS GILMaPP): Documento di consenso. Idoneità al lavoro e salute pubblica nei lavoratori ospedalieri. *Med Lav*, 2001, 92: 295-306

8. Bosco MG, Salerno S. Dopo il 626. Quale sorveglianza sanitaria per i lavoratori? *Rivista Società Nazionale Operatori della Prevenzione (SNOP)* 1998; 11: 41-43

difficoltà a controllare l'atteggiamento provocatorio e umiliante da parte dei colleghi di lavoro verso un portatore di handicap ha fatto preferire all'Azienda l'eliminazione del lavoratore malato, relativamente semplice da ottenere date appunto le condizioni di handicap psichico.

Il Documento di Consenso sulle molestie morali sul luogo di lavoro⁽⁹⁾ riconosce che i soggetti portatori di handicap osteggiati dai colleghi/e di lavoro sono potenziali bersagli del mobbing, e ricorda che le conseguenze devastanti delle condizioni di mobbing comprendono un difficile recupero dell'inserimento occupazionale, un coinvolgimento del nucleo familiare e del tessuto della vita di relazione. Nel caso in esame, il tessuto relazionale e quello familiare, già estremamente deboli, hanno risentito pesantemente delle azioni messe in atto, e la capacità di inserimento occupazionale si è andata progressivamente riducendo. Va sottolineato inoltre come la psichiatria guardi al lavoro proprio come l'intervento terapeutico fondante contro il disagio/malattia psichica anche sottovalutandone gli eventuali rischi per la salute studiati dai medici del lavoro⁽¹⁰⁾.

Il Documento di Consenso ammonisce sul fatto che il Medico Competente può divenire parte attiva nella conduzione dell'azione mobbizzante allorché formuli un giudizio di idoneità in modo eccessivamente rigido o schematico, o eccessivamente "condizionato" dalla direzione aziendale, ed invita i medici a considerare come una diminuita capacità o abilità lavorativa possa essere effetto e non causa di un processo a carattere mobbizzante.

Questa raccomandazione appare particolarmente stringente, quando tanto il lavoratore, che il Medico Competente, ed anche i servizi psichiatrici e di medicina legale, nonché gli stessi servizi di prevenzione con funzioni di vigilanza, dipendono tutti da uno stesso Direttore Generale, come può accadere in molte Aziende sanitarie locali.

Nel caso in esame, solo uno zio ultranovantenne, che era l'unico congiunto del portatore di handicap, ha tentato, senza successo, di opporsi alla ripetuta sottomissione del lavoratore a controlli medici non dettati da alcun rischio professionale valutato e dunque arbitrari. Nonostante il fatto che il lavoratore avesse acceduto a tali colloqui con dignità e compostezza, anche se con una certa, e ben motivata, preoccupazione, e che dagli accertamenti non fosse emerso

9. Gilioli R, Adinolfi M, Bagaglio A, et al.: Un nuovo rischio all'attenzione della medicina del lavoro: le molestie morali (mobbing). Documento di consenso. Med Lav 2001; 92: 61-69

10. Bosco MG, Salerno S, Valcella F. Salute mentale e lavoro: azioni tecniche integrate tra i servizi di prevenzione igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro e centri di salute mentale Med. Lav 1999; 90: 752-761.

alcun peggioramento clinico, né alcun rischio per l'incolumità del lavoratore o di terze persone, il Medico Competente ha deciso inopinatamente di capovolgere il proprio giudizio da "idoneo" a "non idoneo" in virtù di valutazioni che non vengono esposte e che appaiono quindi quanto mai incerte. E' più che probabile che il medico competente, tralasciando di valutare la nocività dell'ambiente di lavoro e la presenza di rischi per la salute del lavoratore (che è appunto il suo specifico compito professionale), abbia finito per valutare esclusivamente la capacità del soggetto di inserirsi in un ambiente lavorativo ostile e assunto come immodificabile. Il compito di modificare l'ambiente e le condizioni di lavoro, controllandone e riducendone il rischio, deriva d'altro canto da un insieme armonico e continuo di operazioni di valutazione del rischio, sorveglianza sanitaria, informazione e formazione dei lavoratori, audit (metodo A.S.I.A.) nel quale il medico competente deve svolgere un ruolo critico di consulenza imparziale⁽¹¹⁾. Al contrario, il Medico Competente che si prefigga il fine di "essere accettato senza pregiudizi dall'alta dirigenza aziendale" e di "essere inserito nel contesto dell'impresa e di essere partecipe delle scelte decisionali", in luogo di quello di mantenersi aderente ai principi etici di indipendenza e competenza, finisce inevitabilmente per fallire tale compito.

Il risultato finale dell'intervento del Medico Competente nel caso in esame è stata la perdita del lavoro da parte di un lavoratore con handicap psichico, privo di tutele assistenziali e da molti anni sottoposto ad azioni di mobbing da parte dei colleghi di lavoro, con il tacito avallo della dirigenza aziendale.

SINTESI DELLE OSSERVAZIONI

- La non corretta gestione delle attività di sorveglianza sanitaria non solo è inefficace a prevenire il mobbing, ma può addirittura aggravare un mobbing strategico.

11. Magnavita N. Applicazione di modelli organizzativi originali per la prevenzione del rischio chimico in aziende di diverse dimensioni. Metodo A.S.I.A. Istituto Italiano di Medicina Sociale, Roma, 2004.