



otiziario

NotiziarioINCAonline
N. 7-8 / 2015

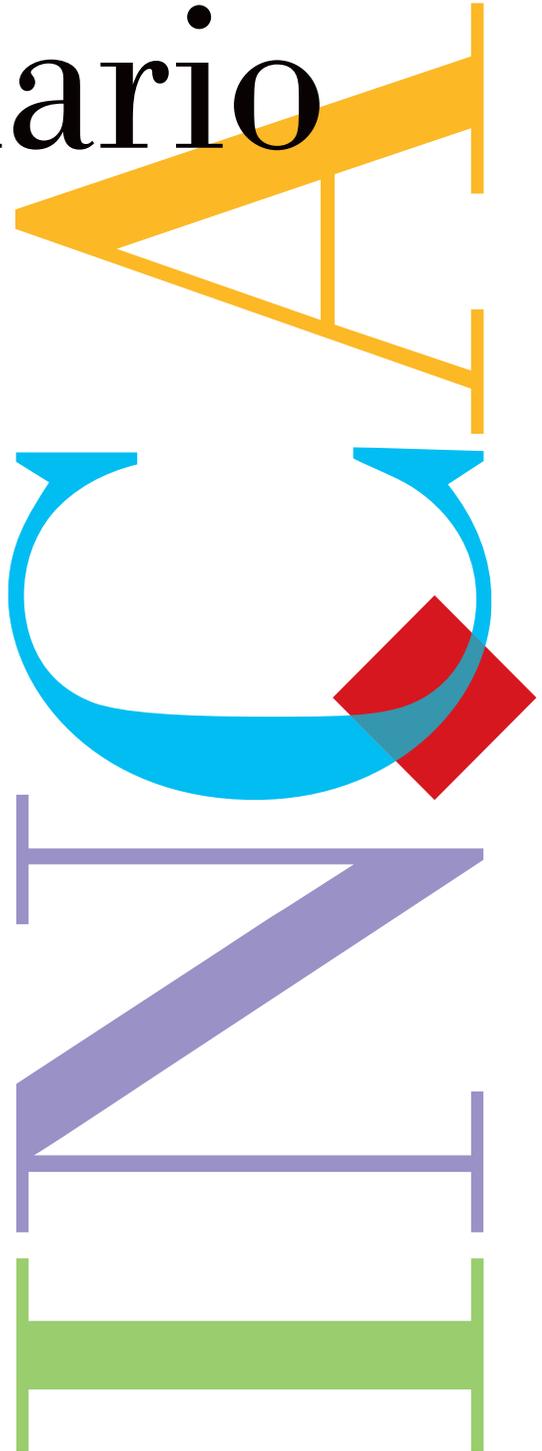
Speciale

ATTI DEL SEMINARIO INCA
**L'inidoneità alla mansione
per infortunio e/o malattia
professionale: garantire
il diritto alla salute,
le tutele e il mantenimento
del posto di lavoro**

Roma, 24-25 giugno 2015



il Patronato della CGIL



DIRETTORE RESPONSABILE

Lisa Bartoli

REDAZIONE

Sonia Cappelli

EDITORE E PROPRIETARIO

Ediesse srl

Viale di Porta Tiburtina 36

00185 Roma

Tel. (06) 44870283/260

Fax (06) 44870335

www.ediesseonline.it

AMMINISTRAZIONE

Via Nizza 59 - Roma

Tel./Fax (06) 8552208

Progetto grafico: Antonella Lupi

© EDIESSE SRL

Immagini tratte dal volume

Cgil. Le raccolte d'arte, 2005

CHIUSO IN REDAZIONE

OTTOBRE 2015

Sommario

■ Speciale

ATTI DEL SEMINARIO INCA

L'inidoneità alla mansione per infortunio e/o malattia professionale: garantire il diritto alla salute, le tutele e il mantenimento del posto di lavoro

• Roma, 24-25 giugno 2015

■ Relazioni

Inca e Cgil per la dignità nel lavoro e il diritto alla salute 7

■ di Silvano Candeloro

Denuncia di malattia professionale, non deve essere sinonimo di licenziamento 13

■ di Valerio Zanellato

Il licenziamento per sopravvenuta inidoneità alla mansione dopo la legge Fornero e il Jobs act 17

■ di Stefano Giubboni

Il ruolo degli Uffici vertenze della Cgil per tutelare i lavoratori dichiarati inidonei 33

■ di Ivano Corraini

Effetti del Jobs act sulla rappresentanza 39

Partecipazione e democrazia: ruolo del sindacato e degli Rls per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro

■ di Sebastiano Calleri

Buone pratiche per il reinserimento degli inidonei

La riqualificazione all'Atm di Milano 42

■ di Mauro Baroni

L'esperienza all'Azienda ospedaliera universitaria di Ferrara 44

■ di Marco Blanzieri

I Relazioni

Gli aspetti medico-legali in materia di inidoneità lavorativa	47
■ di Marco Bottazzi	
La inidoneità e il ruolo del medico competente	59
■ di Francesco Saverio Violante	
Giudizi di idoneità del medico competente e lavoratori con disabilità: il ruolo delle Asl	69
■ di Giorgio Di Leone	
Il nuovo ruolo del medico Inail: dalla valutazione medico-legale alla presa in carico	79
■ di Angela Goggiamani e Antonella Miccio	
Inidoneità e malattie professionali: esperienza di un servizio di prevenzione	85
■ di Francesco Martire	
La tutela globale integrata: percorsi per favorire il reinserimento delle persone infortunate e tecnopatiche	93
■ di Francesco Rampi	
Inidoneità alle mansioni e danno alla salute dei lavoratori	103
■ di Giancarlo Moro	
Il coraggio di affermare la cultura dei diritti	107
■ di Morena Piccinini	



Speciale

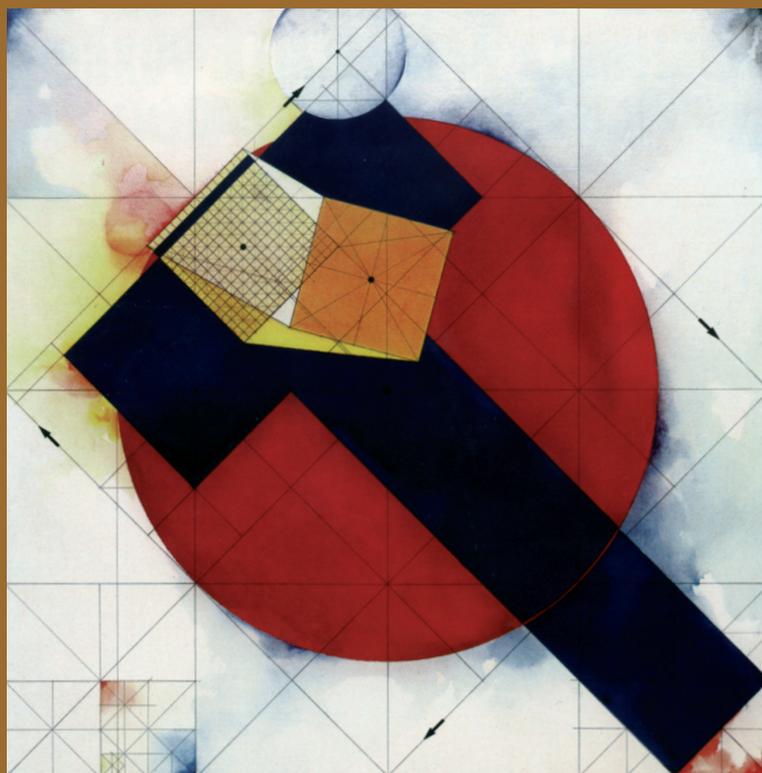
ATTI DEL SEMINARIO INCA

**L'inidoneità alla mansione per
infortunio e/o malattia professionale:
garantire il diritto alla salute, le tutele
e il mantenimento del posto di lavoro**

• Roma, 24-25 giugno 2015



RELAZIONI



Opera di Giò Pomodoro, 1982

Relazione

Inca e Cgil per la dignità nel lavoro e il diritto alla salute

■ di Silvano Candeloro*

L'Inca Cgil, insieme ad alcune categorie di lavoratori attivi, ha scelto di dedicare due giornate di approfondimento seminariale all'inidoneità alla mansione per motivi legati al lavoro (infortuni e/o malattie professionali), poiché ritiene che tale argomento abbia la necessità di essere messo a fuoco, anche alla luce di diverse novità emerse in quest'ultima fase, sia per quanto concerne gli aspetti giuslavoristici, a partire dalle conseguenze derivanti dall'applicazione delle norme contenute nel *Jobs act*, sia per quelli medico-legali.

L'obiettivo del seminario è anche quello di approfondire e mettere a confronto opinioni e valutazioni dei diversi soggetti impegnati sull'argomento, con lo scopo di indicare alcune risposte concrete alla crescente domanda di tutela che emerge tra i lavoratori e le lavoratrici esposti, purtroppo, alle conseguenze di specifiche condizioni negative di lavoro. A tal fine, s'intende evidenziare l'utilità e la necessità di condivisione dell'iniziativa tra il Patronato Inca e la Confederazione, soprattutto in considerazione della stretta correlazione che c'è tra l'inido-

neità sotto il profilo della tutela individuale e sia per ciò che concerne l'azione rivendicativa collettiva e, quindi, più in generale della rappresentanza sindacale.

La capacità di analisi e di approfondimento di questo tema in un'ottica di sistema, dovrà rendere possibile alla Cgil, alle categorie e al Patronato Inca la definizione di una linea che dovrebbe riguardare tutta la nostra organizzazione, soprattutto per garantire delle risposte concrete sul terreno della tutela e dei diritti ai lavoratori e alle lavoratrici.

Il dibattito che abbiamo voluto affrontare investe da un lato le nuove norme introdotte dal *Jobs act* e, dall'altro, approfondisce tutti gli altri aspetti legati alle problematiche mediche e medico legali, grazie alla presenza del presidente del Civ Inail, Francesco Rampi, e della dottoressa Angela Goggiamani, nonché di altri soggetti esterni al sindacato, quali il professor Violante per quanto riguarda la medicina del lavoro, il dottor Di Leone per il ruolo svolto in questo ambito dalle Asl e il dottor Francesco Martire per ciò che concerne l'esperienza nel servizio di prevenzione della propria Asl. Hanno fatto

* Collegio di Presidenza dell'Inca Cgil.

da cornice a questo dibattito le novità introdotte dal comma 166 della legge di stabilità 190/2014.

Infine, in termini di valore e d'importanza, abbiamo voluto rappresentare alcune esperienze positive di contrattazione, come quelle dell'Atm di Milano e della Fp Cgil di Ferrara che sono possibili, nonostante le difficoltà imposte dalla legislazione vigente, per favorire il reinserimento nell'ambito del lavoro in caso di accertamento d'inidoneità alla mansione per motivi d'infortunio e/o malattia professionale.

Nel 2011, l'Inca aveva già promosso un'altra iniziativa molto importante sull'argomento, ma la risposta delle categorie, sulla base delle verifiche svolte, non ha prodotto i risultati che si auspicavano e che ci saremmo attesi. In particolare, si sarebbe dovuto sviluppare un maggior coinvolgimento delle strutture della Cgil che, sotto il profilo del ruolo, hanno lo stesso peso del Patronato. Una collaborazione che consideriamo imprescindibile per rendere più efficace l'azione di tutela individuale e collettiva.

Con questo seminario, l'Inca, insieme alla Cgil, ai rappresentanti delle categorie e agli altri soggetti coinvolti nell'iniziativa, si è proposta di andare oltre il ruolo assegnato al Patronato; perché ciò ci consentirà di rendere concreto il lavoro che intendiamo sviluppare nei prossimi mesi. Perciò, il nostro intento non è solo quello di rilanciare una riflessione teorica di approfondimento ma, in considerazione delle diverse novità normative alle quali ho già fatto riferimento, abbiamo l'ambizione di tracciare delle linee di riferimento per il lavoro politico, contrat-

tuale, tecnico, medico-legale e operativo da mettere in campo, atte ad affrontare situazioni drammatiche e sempre più diffuse nell'ambito lavorativo. In sostanza, ci rifiutiamo di pensare di lasciare soli i lavoratori e le lavoratrici in difficoltà a causa di problemi di salute conseguenti alle condizioni di lavoro.

Infatti, l'iniziativa sul tema della inidoneità è stata pensata avendo verificato, come Area tutela danno alla persona dell'Inca nazionale nel lavoro svolto insieme a diverse categorie (che hanno partecipato alla tavola rotonda), la rilevanza di alcune problematiche riguardanti sia la tutela individuale sia quella collettiva di rappresentanza degli interessi generali del mondo del lavoro.

Per tale lavoro ci siamo avvalsi anche questa volta di questionari, che ci hanno consentito di tracciare un quadro di conoscenza delle condizioni di lavoro reali, attraverso la raccolta di dati specifici di settore; abbiamo attivato corsi di formazione e di informazione per i delegati, che ci hanno reso, oggi più di ieri, maggiormente consapevoli, anche in rapporto alla crisi, della necessità di affrontare situazioni drammatiche che investono i lavoratori e le lavoratrici non più idonei alla mansione, con il fine di evitare loro il licenziamento.

L'esperienza ci dice che solo quando il sindacato riesce a rassicurare i lavoratori nella conservazione del posto di lavoro, i livelli di partecipazione alla compilazione dei questionari, nonché quelli legati alle eventuali denunce di malattie professionali, possono diventare significativi.

È, comunque, importante per noi che si svi-

luppino successive iniziative rispetto al tema della inidoneità che affrontino le criticità sotto due profili:

a) normativo/giurisprudenziale, nel senso di un aggiornamento delle norme, facendo affidamento a specifiche sentenze intervenute e a norme europee che si sono consolidate nel frattempo;

b) contrattuale.

Attualmente, quello che verificiamo nei due ambiti non garantisce una efficace tutela ai lavoratori e alle lavoratrici, perché la decisione del medico competente di inidoneità, spesso, diventa l'anticamera del licenziamento. La conseguenza di tale condizione, nella maggior parte dei casi da noi rilevati, pone il lavoratore di fronte ad una drammatica, quanto inaccettabile, scelta: o il lavoro o la denuncia di malattia professionale. E com'è facile immaginare, di fronte ad una crisi occupazionale che morde, la decisione che ne scaturisce è quasi sempre quella di sacrificare il diritto alla salute. Non mi sembra che tutto ciò corrisponda a una condizione di una società progredita e civile, rispettosa della dignità umana.

È inaccettabile che a un lavoratore/trice, dichiarato inidoneo alla mansione dal medico competente, sia prospettata, a causa di questo contesto normativo, in cui prevale quasi sempre la facoltà dell'azienda di liberarsene a tutti i costi, come unica via, il licenziamento. Per questa ragione, ritengo sia necessario che Inail, datore di lavoro, sindacato, Patronato sentano il dovere di ricercare i percorsi e gli strumenti giusti e opportuni per favorire il reinserimento del lavoratore nell'ambito aziendale.

Il nostro primo obiettivo è quello di realizzare insieme alle categorie una ricognizione sulle reali condizioni di lavoro e di salute, attraverso l'utilizzo di questionari che tengano conto delle specificità di ciascun settore. Questi documenti devono essere analizzati dal personale medico legale e, qualora dovessero far emergere evidenti problemi di salute, d'accordo con i lavoratori stessi che li hanno compilati, dovranno aiutare l'avvio della procedura di denuncia all'istituto assicuratore (Inail).

Tali analisi e valutazioni sono a carico dei nostri medici legali che, una volta avuto il consenso dei lavoratori a procedere, si confronteranno anche con i funzionari dell'Inca e, se necessario, anche con le altre strutture della Cgil (dipartimenti Salute e sicurezza e Ufficio vertenze) e con la rispettiva categoria.

Questo modello di organizzazione e di lavoro dovrebbe essere a garanzia di un forte ed efficace presidio, atto a prendere in considerazione qualsiasi aspetto che le necessità di tutela richiedano, spostando il baricentro della nostra iniziativa da un'attesa agli sportelli dell'Inca verso i luoghi di lavoro in un rapporto stretto con delegati, Rls, ecc.

È per tale ragione che, per il futuro, dobbiamo lavorare, come Cgil, a far sì che si realizzino, in termini strutturali, forme di coordinamento e di sinergie tra strutture, competenze e professionalità, tra l'altro già presenti nell'organizzazione.

Data la complessità e la delicatezza della tematica «inidoneità alla mansione», in questi anni, soprattutto a causa della grave crisi occupazionale che caratterizza il mercato del

lavoro nel paese, abbiamo dovuto registrare una grande difficoltà da parte del sindacato a rispondere a tale bisogno specifico di rappresentanza e tutela.

Anche il nostro Patronato, da tale punto di vista, dovrà fare uno sforzo culturale, al fine di migliorare i suoi modi di approccio al tema, pensando a un impegno di analisi, di valutazione e di scelte compiute attraverso un lavoro, non più per compartimenti stagni, ma di tipo interdisciplinare tra esperti, legali e medici legali, immaginando un modo strutturato e molto concreto di supporto e di orientamento per i territori.

Ciò ci consentirebbe di affrontare in termini più adeguati una situazione che si sta rivelando molto critica e che investe anche il nostro rapporto con alcune aree sanitarie degli enti, a livello territoriale. Inoltre, questo schema di lavoro potrebbe dare un maggiore impulso a iniziative di contenzioso legale, ultimamente molto ridimensionato a causa dei costi per il riconoscimento delle malattie professionali, e che ha fatto aumentare lo scarto tra il numero di denunce e i relativi livelli di riconoscimento, spesso dovuti a criteri e parametri restrittivi sui quali si basano gli istituti, assolutamente non condivisibili. La prospettiva di un impegno rinnovato e congiunto ci consente, inoltre, di aprire nuovi orizzonti poiché, mettendo in valore le risorse interne, potremo sviluppare ulteriormente iniziative come questo seminario, aperte a importanti soggetti esterni alla nostra organizzazione, come Inail, rappresentanti di medicina del lavoro e della prevenzione, con i quali abbiamo l'assoluta necessità di confrontarci e collaborare per raggiun-

gere obiettivi finora mancati e fondamentali per la garanzia dei posti di lavoro e della salute dei lavoratori, superando, quindi, l'assurda e ingiustificata contrapposizione tra diritto all'occupazione e diritto alla salute.

Concludo evidenziando la necessità, già assunta a livello confederale, di una maggiore capacità contrattuale e negoziale, ai diversi livelli, per sviluppare l'impegno anche in riferimento alle ricadute derivanti dall'applicazione del comma 166 della legge 190/2014, affinché non si traducano in un rapporto individuale tra lavoratore dichiarato inidoneo, datore di lavoro e Inail.

La rappresentanza sindacale collettiva ha il diritto/dovere di farsi carico di eventuali accordi con il datore di lavoro per interventi strumentali, strutturali, di riabilitazione, di riqualificazione professionale, atti a favorire il reinserimento dei lavoratori e delle lavoratrici dichiarati inidonei alla mansione, ed evitare il loro licenziamento.

Per fare ciò va chiarito e definito meglio, anche nelle linee guida dell'Inail sulla materia, il suo ruolo riguardo a quanto stabilito, appunto, dal comma n. 166 della legge di stabilità 2015.

Il lavoro con le categorie e la Cgil su tali argomenti si sta già sviluppando intensamente anche attraverso iniziative in diversi settori; e ritengo che, anche grazie a seminari come questo, si possano rafforzare il nostro ruolo e il nostro impegno per realizzare nei luoghi di lavoro più prevenzione, più sicurezza, in un quadro di maggiore rappresentanza sindacale confederale e una migliore tutela delle lavoratrici e dei lavoratori nel nostro paese.

L'impegno è di lavorare per una società nella quale il diritto alla salute sia per tutti una priorità, da non contrapporre a nessun altro principio e che di fronte ad una malattia professionale o ad un infortunio siano già

predefiniti approcci, modalità, strumenti per evitare che prevalga l'idea di considerare le persone con problemi fisici, psicologici ecc., come emarginati senza alcuna dignità nel lavoro.

Relazione

La denuncia di malattia professionale non deve essere sinonimo di licenziamento

■ di Valerio Zanellato*

Il titolo del seminario di questi due giorni è un po' diverso da quello di circa quattro anni fa, ma il tema è sempre lo stesso, pur partendo però da un presupposto ben specifico che è quello della tutela privilegiata del lavoratore infortunato: è possibile tutelare un lavoratore che subisce un infortunio o denuncia una malattia professionale in quel posto di lavoro? Se sì, come? Che il tema sia di grande attualità – almeno noi lo riteniamo tale – lo dimostrano anche i dati in possesso dell'Ufficio consulenza medico-legale dell'Inca.

Il tema non è esclusivamente di nostra competenza. È senza dubbio una tematica che deve essere sviluppata a livello contrattuale e giuridico, tenendo ben a mente anche ciò che il legislatore ha fatto nel corso degli anni.

Abbiamo sentito il bisogno di proporlo nel 2011 e lo riproponiamo oggi con la stessa urgenza, perché in tutti questi anni di lavoro con le categorie e con i delegati, abbiamo avuto modo di constatare che le criticità del sistema di tutela delle inidoneità professionali legate a un infortunio o a una malattia

correlata al lavoro sono tutt'altro che risolte; spesso, infatti, la dichiarazione di inidoneità porta al licenziamento. E quindi le denunce all'Inail non si fanno!

Si tratta di una questione che tocca le persone in maniera sensibile. Basti pensare ad alcuni risultati emersi quando abbiamo incontrato i lavoratori della Fiat di Melfi: su 5000 addetti, circa 2000 e oltre erano coloro che erano stati investiti da un giudizio di inidoneità alla mansione. Attualmente, secondo alcuni dati pubblicati nella newsletter medico-legale dell'Inca, nel 2013, su un totale di circa 5.500.000 lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria, il 20% è risultato inidoneo, pari in valori assoluti a 1 milione e 51 mila persone.

Anche se non tutti inidonei totali, si tratta di un dato che, a mio modo di vedere, potrebbe addirittura essere sottostimato, sia perché non tutte le Asl sono state in grado di produrre documentazione appropriata, sia perché i colloqui con i delegati nei posti di lavoro hanno fatto emergere una realtà ben più complessa. Molti lavoratori soffrono di patologie, ma tendono a non dichiara-

* Direttore Inca Cgil Napoli già coordinatore Area danno da lavoro dell'Inca Cgil nazionale.

rarle per paura, pur essendo queste a conoscenza dei medici. Nella realtà si procede facendo finta di non sapere, di non conoscere.

È ovvio che questo clima di paura (denuncia, uguale a inidoneità, uguale a licenziamento) fa sì che moltissime malattie professionali non vengano segnalate. Per contrastare questa drammatica consuetudine, abbiamo bisogno di agire offrendo delle certezze; occorre costruire una rete di sostegno (Inca e categorie) su cui i lavoratori possano fare affidamento; occorre che i nostri uffici si attrezzino per la tutela nel percorso di contestazione dei giudizi di inidoneità e che gli uffici legali abbiano una mappa, una strada tracciata per contestare i licenziamenti.

In poche parole, con questo seminario, proponiamo un tavolo di discussione, di approfondimento soprattutto alla luce delle nuove normative in materia di mercato del lavoro, delle esperienze maturate e degli orientamenti giurisprudenziali. Lo facciamo, consapevoli che si tratta di problemi che investono da un lato ambiti propri della contrattazione, e dall'altro quelli della giurisprudenza.

Nella ricerca della rete di sostegno con cui contrastare l'ineluttabilità del concetto per cui la denuncia di malattia professionale è sinonimo di anticamera del licenziamento, abbiamo tentato di sviluppare alcuni ragionamenti sulla legislazione che regola la materia.

In prima battuta, quindi, l'articolo 41 del decreto legislativo 81/2008 che, tra le altre cose, stabilisce che il medico competente

esprime, per il lavoratore sottoposto a sorveglianza sanitaria, uno dei seguenti giudizi relativi alla mansione specifica:

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

Il successivo articolo 42, stabilisce che «Il datore di lavoro, anche in considerazione di quanto disposto dalla *legge 12 marzo 1999, n. 68*, in relazione ai giudizi di cui all'articolo 41, comma 6, attua le misure indicate dal medico competente e qualora le stesse prevedano un'inidoneità alla mansione specifica adibisce il lavoratore, ove possibile, a mansioni equivalenti o, in difetto, a mansioni inferiori garantendo il trattamento corrispondente alle mansioni di provenienza».

La legge 68 all'articolo 1, comma 7, recita così: «[...] I datori di lavoro sono tenuti a garantire la conservazione del posto di lavoro a quei soggetti che abbiano acquisito eventuali disabilità per infortunio o Mp durante l'occupazione [...]».

A questo punto, si ripropone l'interrogativo: «Il comma 7 si può/deve leggere come aggiuntivo al comma 1 dello stesso articolo 1 o un di cui?».

E cioè, considerato che il comma 1 dell'articolo 1 della legge 68/99 afferma che la legge si applica: a) agli invalidi civili; b) agli invalidi del lavoro con grado di invalidità superiore al 33%; c) ai non vedenti e sordomuti; d) agli invalidi di guerra, la legge si applica per quelle prime quattro categorie e in aggiunta ai soggetti che abbiano acquisi-

to disabilità durante l'occupazione, oppure questi ultimi debbono rientrare necessariamente nel comma b?

▼ Tutela privilegiata

Noi, ovviamente, propenderemmo per una lettura favorevole al lavoratore, per cui non necessariamente l'invalido del lavoro deve avere un grado di invalidità superiore al 33%, bensì, se l'invalidità (qualsiasi) interviene durante l'occupazione scatta la tutela prevista dal comma 7 della legge 68/99.

Ciò troverebbe conferma nel successivo articolo 4, comma 4 che recita: «I lavoratori che divengono inabili allo svolgimento delle proprie mansioni in conseguenza di infortunio o malattia non possono essere computati nella quota di riserva di cui all'articolo 3 se hanno subito una riduzione della capacità lavorativa inferiore al 60% o, comunque, se sono divenuti inabili a causa dell'inadempimento da parte del datore di lavoro, accertato in sede giurisdizionale, delle norme in materia di sicurezza ed igiene del lavoro. Per i predetti lavoratori l'infortunio o la malattia non costituiscono giustificato motivo di licenziamento nel caso in cui essi possano essere adibiti a mansioni equivalenti ovvero, in mancanza, a mansioni inferiori [...]. Qualora per i predetti lavoratori non sia possibile l'assegnazione a mansioni equivalenti o inferiori, gli stessi vengono avviati, dagli uffici competenti di cui all'articolo 6, comma 1, presso altra azienda, in attività compatibili con le residue capacità lavora-

tive, senza inserimento nella graduatoria di cui all'articolo 8».

La lettura dell'articolo 4 riconduce ancora ad una separazione delle categorie dei lavoratori invalidi del lavoro, distinguendo coloro che sono divenuti inabili per l'inadempimento da parte dei datori di lavoro dagli invalidi di cui al comma b dell'articolo 1.

Lo stesso Inail, nelle sue circolari operative, provvede alla diversificazione delle attestazioni:

- per il disabile del lavoro ai fini del collocamento mirato (art. 1, comma 1, lettera b legge 68/99 che prevede un grado d'invalidità superiore al 33%);
- per persona divenuta disabile durante l'attività lavorativa (art. 4, comma 4, legge 68/99).

E quindi, per tornare al tema della nostra discussione, un tunnel carpale valutato dall'Inail tra il 4 e il 7% di invalidità, può essere considerato l'anticamera del licenziamento, oppure la legge n. 68/99 consente di prevedere una mini tutela per questi lavoratori?

Il professor Giubboni, nella relazione del 2011 ha, in più occasioni, citato la legge 216 sulle norme antidiscriminatorie, indicando che anche questo provvedimento propone delle salvaguardie per i lavoratori disabili.

L'ultima novità più rilevante, sicuramente interessante, che in qualche maniera parla di queste problematiche, è il comma della legge di stabilità 2015, laddove è previsto l'affidamento all'Inail del compito di favorire con progetti mirati il reinserimento del lavoratore disabile a causa del lavoro.

La legge di stabilità 2015 si muove nella linea già tracciata dal d.l. 38/2000, riconoscendo all'istituto assicuratore la possibilità di promuovere progetti personalizzati finalizzati alla conservazione del posto di lavoro o alla ricerca di nuova occupazione, con interventi formativi di riqualificazione professionale, con progetti per il superamento e per l'abbattimento delle barriere architettoniche sui luoghi di lavoro, con interventi di adeguamento e di adattamento delle postazioni di lavoro. Rilevante, a questo proposito, il contenuto delle linee d'indirizzo del Civ del 18 giugno scorso. Il terreno di con-

fronto che ci viene proposto è molto interessante e merita la nostra attenzione per migliorare la tutela individuale e collettiva. Per concludere, quindi, ritengo che ci sia bisogno di parlare delle criticità dell'attuale sistema di protezione dei lavoratori dichiarati inidonei alla mansione a causa di infortuni e malattie professionali per arrivare ad un compendio complessivo di tutta la normativa, che risente della mancanza di una sintesi alta, evitando che un semplice tunnel carpale provocato da un'organizzazione del lavoro insalubre possa tradursi nell'anticamera di un licenziamento.

Relazione

Il licenziamento per sopravvenuta inidoneità alla mansione dopo la Legge Fornero e il Jobs act *

■ di Stefano Giubboni **

1. Ringrazio molto gli organizzatori del convegno per questo invito, che mi dà l'opportunità di tornare su un tema effettivamente centrale, sul quale in questi ultimi anni, e certamente negli anni che ci separano dall'incontro promosso dall'Inca sempre qui a Roma alla fine del 2011¹, sono intervenute novità – normative e giurisprudenziali – molto significative. Quelle più ovvie e conosciute sono evidentemente legate agli interventi di riforma della disciplina dei licenziamenti, e in particolare del sistema dei rimedi attivabili dal lavoratore in caso di licenziamento illegittimo, realizzati, dapprima, nel 2012, con la riscrittura, da parte della legge Fornero, dell'art. 18 dello Statuto dei lavoratori e, da ultimo, con il decreto legislativo n. 23 del 2015, recante la disciplina del cosiddetto contratto a tutele (o, meglio, a indennizzi) crescenti. Ma non meno importanti, come avrò modo di dire fra breve, sono le novità registratesi, da

allora, sul fronte della giurisprudenza, specie europea, e dello stesso diritto antidiscriminatorio generale.

Naturalmente, su tutte queste novità occorre riflettere, cosa che mi propongo di fare qui assecondando le preziose indicazioni metodologiche forniteci, ieri come oggi, da Valerio Zanellato², e muovendo, perciò, proprio da quelli che a mio avviso sono gli sviluppi innovativi di carattere generale più significativi e suscettibili – come tali – di orientarci a quella lettura il più possibile unitaria del complesso (e per certi versi disorganico) insieme di previsioni normative relative alla tutela del posto di lavoro nei casi di sopravvenuta inidoneità allo svolgimento della mansione.

2. All'apparenza, le nozioni sostanziali che sottostanno a tale sistema di tutela non hanno subito mutamenti. La legge n. 92 del 2012 e il decreto legislativo n. 23 del

* Con gli adattamenti e i riferimenti strettamente necessari, è il testo della relazione svolta il 24 giugno 2015 al seminario organizzato, a Roma, dall'Inca e dalla Cgil, sul tema: *Jobs Act ultimo atto, ovvero come ridurre la tutela della salute sul lavoro.*

** Docente di Diritto del lavoro, Università di Perugia.

2015 non contengono, infatti, come noto, una nuova disciplina delle fattispecie di giustificazione del licenziamento, e dello stesso recesso datoriale per sopravvenuta inidoneità del lavoratore alla mansione, quali definite, in via generale, dall'art. 3 della legge n. 604 del 1966. Tanto la legge Fornero quanto il *Jobs act* si sono limitati ad intervenire sui rimedi applicabili contro i licenziamenti illegittimi, senza appunto ridefinire la nozione di giustificato motivo (o di giusta causa) di licenziamento, anche con riguardo alla fattispecie del recesso datoriale per sopravvenuta inidoneità allo svolgimento della mansione. E se è pur vero che la ridefinizione – al ribasso – dell'apparato rimediabile contro il licenziamento illegittimo non è operazione del tutto neutra neppure sul versante della costruzione delle causali giustificative del recesso, potendo rifluire almeno indirettamente su di esse, rimane il fatto che quelle fattispecie sono rimaste formalmente invariate.

E peraltro, tanto la legge n. 92 del 2012, quanto il decreto legislativo n. 23 del 2015, conservano, sia pure con diversa modulazione dell'obbligo risarcitorio ad essa correlato, la tutela reale, cioè la tutela propriamente reintegratoria del rapporto di lavoro illegittimamente risolto dal datore in carenza del presupposto giustificativo (oggettivo) specificamente costituito dalla sopravvenuta inidoneità alla mansione. La tutela ripristinatoria conseguente all'annullamento del licenziamento illegittimo (che è qui in senso proprio invalido), e la connessa tutela risarcitoria specifica, sono quindi state sostanzialmente conservate dall'ordina-

mento, in favore tanto dei lavoratori cui si applica l'art. 18 dello Statuto riformato dalla legge Fornero, tanto dei nuovi assunti con il contratto a tutele crescenti introdotto dal decreto legislativo n. 23 del 2015, allorché il giudice accerti la insussistenza di quel presupposto giustificativo specifico, che consiste nella (asserita) inidoneità sopravvenuta del prestatore di lavoro allo svolgimento delle proprie mansioni.

Anzi, come dirò meglio più avanti, l'art. 2 di tale decreto, se confrontato con il nuovo art. 18, ha significativamente rafforzato, in tali fattispecie, la tutela reintegratoria – come forma di tutela specifica del diritto del lavoratore alla conservazione del posto di lavoro (art. 2058 cod. civ.), realizzata dall'ordine di reintegrazione quale condanna al ripristino della funzionalità del rapporto e al conseguente risarcimento del danno patrimoniale –, commisurando quest'ultimo, come nei casi di licenziamento nullo per violazione dei divieti di discriminazione, a tutte le retribuzioni perdute dal prestatore, dalla data del recesso illegittimo sino a quella dell'effettiva reintegrazione³.

3. L'esatta individuazione dei limiti al potere di recesso del datore di lavoro in caso di sopravvenuta inidoneità alla mansione rimane, ad ogni modo, oggi come ieri, operazione complessa⁴, in quanto esige di procedere al raccordo sistematico di disposizioni che – pensate per lo svolgimento di funzioni e per scopi molto diversi tra di loro – solo con qualche difficoltà riescono a farsi leggere in maniera unitaria: la legge n.

68 del 1999, in materia di diritto al lavoro dei disabili (anche essa destinata a essere incisa in modo significativo dal *Jobs act*); il decreto legislativo n. 81 del 2008, recante la disciplina organica e generale della tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro (che qui rileva soprattutto con le previsioni degli articoli 41 e 42); ma anche, evidentemente, come accennavo poc' anzi, la generale disciplina sul licenziamento individuale, *ex lege* n. 604 del 1966, in necessario collegamento con la normativa antidiscriminatoria di derivazione europea di cui al decreto legislativo n. 216 del 2003, che nel dare attuazione alla direttiva 2000/78/Ce per la parità di trattamento in materia di occupazione e condizioni di lavoro, detta, soprattutto dopo le recenti modifiche legislative, regole di straordinaria rilevanza ai fini della tutela del lavoratore anche nei casi di sopravvenuta inidoneità allo svolgimento delle mansioni.

Si tratta, evidentemente, di previsioni che non solo perseguono obiettivi di tutela significativamente diversi, ma che appartengono anche a fasi diverse di evoluzione dell'ordinamento giuridico; ciò che rende viepiù disagiata tale esercizio di raccordo e di – pur necessaria – lettura unitaria.

4. Oltretutto, occorre tener ben presente che in questa materia hanno sempre avuto un peso molto significativo i principi generali del diritto delle obbligazioni, poiché la nozione di inidoneità sopravvenuta allo svolgimento della mansione è, in realtà, a ben vedere, prima di tutto una nozione civilistica. Essa adatta infatti alla dinamica

del rapporto di lavoro, e alle istanze di tutela della persona del lavoratore ad esso connaturate, la nozione di impossibilità sopravvenuta della prestazione, che avendo qui ad oggetto quel peculiare obbligo di *facere* calato nello schema causale dell'art. 2094 cod. civ., esige di essere rimodulata in corrispondenza. E se nel caso della impossibilità temporanea collegata allo stato di malattia del lavoratore essa si stempera nella più tenue nozione di inesigibilità (art. 2110 cod. civ.), in quello della impossibilità permanente essa va modulata in funzione della tutela dell'interesse alla conservazione del posto di lavoro protetto dall'ordinamento con la speculare limitazione del potere di recesso del datore di lavoro.

Il raccordo tra le due distinte dimensioni della impossibilità – rispettivamente temporanea e permanente – allo svolgimento della prestazione lavorativa è stato del resto chiaramente esplicitato dal nuovo testo dell'art. 18, comma 7, dello Statuto dei lavoratori, introdotto dalla legge n. 92 del 2012, che ha accomunato nella sanzione della reintegrazione nel posto di lavoro (sia pure ad effetti risarcitori attenuati)⁵ il licenziamento intimato in violazione dell'art. 2110 cod. civ. come quello sprovvisto del motivo oggettivo consistente nella inidoneità fisica o psichica del lavoratore, anche ai sensi dell'art. 4, comma 4, e 10, comma 3, della legge n. 68 del 1999⁶. La differenziazione tra le due ipotesi concerne, semmai, nell'area di applicazione dell'art. 18 dello Statuto, il momento procedimentale e preventivo, poiché – risolvendo opportunamente le incertezze interpretative

suscitate dalla novellazione dell'art. 7 della legge n. 604 del 1966 ad opera della legge Fornero – il legislatore (con l'art. 7, comma 4, del decreto-legge n. 76 del 2013, convertito nella legge n. 99 dello stesso anno) ha espressamente escluso il licenziamento per superamento del periodo di comporto dal campo di applicazione della procedura conciliativa prevista da detta disposizione, così lasciando intendere che la stessa valga, viceversa, per la speciale fattispecie di giustificato motivo oggettivo di recesso datoriale consistente nella sopravvenuta inidoneità fisica o psichica allo svolgimento della mansione.

Ma, a riprova dell'orientamento ondivago e incoerente del legislatore, va subito segnalato che il decreto legislativo n. 23 del 2015 ha compiuto, per i lavoratori assunti con il cosiddetto contratto a tutele crescenti, scelte ancora diverse, visto che, da un lato, ha escluso l'applicabilità, in ogni caso, dell'art. 7 della legge n. 604 del 1966 (come novellato dalla legge n. 92 del 2012 e dalla legge n. 99 del 2013) e, dall'altro, e soprattutto, ha apparentemente limitato la tutela reale (ad effetti risarcitori pieni), contemplata dall'art. 2, ai soli casi di illegittimità del licenziamento privo della giustificazione oggettiva consistente nella (asserita) inidoneità sopravvenuta del lavoratore allo svolgimento delle proprie mansioni, senza tuttavia fare riferimento – a differenza dell'art. 18, comma 7, dello Statuto – alla violazione dell'art. 2110 cod. civ.; il che solleva, evidentemente, la questione della esatta individuazione del rimedio attivabile in tale ultima ipotesi.

5. In presenza dunque di un quadro normativo così complesso e stratificato, la chiave di lettura unitaria va più che mai ricercata nei principi generali di fonte costituzionale ed euro-unitaria. Già nella nostra precedente occasione di discussione di questi temi⁷, avevo invero suggerito di tenere insieme questa congerie piuttosto disorganica di materiali normativi alla luce della disciplina antidiscriminatoria di origine europea, riletta come strumento di interpretazione conforme, e al contempo costituzionalmente orientata, della stessa disciplina speciale applicabile al licenziamento del lavoratore disabile, o comunque divenuto fisicamente o psichicamente inidoneo allo svolgimento delle mansioni di attribuzione, ai sensi della legge n. 68 del 1999 e del decreto legislativo n. 81 del 2008.

Non vi è dubbio, infatti, che, per la sua natura in certo senso trasversale e orizzontale⁸, la disciplina antidiscriminatoria si presti, per così dire, a fare da ponte, ad operare come una sorta di collante sistematico tra disposizioni pur diversamente finalizzate. Per cui, già nella mia relazione del 2011, avevo suggerito di valorizzare una norma molto importante, e direi baricentrica, della direttiva 2000/78/Ce, a cui è stata data come ricordato attuazione nel nostro diritto interno con il decreto legislativo n. 216 del 2003. Ravvisavo, infatti, proprio nella previsione di «soluzioni ragionevoli per i disabili», di cui all'art. 5 della direttiva del 2000, quella architrave su cui poggiare il necessario collegamento sistematico tra i diversi strumenti di tutela messi a disposizione dall'ordinamento, anche per la prote-

zione dell'interesse alla conservazione del rapporto di lavoro in caso di sopravvenuta inidoneità alla svolgimento della mansione. Tale norma impone come noto al datore di lavoro di prendere «i provvedimenti appropriati, in funzione delle esigenze delle situazioni concrete, per consentire ai disabili di accedere a un lavoro, di svolgerlo o di avere una promozione o perché possano ricevere una formazione, a meno che tali provvedimenti richiedano da parte del datore di lavoro un onere finanziario sproporzionato». Con la ulteriore – e importante – precisazione che le ragionevoli soluzioni adottabili non sono sproporzionate allorché «l'onere è compensato in modo sufficiente da misure esistenti nel quadro della politica dello Stato membro a favore dei disabili».

6. È altrettanto noto che il decreto legislativo n. 216 del 2003, pur discutibilmente improntato ad un modello di pressoché pedissequa trasposizione delle previsioni della direttiva comunitaria nel diritto interno, avesse ommesso di riprodurre quel precetto nel corpo della normativa di recepimento, probabilmente più per una criticabile (e giustamente criticata)⁹ dimenticanza o trascuratezza, che non per un preciso disegno omissivo. Sennonché quella omissione non necessariamente avrebbe comportato, ad avviso di chi vi parla, una lacuna nella trasposizione della direttiva, visto che la previsione dell'art. 5 avrebbe ben potuto essere recuperata in via di interpretazione conforme del diritto interno.

Ed era esattamente quanto suggerivo allor-

ché evidenziavo come, non solo le previsioni del decreto legislativo volte a vietare la discriminazione, anche indiretta, dei disabili nel rapporto di lavoro, ma altresì le norme della legge n. 68 del 1999 (in particolare l'art. 10), e ancor più quelle successivamente contenute negli articoli 41 e 42 del decreto legislativo n. 81 del 2008, avrebbero dovuto essere interpretate e applicate alla luce dell'art. 5 della direttiva 2000/78/Ce, essendosi in presenza di una ipotesi di sicura praticabilità dell'obbligo di interpretazione conforme, gravante anzitutto sul giudice nazionale.

7. Oggi quella proposta interpretativa risulta superata, ma per meglio dire positivamente inverata, dalla evoluzione legislativa innescata dalla sentenza con la quale il 4 luglio 2013 la Corte di giustizia dell'Unione Europea ha statuito che la Repubblica italiana, non avendo imposto a tutti i datori di lavoro di prevedere, in funzione delle esigenze delle situazioni concrete, soluzioni ragionevoli applicabili a tutti i disabili, è venuta meno all'obbligo di recepire correttamente e completamente l'art. 5 della direttiva 2000/78/Ce¹⁰. Il legislatore nazionale si è infatti tempestivamente adeguato a tale statuizione (con l'art. 4-ter della legge n. 99 del 2013), introducendo, nel corpo dell'art. 3 del decreto legislativo n. 216 del 2003, una apposita previsione di recepimento dell'art. 5 della direttiva, alla stregua della quale è oggi espressamente stabilito che, al fine di garantire il rispetto del principio della parità di trattamento delle persone con disabilità, tutti i datori di lavoro, pubblici o privati, sono tenuti ad adottare gli «accomoda-

menti ragionevoli» nei luoghi di lavoro, quali definiti dalla apposita Convenzione delle Nazioni Unite, ratificata dall'Italia con la legge n. 18 del 2009, onde appunto garantire a tutti i soggetti in tal modo protetti la piena eguaglianza con gli altri lavoratori.

Tale previsione ha una essenziale funzione baricentrica, e di raccordo sistematico delle norme a tutela dei lavoratori disabili, in quanto riesce a innervare l'ordinamento sotto un duplice profilo.

8. Sotto un primo profilo, essa detta un obbligo generale – incidente su ogni momento dello svolgimento del rapporto, e a maggior ragione su quello decisivo della individuazione degli strumenti intesi a garantirne la conservazione di fronte alla sopravvenuta inidoneità del prestatore di lavoro –, alla cui stregua il datore è tenuto ad effettuare ogni ragionevole adattamento, naturalmente anche di natura organizzativa, con il solo limite, stabilito dall'art. 5 della direttiva, della misura concretamente proporzionata dei costi finanziari all'uopo necessari.

L'art. 3, comma 3-*bis*, del decreto legislativo n. 216 del 2003 non individua, neanche in via esemplificativa, il contenuto dei ragionevoli adattamenti ricadenti nella sfera dell'obbligo gravante sul datore di lavoro. Si tratta di una scelta a nostro avviso opportuna¹¹, che apre la nozione di ragionevoli adattamenti, senza ingessature analitiche, all'ampia e di per sé non predeterminabile variabilità delle concrete esigenze di protezione, rispetto alle quali possono comunque soccorrere le indicazioni rivenien-

ti dalla direttiva 2000/78/Ce o dalla stessa Convenzione della Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità. Per cui certamente i ragionevoli adattamenti potranno comprendere, in funzione delle concrete esigenze del singolo caso, oltre a interventi di natura materiale o strutturale (dalla sostituzione di macchinari alla introduzione di ausili o modifiche ergonomiche, sino alla ristrutturazione edile degli ambienti di lavoro), il trasferimento del lavoratore, il suo distacco, la riduzione o la riarticolazione dell'orario di lavoro, ad esempio con diversa distribuzione dell'impegno lavorativo nel contratto a tempo parziale, o ancora la rotazione o la esclusione da turni non più sostenibili, come anche – senza alcun dubbio – la redistribuzione delle mansioni, inevitabilmente coinvolgente anche altre posizioni lavorative insistenti sul medesimo contesto organizzativo aziendale.

9. Per questo, l'obbligo dei ragionevoli adattamenti – come forma di azione positiva mirata alla garanzia della eguaglianza sostanziale di trattamento dei lavoratori disabili – infrange la barriera dogmatica, che continua viceversa a presidiare la nozione generale di giustificato motivo oggettivo di licenziamento *ex* art. 3 della legge n. 604 del 1966, che vuole le scelte organizzative e gestionali del datore di lavoro un dato intangibile, non scalfibile dal controllo giudiziale (art. 30 della legge n. 183 del 2010) perché rimesso alla originaria e non comprimibile libertà di iniziativa economica dell'imprenditore.

La previsione dell'art. 3, comma 3-*bis*, del

decreto legislativo n. 216 del 2003 ridetermina in modo specifico, a tutela della persona disabile e in vista del raggiungimento di obiettivi di eguaglianza sostanziale, i termini del bilanciamento, di cui quella impostazione dogmatica è espressione sul piano generale; e rimanendo sempre nel perimetro delle scelte consentite dall'art. 41 Cost., comprime la libertà organizzativa del datore di lavoro, almeno sino al punto in cui le ragionevoli soluzioni concretamente praticabili, per consentire nella specie la conservazione del posto del prestatore divenuto inidoneo allo svolgimento della mansione, non determinino un costo finanziario sproporzionato a carico di quest'ultimo. È questo l'unico limite, anche esso inevitabilmente relativo (perché commisurato alla concreta capacità economica dell'impresa), che la legge fissa alla sfera, virtualmente assai ampia, dell'obbligo dei ragionevoli adattamenti, rendendo per contro del tutto inopponibile – tutte le volte in cui si tratti di garantire la parità di trattamento del lavoratore disabile (e indipendentemente dal fatto che la disabilità sia originaria o sopravvenuta) – qualunque pretesa immutabilità della organizzazione aziendale, come se si fosse in presenza, per l'appunto, di un dato *a priori*, nel quale si ipostatizza, sino quasi a sacralizzarsi, la libertà economica dell'imprenditore.

10. L'altro profilo è non meno rilevante, giacché completa il primo dando alla norma un campo di applicazione soggettivo comprensivo di tutte le situazioni di disabilità – non importa se originaria o sopravvenuta, e se dipendente o no da cause profes-

sionali o extralavorative –, nell'ampio senso fatto proprio dalla direttiva 2000/78 e dalla stessa Convenzione delle Nazioni Unite sopra ricordata. E anche sotto questo profilo, a soccorrere l'interprete del decreto legislativo n. 216 del 2003 è la giurisprudenza della Corte di giustizia dell'Unione Europea.

Già nella sentenza *Chacón Navas* dell'11 luglio 2006¹², la Corte aveva chiarito che la direttiva 2000/78, pur non dettando una definizione espressa, accoglie, soprattutto con la norma contenuta nel suo art. 5, una nozione ampia e dinamica di *handicap*, da intendere come qualunque limitazione che, derivando da menomazioni fisiche, mentali o psichiche, ostacola la partecipazione della persona considerata alla vita professionale. Tale definizione è stata ribadita e ulteriormente precisata dalla Corte in una più recente sentenza¹³, che assume particolare rilievo nel contesto della nostra discussione perché è esplicitamente riferita a un caso di sopravvenuta inidoneità alla svolgimento dell'attività lavorativa in relazione a una condizione patologica causata da una malattia diagnosticata come incurabile.

In tale ultima pronuncia, la Corte rammenta anzitutto che la ricordata Convenzione dell'Onu, ratificata dall'Unione Europea con decisione del 26 novembre 2009, ovvero dopo la pronuncia della sentenza *Chacón Navas*, riconosce che la disabilità è un concetto in evoluzione, essendo il risultato dell'interazione tra persone con menomazioni e barriere comportamentali e ambientali, che impediscono la loro piena

ed effettiva partecipazione alla vita sociale e lavorativa su basi di eguaglianza con gli altri. Per tale motivo l'art. 1 della Convenzione definisce le persone con disabilità come «coloro che presentano durature menomazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali che in interazione con barriere di diversa natura possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su una base di eguaglianza con gli altri».

Ciò consente alla Corte di chiarire che la definizione della nozione di *handicap* ai sensi dell'art. 1 della direttiva 2000/78/Ce precede la determinazione e la valutazione delle misure di adattamento previste dall'art. 5 di quest'ultima, giacché queste dipendono unicamente dalle concrete esigenze di integrazione professionale della persona con disabilità¹⁴. Onde la nozione di *handicap* di cui alla direttiva deve essere senz'altro interpretata nel senso che essa include «una condizione patologica causata da una malattia diagnosticata come curabile o incurabile, qualora tale malattia comporti una limitazione, risultante in particolare da menomazioni fisiche, mentali o psichiche, che, in interazione con barriere di diversa natura, possa ostacolare la piena ed effettiva partecipazione della persona interessata alla vita professionale su basi di eguaglianza con gli altri lavoratori, e tale limitazione sia di lunga durata»¹⁵. Conseguendone, altresì, che la natura delle misure che il datore di lavoro deve adottare ai sensi dell'art. 5 della direttiva (e ora dell'art. 3, comma 3-*bis* del decreto legislativo n. 216 del 2003) non è determinante al fine di ritenere che lo stato di salute di una persona sia riconducibile a

tale nozione, visto che sono proprio quelle misure a dover essere commisurate a tale stato di salute e non viceversa.

11. Alla luce di questa sintetica analisi delle fonti comunitarie e internazionali, possiamo pertanto concludere che l'obbligo generale di adottare tutte quelle ragionevoli misure di adattamento che siano richieste dalla situazione concreta si riferisce a una nozione ampia e dinamica di *handicap*, certamente più estesa di quella impiegata dalla legge n. 68 del 1999 in relazione alle diverse categorie e ai corrispondenti diversi gradi di inabilità intorno a cui sono designate le norme sull'avviamento al lavoro dei disabili. Tutte le persone che, per una minorazione fisica, psichica, sensoriale o intellettuale, soffrono di un *deficit* di integrazione nella vita professionale o nel rapporto di lavoro, rientrano nella nozione di *handicap* cui si riferisce la direttiva e risultano quindi protette dall'obbligo delle soluzioni ragionevoli ora espressamente recepito dal decreto legislativo n. 216 del 2003. Questa nozione include le ipotesi di sopravvenuta inidoneità allo svolgimento della prestazione lavorativa, dipendenti da menomazioni fisiche, mentali, psichiche o sensoriali, che, in interazione con barriere di diversa natura, possano ostacolare la piena ed effettiva partecipazione della persona interessata alla vita professionale su basi di eguaglianza con gli altri lavoratori, compromettendone – segnatamente – la conservazione del posto di lavoro. L'obbligo dei ragionevoli adattamenti dovrà essere pertanto effettivamente commisurato a

tutte le misure atte – in concreto – a scongiurare l'espulsione di tale lavoratore, anche modificando l'assetto organizzativo aziendale, con il solo limite della comprovata sproporzione degli oneri finanziari a tal fine necessari.

12. L'adempimento di questo obbligo, gravante su ogni datore di lavoro, condiziona dunque «a monte» il potere di recesso dell'imprenditore, che in tanto potrà legittimamente risolvere il rapporto per sopravvenuta inidoneità della prestazione lavorativa, in quanto abbia adottato tutti gli adattamenti ragionevoli prescritti dall'art. 3, comma 3-*bis*, del decreto legislativo n. 216 del 2003. È pertanto in questa previsione normativa – di esplicito recepimento dell'art. 5 della direttiva 2000/78/Ce – che va individuata la chiave di lettura unitaria del sistema di tutela del lavoratore (anche) nei casi di sopravvenuta inidoneità alla svolgimento della prestazione dedotta nel contratto.

Le specifiche previsioni dettate al riguardo dalle legge devono essere tutte interpretate alla luce di tale obbligo generale, concorrendo esse a disegnare un apparato di tutela che può dirsi unitario e omni-includente, proprio perché abbraccia tutte le situazioni alle quali si riferisce l'art. 3, comma 3-*bis*, del decreto legislativo n. 216 del 2003. Per cui le disposizioni degli articoli 4, comma 4, e 10, comma 3, della legge n. 68 del 1999, espressamente richiamate tanto dall'art. 18, comma 7, dello Statuto dei lavoratori quanto dall'art. 2, comma 4, del decreto legislativo n. 23 del 2015, debbono essere considerate manifestazioni puntuali

della regola generale direttamente desumibile dalla norma antidiscriminatoria di cui all'art. 3 del decreto legislativo n. 216 del 2003.

Lo stesso deve naturalmente essere predicato anche delle analoghe e convergenti previsioni normative – pur non richiamate né dal nuovo testo dell'art. 18 né dall'art. 2 del decreto legislativo n. 23 del 2015 – contenute negli articoli 1, comma 7, della legge n. 68 del 1999 e 42 del decreto legislativo n. 81 del 2008: norma, quest'ultima, che è peraltro già deputata a svolgere una funzione per così dire riassuntiva e unificante almeno del «nucleo duro» degli obblighi gravanti sul datore di lavoro in (ogni) caso di sopravvenuta inidoneità allo svolgimento della mansione specifica¹⁶, laddove per l'appunto dispone in via generale che questi dovrà adibire, ove possibile, il lavoratore a mansioni equivalenti o, in mancanza, a mansioni inferiori garantendo comunque il trattamento di provenienza.

13. Interpretate alla luce della previsione generale e trasversale dell'art. 3, comma 3-*bis*, del decreto legislativo n. 216 del 2003, le singole previsioni legislative dettate a tutela della conservazione del posto di lavoro del prestatore con disabilità (originaria o sopravvenuta; a eziologia professionale e non) assumono un significato evidentemente più ampio e al contempo più preciso.

In particolare, l'adibizione a mansioni equivalenti o, in mancanza, inferiori (con conservazione del trattamento economico e normativo corrispondente alle mansioni di provenienza), costituisce soltanto uno

dei ragionevoli adattamenti rientranti nell'obbligo generale imposto dall'art. 3, comma 3-*bis*, del decreto legislativo n. 216 del 2003. Si tratta, beninteso, dell'obbligo essenziale – e in questo senso l'art. 42 del decreto legislativo n. 81 del 2008 tipizza espressamente il «nucleo duro» degli obblighi gravanti sul datore di lavoro – ai fini della giustificazione del licenziamento del lavoratore che non sia possibile ricollocare in mansioni equivalenti e neppure inferiori; ma è evidente che esso andrà inteso nell'ampio senso teleologico-funzionale che vale per ogni altro adempimento riconducibile alla previsione della direttiva comunitaria e del decreto legislativo n. 216 del 2003.

Non sarà quindi (più) sufficiente, ai fini dell'esatto adempimento di tale obbligo, che il datore di lavoro dimostri di non poter reperire una mansione (equivalente o inferiore) all'interno dell'organizzazione aziendale data. L'obbligo sarà infatti adempiuto soltanto ove il datore di lavoro dimostri che gli adattamenti, anche di natura organizzativa, che sarebbero nella specie effettivamente necessari per consentire la ricollocazione (*i.e.* il *répechage*, nella prospettiva dell'art. 3 della legge n. 604 del 1966) del lavoratore divenuto inidoneo alla specifica mansione, gli imporrebbero la sopportazione di un onere finanziario irragionevole, vale a dire sproporzionato nel senso precisato dall'art. 5 della direttiva 2000/78/Ce.

14. La prova della impraticabilità degli adattamenti necessari, ovvero della loro irragionevolezza e sproporzione finanziaria,

dovrà peraltro essere fornita dal datore di lavoro in termini concreti e rigorosi, tenendo conto, quindi, di tutte le soluzioni effettivamente disponibili (dalla redistribuzione delle mansioni al cambiamento dei turni o alla riduzione e rimodulazione dell'orario di lavoro, fino agli interventi di carattere materiale, come il riallestimento della postazione lavorativa o la ristrutturazione edilizia). In caso di contestazione in giudizio del licenziamento intimato per sopravvenuta inidoneità, l'onere probatorio in tal senso gravante sul datore dovrà pertanto essere puntualmente esteso quantomeno a tutti i concreti accorgimenti o adattamenti che siano stati prospettati come possibili, praticabili e ragionevoli dal lavoratore contro-interessato in sede di ricorso introduttivo.

Come evidente, l'accoglimento della prospettiva interpretativa qui proposta esige un profondo ripensamento degli orientamenti consolidati in giurisprudenza¹⁷, non fosse altro perché richiede il superamento di quel limite dogmatico, sempre tenuto fermo dalla Cassazione, alla cui stregua la prova della impossibilità di adibire a mansioni equivalenti o inferiori il lavoratore divenuto inidoneo va fondamentalmente circoscritta alla organizzazione aziendale esistente, erroneamente assunta come una sorta di dato «ontologico» non modificabile in quanto protetto dallo scudo della libertà di iniziativa economica privata ai sensi dell'art. 41, comma 1, Cost. Ma una siffatta interpretazione contraddice frontalmente il significato dell'art. 3, comma 3-*bis*, del decreto legislativo n. 216 del 2003, svuotandolo di fatto di contenuto, visto

che la norma ha proprio il significato di spostare i termini del bilanciamento tra gli interessi (e i valori costituzionali) in gioco in favore del lavoratore disabile, imponendo al datore – nei limiti di ragionevolezza più volte rammentati – di intervenire, modificandola e adattandola, sulla organizzazione aziendale al momento «data».

15. In conclusione, dunque, quantomeno con riguardo a quella specifica ipotesi di licenziamento per giustificato motivo oggettivo consistente nella sopravvenuta inidoneità fisica o psichica del lavoratore (che gli articoli 18, comma 7, della legge n. 300 del 1970 e 2, comma 4, del decreto legislativo n. 23 del 2015 enucleano al fine di ricondurla nell'area applicativa della tutela reale, ad effetti risarcitori rispettivamente attenuati o pieni), occorre ritenere che il presupposto giustificativo che legittima il recesso datoriale risulta qualificato e, per così dire, aggravato, dovendo il datore fornire la prova, non solo della impossibilità di adibire il lavoratore a mansioni equivalenti o inferiori nella data organizzazione aziendale, ma altresì quella di non poter operare – per il carattere oggettivamente sproporzionato degli oneri finanziari implicati – quegli adattamenti organizzativi o di altra natura che consentirebbero la conservazione del posto di lavoro. E si badi che un siffatto carattere sproporzionato è per definizione da escludere tutte le volte in cui ai costi di adattamento concorra lo Stato, cosa che l'importante previsione introdotta con la legge di stabilità per il 2015, n. 190 del 2014, renderà certamente più facile che in passato, at-

tribuendo all'Inail funzioni di indubbio rilievo nell'ottica della costruzione di una tutela globale integrata della persona vittima di infortunio o di tecnopatia¹⁸.

In tal modo, la *ratio* antidiscriminatoria dell'art. 3, comma 3-*bis*, del decreto legislativo n. 216 del 2003, in quanto improntata alla logica della eguaglianza sostanziale e della effettiva parità di trattamento del lavoratore disabile (art. 3, comma 2, Cost.), irrorra le stesse tutele specificamente apprezzate dall'ordinamento in vista della protezione dell'interesse del prestatore, che abbia perduto l'idoneità allo svolgimento della mansione specifica, alla conservazione del proprio posto di lavoro. E non a caso, in coerenza con questo impianto, il legislatore individua nella tutela reintegratoria – che è la tutela sempre riservata in via generale ai licenziamenti nulli per violazione dei divieti di discriminazione operanti nell'ordinamento – il rimedio attivabile anche contro il licenziamento intimato, anche ai sensi degli articoli 4, comma 4, e 10, comma 3, della legge n. 68 del 1999, in difetto del giustificato motivo oggettivo consistente nella sopravvenuta inidoneità del lavoratore allo svolgimento delle proprie mansioni.

16. E invero, come accennato, sia la legge Fornero che il *Jobs act* conservano la regola della tutela reintegratoria per i casi di illegittimità del licenziamento derivante dall'accertamento del difetto della giustificazione oggettiva consistente nella perdita della idoneità psicofisica allo svolgimento della mansione. Ma, come pure accennato, mentre la legge Fornero, nel riscrivere l'art.

18 dello Statuto, contempla per queste ipotesi la reintegrazione ad effetto risarcitorio limitato (ai sensi del quarto comma), riferendo lo stesso rimedio anche alla violazione dell'art. 2110 cod. civ., l'art. 2, comma 4, del decreto legislativo n. 23 del 2015 dischiude – del tutto eccezionalmente – ai lavoratori assunti con il contratto a tutele crescenti, che siano stati licenziati per sopravvenuta inidoneità di cui risulti accertato il difetto, le porte della tutela reale piena (cioè senza tetti risarcitori e anzi con il minimo delle cinque mensilità)¹⁹, equivalente a quella che la norma statutaria riserva ai casi di nullità del licenziamento per motivo discriminatorio o illecito²⁰.

La scelta del legislatore delegato è stata sottoposta a critica da un commentatore, in ragione del fatto che essa, eccedendo i limiti della delega, ha esteso ad una ipotesi di difetto della giustificazione oggettiva del licenziamento le stesse conseguenze della nullità per violazione dei divieti di discriminazione. Oltretutto, come fa notare questa dottrina, il decreto legislativo n. 23 del 2015 «è probabilmente incorso in una svista tecnica, poiché non ha inserito nell'art. 9 anche il richiamo al comma 3 dell'art. 2; in tal modo non è stata esclusa la reintegrazione per il licenziamento ingiustificato per inesistente inidoneità del lavoratore per i datori che non raggiungono i limiti dimensionali dell'art. 18»²¹.

17. Si tratta tuttavia di una critica infondata, anzitutto perché il governo ha come ben noto un ampio potere di riempimento della delega in coerenza con i criteri direttivi

da questa tracciati; e la previsione della tutela reintegratoria per le ipotesi in questione (in sintonia peraltro con la previsione dell'art. 18, comma 7, dello Statuto dei lavoratori) è certamente coerente con tali criteri. Inoltre tale critica trascura la indubbia specialità della ipotesi della sopravvenuta inidoneità, qui in esame, e in particolare i fortissimi intrecci sistematici che essa intrattiene, come abbiamo cercato di dimostrare, con le previsioni antidiscriminatorie di cui alla direttiva 2000/78/Ce e al decreto legislativo n. 216 del 2003, che ad essa dà attuazione (in primo luogo con la disposizione che risulta oggi inserita al comma 3-*bis* dell'art. 3).

Un commentatore malizioso potrebbe probabilmente obiettarci che difficilmente il legislatore delegato del *Jobs act* ha orientato le proprie scelte tecniche in base a una tale consapevolezza sistematica. Ma ciò non toglie che quelle scelte si siano qui sedimentate in un dettato normativo che – sul punto – appare di non equivocabile significato (oltre che di indubbia legittimità costituzionale).

18. L'analisi sin qui svolta ci consegna peraltro conclusioni solo parzialmente rassicuranti. È vero, infatti, che, anche dopo la legge Fornero e il *Jobs act*, il licenziamento intimato per una inesistente inidoneità sopravvenuta alla mansione rimane sanzionato con la reintegrazione nel posto di lavoro. Ma è anche vero che il contesto normativo più generale dentro il quale si colloca questa previsione, ancora improntata ad una logica di tipo garantistico, appare tutto in-

dirizzato ad una riduzione drastica dei diritti e della tutele, come dimostra plasticamente la riscrittura dell'art. 2103 cod. civ., in pratica una restaurazione dell'*ancien régime* pre-statutario²², e ancor più quella preannunciata dell'art. 4 dello Statuto dei lavoratori.

Per cui è facile ad esempio prevedere che, soprattutto per i lavoratori che saranno assunti con il contratto a tutele crescenti, la giustificazione generale del licenziamento tenderà sempre di più ad essere, specie nei casi dubbi, quella di tipo economico-organizzativo, che nell'impianto del decreto legislativo n. 23 del 2015 conosce solo il debolissimo rimedio dell'indennizzo crescente con l'anzianità di servizio del lavoratore (ma che anche nella concreta applicazione giurisprudenziale del nuovo art. 18 dello Statuto, applicabile «ad esaurimento» ai lavoratori già in servizio, tende ad essere sanzionata solo con la tutela economica, con esclusione della reintegrazione).

Ma è proprio questo contesto, e se posso dire questa complessiva deriva della stessa cultura giuslavoristica del nostro paese, ad esigere in noi un atteggiamento di ferma e rigorosa difesa e valorizzazione di quegli strumenti di tutela – penso per esempio, per ovvia connessione col tema trattato, anche all'art. 2087 cod. civ. – che l'ordinamento ci mette ancora a disposizione. Almeno fino alla prossima controriforma.

Note

- 1 Cfr. S. Giubboni, *Sopravvenuta inidoneità alla mansione e licenziamento. Note per una interpretazione «adeguatrice»*, in *Notiziario Inca – Quaderni di Medicina Legale del Lavoro*, n. 3/2012, *Inidoneità alla mansione*, Atti del seminario Inca di Roma, 6-7 dicembre 2011, pp. 11 ss. (poi anche in *Riv. it. dir. lav.*, 2012, I, pp. 289 ss.).
- 2 V. infatti già V. Zanellato, *Inca e categorie per un'effettiva rete di sostegno ai lavoratori*, in *Notiziario Inca – Quaderni di Medicina Legale del Lavoro*, n. 3/2012, *Inidoneità alla mansione*, Atti del seminario Inca di Roma, 6-7 dicembre 2011, pp. 7 ss.
- 3 A cui si aggiunge, naturalmente, l'obbligo del datore di provvedere all'integrale versamento dei contributi di previdenza e assistenza obbligatoria. Su tale profilo v. ora R. Vianello, *Il regime contributivo del licenziamento nel contratto a tutele crescenti*, in F. Carinci, C. Cester (a cura di), *Il licenziamento all'indomani del d. lgs. n. 23/2015 (contratto di lavoro a tempo indeterminato a tutele crescenti)*, Adapt Labour Studies, e-Book series n. 46, Adapt University Press, 2015, pp. 219 ss.
- 4 Cfr., più di recente, D. Casale, *Malattia, inidoneità psicofisica e handicap nella novella del 2012 sui licenziamenti*, in *Argomenti dir. lav.*, 2014, pp. 401 ss.
- 5 Il che, a rigore, comporta, nell'area di applicazione dell'art. 18 dello Statuto dei lavoratori, una attenuazione della tutela, visto che in precedenza questa avrebbe dovuto coincidere, in virtù della naturale forza espansiva della norma statutaria (e secondo l'orientamento preferibile), con gli effetti reintegratori pieni conseguenti all'accertamento della nullità del licenziamento per violazione della norma imperativa di cui all'art. 2110 cod. civ. Ma il problema più acuto si pone a ben vedere in riferimento all'area di applicazione della tutela obbligatoria di cui alla legge n. 604 del 1966, giacché per le imprese di minori dimensioni il licenziamento intimato in violazione dell'art. 2110 continua a dover essere qualificato come nullo per contrasto con norma imperativa ex art. 1418 cod. civ., «dando luogo a conseguenze sanzionatorie più pesanti (perché non opera la limitazione indennitaria) rispetto a quelle attualmente previ-

ste nell'area della tutela reale» (così R. Voza, *Licenziamento e malattia: le parole e i silenzi del legislatore*, Working Papers Centro Studi di Diritto del Lavoro Europeo Massimo D'Antona, It - 248/2015, p. 12).

- 6 Secondo la prevalente opinione degli interpreti, peraltro, il riferimento alla violazione dell'art. 2110 cod. civ., in linea con la giurisprudenza consolidata anteriormente alla novella dell'art. 18 dello Statuto, sarebbe limitato alle ipotesi di licenziamento effettuato sull'erroneo presupposto del superamento del periodo di comporto, mentre rimarrebbe solo temporaneamente inefficace il recesso (diverso da quello per giusta causa, senz'altro idoneo a estinguere in via immediata il rapporto) intimato sulla base di una autonoma giustificazione soggettiva o oggettiva. Cfr. in tal senso, tra gli altri, Voza, *Licenziamento e malattia*, cit., p. 11, il quale osserva come «il licenziamento “in violazione” dell'art. 2110, a cui fa riferimento il novellato art. 18 St. lav., sia quello intimato, non *durante*, ma *a causa* della (assenza per) malattia, ossia in ragione dell'asserito superamento del periodo di comporto, che non è stato – in realtà – superato». *Contra*, per una lettura espansiva (e innovativa) della previsione del novellato art. 18, Casale, *Malattia, inidoneità psicofisica e handicap*, cit., p. 404.
- 7 Cfr. Giubboni, *Sopravvenuta inidoneità alla mansione*, cit., spec. pp. 14 ss.; ma v., già in precedenza, Id., *Il licenziamento del lavoratore disabile tra disciplina speciale e tutela antidiscriminatoria*, in C. La Macchia (a cura di), *Disabilità e lavoro*, Roma, Ediesse, 2009, pp. 180 ss.
- 8 Su questo tratto caratterizzante (che segna peraltro anche il limite sostanziale) della tutela antidiscriminatoria, v. in generale S. Giubboni, S. Borelli, *Discriminazioni, molestie, mobbing*, in *Trattato di diritto del lavoro* diretto da M. Persiani e F. Carinci, vol. IV, t. II, *Contratto di lavoro e organizzazione. Diritti e obblighi*, a cura di M. Marazza, Padova, Cedam, 2011, pp. 1819 ss. (ove ulteriori riferimenti al dibattito dottrinale e giurisprudenziale).
- 9 Cfr. M. Barbera, *Le discriminazioni basate sulla disabilità*, in Ead. (a cura di), *Il nuovo diritto antidiscriminatorio. Il quadro comunitario e nazionale*, Milano, Giuffrè, 2007, pp. 77 ss., spec. p. 81.

- 10 V. Corte di giustizia Ue, causa C-312/11, *Commissione europea contro Repubblica italiana*, in *Riv. dir. sic. soc.*, 2013, p. 623, con nota di M. Marasca.
- 11 Per una diversa valutazione v. però Casale, *Malattia, inidoneità psicofisica e handicap*, cit., p. 409, alla nota 28.
- 12 Causa C-13/05.
- 13 Corte di giustizia Ue, 11 aprile 2013, cause C-335/11 e C-337/11, *HK Danmark*.
- 14 Par. 45 della sentenza.
- 15 Par. 47 della sentenza.
- 16 Ma si rammenti che per l'area del pubblico impiego contrattualizzato vige una disciplina specifica – caratterizzata da una accentuata procedimentalizzazione dei poteri/doveri datoriali in funzione garantistica –, che supera queste stesse previsioni: cfr. il decreto del Presidente della Repubblica 27 luglio 2011, n. 171, recante il regolamento di attuazione in materia di risoluzione del rapporto di lavoro dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche dello Stato e degli enti pubblici nazionali in caso di permanente inidoneità psicofisica, a norma dell'art. 55-*octies* del decreto legislativo n. 165 del 2001.
- 17 Si veda, per tutte, la recente rassegna critica di A. Topo, *Il licenziamento del lavoratore malato e del lavoratore disabile*, in *Giur. it.*, 2014, n. 2, c. 436 ss.
- 18 Il comma 166 dell'articolo unico della legge n. 190 del 2014 attribuisce infatti, all'Inail, addossandole al relativo bilancio senza nuovi oneri per la finanza pubblica, le competenze in materia di reinserimento e reintegrazione delle persone con disabilità da lavoro, da realizzare con progetti personalizzati mirati alla conservazione del posto di lavoro o alla ricerca di nuova occupazione, con interventi formativi di riqualificazione professionale, con progetti per il superamento e per l'abbattimento delle barriere architettoniche sui luoghi di lavoro e con interventi di adeguamento e adattamento delle postazioni di lavoro.
- 19 V. però quanto diversamente sostenuto, sul punto, da G. Proia, *Il contratto di lavoro subordinato a tutele crescenti*, in R. Pessi et al., *Jobs Act e licenziamento*, Torino, Giappichelli, 2015, pp. 55 ss., spec. p. 66.

20 L'art. 2, comma 4, non menziona invece, come pure rammentato, il licenziamento intimato in violazione dell'art. 2110 cod. civ., rendendo incerta la individuazione del rimedio applicabile in questo caso, che ad avviso di chi scrive deve esser quello della nullità di diritto comune derivante da contrasto con norma imperativa (v. S. Giubboni, *Profili costituzionali del contratto di lavoro a tutele crescenti*, in *Costituzionalismo.it*, fascicolo 1 del 2015, par. 2), ma che non è escluso possa essere individuato nella mera tutela indennitaria prevista in generale dal decreto legislativo n. 23 del 2015, in forza dell'argomento per cui è questa, nell'impianto del *Jobs act*, la tutela per l'appunto generale-residuale per il licenziamento illegittimo dei lavoratori assunti con il contratto a tutele crescenti (cfr. C. Pisani, *Il nuovo regime di tutele per il licenziamento ingiustificato*, in Pessi et al., *Jobs Act*, cit., pp. 17 ss., spec. p. 20).

21 Così Pisani, *Il nuovo regime*, cit., p. 47.

22 Il solo lato di un qualche interesse positivo del «nuovo» art. 2103 cod. civ., che come noto abolisce il requisito della equivalenza, è che esso potrebbe dare spunti (che qui non posso peraltro sviluppare) per rafforzare quell'orientamento giurisprudenziale che, in caso di licenziamento per giustificato motivo oggettivo, esige dal datore la prova di avere offerto al prestatore di lavoro la possibilità di esser «ripescato» in mansioni inferiori. Per una critica autorevole alla nuova formulazione della disposizione v. F. Liso, *Brevi osservazioni sulla revisione della disciplina delle mansioni contenuta nel decreto legislativo n. 81/2015 e su alcune recenti tendenze di politica legislativa in materia di rapporto di lavoro*, Working Papers Centro Studi di Diritto del Lavoro Europeo Massimo D'Antona, It - 257/2015.

Relazione

Il ruolo degli Uffici vertenze della Cgil per tutelare i lavoratori dichiarati inidonei

■ di Ivano Corraini*

La lezione del professor Giubboni ci ha fornito un quadro normativo non solo, ovviamente, completo della complessa materia ma ha, a mio parere, offerto a noi argomenti, strumenti per indirizzare meglio la nostra azione di tutela per quei lavoratori che non fossero più in grado di svolgere la mansione a cui erano assegnati a causa di infortunio o di malattia professionale sopravvenuta. In particolare la sua sottolineatura del valore che ha avuto la sentenza della Corte di giustizia dell'Unione Europea, che ha sanzionato l'Italia per non aver correttamente recepito la direttiva sulla non discriminazione sul lavoro dei lavoratori disabili (art. 5 della direttiva 78 del 2000). Che il datore di lavoro sia tenuto a individuare soluzioni organizzativamente ragionevoli per consentire al lavoratore, divenuto invalido, di proseguire l'attività lavorativa e non solamente l'individuazione di possibili mansioni alternative, come poteva sembrare dalla lettura dell'art. 4 comma 4 della legge 68, offre a noi uno strumento in più per difendere un lavoratore qualora licenziato ingiustamente, ma offre

soprattutto a tutto il sindacato un argomento forte per svolgere il suo ruolo di contrattazione dell'organizzazione del lavoro per condizioni generali migliori per tutti e specifiche nel caso di incompatibilità dell'organizzazione del lavoro e sopravvenuta disabilità.

In un periodo in cui la contrattazione e in particolare la contrattazione dell'organizzazione del lavoro ha subito arretramenti consistenti, avere uno stimolo in più per riprenderla riqualificandola non è un fatto da considerare marginale.

Il compito che mi viene assegnato oggi è quello di parlare del ruolo degli Uffici vertenze della Cgil per tutelare i lavoratori dichiarati inidonei alla mansione per infortunio o malattia.

Non vi nascondo che per preparare questa comunicazione ho dovuto fare un po' un ripasso della materia, sia per la sua complessità, ma anche perché io stesso sono un testimone involontario di come talune materie, nel sindacato, siano considerate per specialisti, e a essi delegate, non sviluppando quella interdisciplinarietà che è necessa-

* Ufficio giuridico della Cgil nazionale.

ria in un sindacato generale che fa della tutela anche individuale un caposaldo del suo agire.

Questo limite, per il quale è un dovere lavorare per limitarne i danni, è, al contempo, causa ed effetto di un fattore altrettanto negativo nell'organizzazione, ovvero il lavoro a compartimenti chiusi su materie che sono invece affini, con scarso coordinamento, come risulterà evidente dalle cose che successivamente dirò.

Colgo la mia partecipazione a questo convegno promosso dall'Inca come l'occasione per cominciare a invertire quest'ultimo comportamento che ci contraddistingue da tempo.

Fondo la mia comunicazione sui dati concreti dell'attività degli Uffici vertenze legali della Cgil su questa tematica, soprattutto sulla loro dimensione quantitativa, atteso che gli Uvl svolgono azioni di tutela in tre direzioni. La prima direzione riguarda l'impugnazione di licenziamenti illegittimi perché mancano i presupposti oggettivi della sopravvenuta inidoneità alla mansione sulla base della attuale normativa, così come risulta dopo legge n. 92/12 che, come ha spiegato il professor Giubboni, appare sostanzialmente la stessa del vecchio art. 18 l. 300 al fine della tutela reale (reintegra) e che non è stata, su questo punto, modificata dall'attuale decreto n. 23/15. Le altre direzioni riguardano il recupero del danno differenziale in ragione del danno biologico riconosciuto e la tutela rispetto al danno alla professionalità che alle volte si presenta.

Per quanto attiene all'impugnazione dei licenziamenti ingiustificati la statistica degli

Uffici vertenze legali non dice e non può dire nulla perché i licenziamenti per sopravvenuta inidoneità non sono censiti in quanto tali, ma sono compresi all'interno del capitolo dei licenziamenti per giustificato motivo oggettivo, motivazione che comprende sostanzialmente tutti i licenziamenti cosiddetti per motivo economico.

Una indagine empirica, a campione, fatta presso gli studi legali di riferimento della Camere del lavoro, ci consente di dire che le impugnazioni sono qualche unità all'anno e di solito conciliate prima di arrivare a sentenza con una transazione.

Eppure le valutazioni politiche che vengono fatte non sono tali da poter considerare quasi inesistente il problema, pertanto o la percezione politica è sbagliata oppure, e io propendo per questa seconda tesi, il sindacato, la Cgil, non riesce a intercettare i casi che si presentano per una serie di ragioni: in primo luogo, per la mancata conoscenza da parte dei lavoratori inabili dell'esistenza di un diritto e della possibilità di rivendicarlo e di affermarlo; in secondo luogo per la scarsa fiducia nell'azione del sindacato, con il conseguente ricorso ad altri soggetti di tutela individuale esterni al sindacato, nonché per la preoccupazione di compromettere, con la vertenza, occasioni future di lavoro.

La crisi, la disoccupazione e la ridotta capacità negoziale del sindacato di questi anni sono fattori che hanno inciso nel profondo culture e comportamenti dei lavoratori.

Anche sulle altre due questioni dalle statistiche degli Uvl non registriamo numeri significativi di vertenze aperte.

Per quanto riguarda il recupero del danno differenziale siamo all'azione pionieristica di alcuni Uffici vertenze legali: in due anni e mezzo, dal 2013 al maggio del 2015, si sono fatte in Italia 143 vertenze per recupero del danno differenziale, pari allo 0,07%. Per meglio comprenderne la dimensione informo che ci riferiamo ad una dimensione di circa 200 mila vertenze, di cui solo 143 sono quelle riferite al danno differenziale.

Rispetto a questa tematica questo certamente non è il quadro esaustivo delle vertenze che il nostro sindacato affronta, ma è quello che si realizza con l'azione degli Uffici vertenze, a cui vanno certamente sommate le azioni che in questa direzione vengono fatte per il tramite dell'Inca.

Per quanto attiene al danno alla professionalità (quando viene ad esempio interrotto l'iter di carriera) gli Uffici vertenze registrano livelli ancor più bassi: su 200 mila totali sono 28 i casi di cui parliamo; 7 casi in 5 mesi, quest'anno.

Ho voluto dare questi numeri per dire che questo è lo stato dell'arte, di quanto sappiamo fare; non è la dimensione del problema, è la dimensione di quanto noi siamo in grado di intercettare e di rispondere al problema oggi e ciò ci porta ad alcune considerazioni.

La prima è che noi come organizzazione sindacale, quando parliamo di salute e sicurezza sul lavoro, riflettiamo ancora in termini tradizionali, con gli strumenti che la storia ci ha consegnato e in modo separato gli uni dagli altri.

La prima cosa che ci viene in mente, quando affrontiamo questo tema, è l'azione sin-

dacale contrattuale, la contrattazione collettiva, per cambiare e modificare l'ambiente di lavoro, per intervenire sull'organizzazione del lavoro data che non è un assioma immutabile della produzione. Oggi, però, dobbiamo riflettere anche in termini più attuali e chiederci quanto la contrattazione collettiva, soprattutto di secondo livello, che sviluppiamo oggi interviene per modificare le condizioni ambientali e di lavoro nocive e ha la capacità di proporre modifiche all'organizzazione del lavoro.

Noi possiamo, noi dobbiamo, riflettere ancora su queste tematiche anche alla luce della opportunità che ci viene offerta dal recepimento più corretto della direttiva europea in tema di «soluzioni ragionevoli per i disabili» di cui abbiamo parlato all'inizio su sollecitazione del professor Giubboni, ma non possiamo nasconderci che siamo di fronte ad una regressione del ruolo negoziale – anche di secondo livello, non solamente di primo – che dura ormai da anni. A proposito di strumenti tradizionali che ci consegna la storia, quando parliamo di salute e sicurezza, oltre alla contrattazione, in Cgil pensiamo all'intervento dell'Inca, sia per quanto riguarda l'azione medico-legale, sia per quanto riguarda i suoi compiti di verifica delle condizioni ai fini assicurativi come Inps e Inail.

Ancora non riflettiamo su come sia possibile affrontare queste tematiche in sinergia con l'attività degli Uffici vertenze sul piano giuslavoristico, se non quando si parla dei licenziamenti ingiustificati, ma anche lì in termini molto, molto limitati, come prima dicevo.

Io credo che, per esempio, per quanto riguarda la tematica del danno differenziale ci sia molto da poter fare in termini sinergici in tutto il territorio nazionale superando forme pionieristiche degli Uvl e ampliando i punti di eccellenza dell'Inca.

Ma prima ancora, credo che dobbiamo tornare nei luoghi di lavoro forti del fatto che la tutela reale, la reintegra, per licenziamenti sopravvenuti per inidoneità ingiustificati, ha superato sostanzialmente indenne sia la riforma Fornero che il decreto sulle cosiddette tutele crescenti del *Jobs act*, e con il recepimento più conforme della direttiva europea 2000/78 si rafforzano gli ancoraggi negoziali per difendere i lavoratori che incorrono in inabilità temporanee o definitive.

Io credo che su questo dobbiamo impegnarci e darci anche degli impegni diversi da quelli che abbiamo avuto fino ad oggi. Se la preoccupazione per il posto di lavoro limita le denunce dei danni generati da un ambiente nocivo e da un lavoro che non si è più in grado di sopportare senza minare gravemente la propria salute, noi dobbiamo essere in grado di prospettare con chiarezza le tutele di cui disponiamo e la volontà di utilizzarle fino in fondo.

Un'ultima considerazione.

Noi dobbiamo mettere lucidamente nel conto che il problema della salute nel posto di lavoro e quindi le occasioni di inabilità con tutte le problematiche che in questo seminario discutiamo nel tempo si aggraveranno.

La crisi, il recupero del potere da parte delle imprese nei luoghi di lavoro, la modifica

dell'organizzazione del lavoro che aumenta quello che una volta si definiva lo sfruttamento dei lavoratori, comportano inevitabilmente un aggravamento delle condizioni di lavoro dei lavoratori e io non prevedo, né per il superamento della crisi né per il recupero del ruolo negoziale del sindacato tempi brevi.

Se accanto a ciò mettiamo l'allungamento dell'età pensionabile che marcia verso i 70 anni comprendiamo che le occasioni di inidoneità per malattia e per intervenuto aggravamento di malattia sui luoghi di lavoro è una prospettiva che ci si presenta senza ombra di dubbio e non solamente nell'industria, ma in ogni luogo di lavoro, anche negli asili nido, nelle scuole materne, nel terziario, negli ospedali. Immaginiamoci i problemi fisici per una infermiera a 70 anni nell'accudire un malato a letto o il muratore su di una impalcatura alla stessa età. Quante malattie professionali si aggiungeranno alle attuali?

Siamo di fronte ad una crescita certa e quindi, riaffrontare il tema come l'Inca ha fatto e ha proposto è encomiabile.

Se le cose stanno così, e io lo credo, noi dobbiamo necessariamente propugnare e praticare un rapporto di correlazione, di integrazione, di rapporti tra tutti gli strumenti a tutela individuale del lavoratore sul tema che è al centro del dibattito. Un rapporto di coordinamento tra gli Uffici vertenze legali e gli Inca territoriali è una scelta a questo punto obbligata.

Do per scontato il necessario rapporto tra categorie e strutture dei servizi Cgil, perché questo viene affermato in ogni congresso,

in ogni conferenza di organizzazione, e lo sarà anche nella prossima che svolgeremo a settembre. In ogni dibattito sulla tutela individuale, dai settori dei servizi viene forte la sollecitazione del necessario rapporto politico con le categorie che svolgono il loro ruolo di contrattazione, strumento principale per la tutela. Non è mia intenzione ridimensionare l'importanza di questo rapporto ma, qui, ora, ritengo più utile evidenziare una necessità dai confini più limitati a cui possiamo rispondere più facilmente e in fretta. Non è necessario fare un congresso, basta che noi lo decidiamo.

Parlo di un rapporto di collaborazione sistematica tra Uvl e Inca nella tutela individuale rispetto all'inidoneità alla mansione. Ci sono Inca e Uvl distribuiti su tutto il territorio nazionale, e allora perché non immaginare che su questi temi quando un lavoratore va a chiedere l'impugnazione di un licenziamento qualcuno gli ricordi che c'è anche un Patronato che ha altre competenze su temi che gli sono vicini? Perché quando un lavoratore va all'Inca per chiedere la visita medico-legale non lo si interroga anche sulle questioni giuslavoristiche e lo si informa che c'è l'Ufficio vertenze legali? Perché quando si fa una vertenza per il danno biologico non si dice: «C'è anche quella per il danno differenziale»?

Questo, in modo sistematico e in tutti i territori e non solo nei punti di eccellenza.

Questo convegno ci consegna la dimensione in crescita della problematica e la sua

complessità nella gestione sindacale oltre che nei problemi di rapporto con i lavoratori. Potrebbe essere una scelta utile quella di immaginare note informative semplici sulla problematica, sui diritti lesi e gli strumenti di difesa, note congiunte Uvl-Inca distribuite nei luoghi di lavoro, ovviamente in collaborazione con le categorie.

Ritengo che in questi anni stiamo assistendo ad una regressione del ruolo del sindacato non solo nei fatti ma anche nell'immaginario dei lavoratori e la paura e la preoccupazione in un lavoratore derivano anche dalla non conoscenza: o gliela offriamo noi oppure non arriva.

Sui temi che trattiamo oggi è giusto, come ho più volte affermato, che ci sia stretta collaborazione fra strumenti di tutela del sindacato, cominciando a fare passi in questa direzione, e qui le proposte possono essere molte.

Su questa lunghezza d'onda si inserisce anche la necessità che nel sindacato si avviino forme di comunicazione tra l'attività legale giuslavorista e quella legale penalistica. Anche qui siamo abituati a muoverci per compartimenti separati ma, come ben sappiamo, su questioni come quelle che qui dibattiamo coabitano strettamente ragioni legali giuslavoriste con quelle penalistiche, talora interdipendenti, e la nostra attività non dovrebbe ridursi all'amministrare in termini separati i due momenti o alla costituzione di parte civile della Cgil nei processi penali più rilevanti.

Relazione

Effetti del Jobs act sulla rappresentanza, partecipazione e democrazia: ruolo del sindacato e degli Rls per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro

■ di Sebastiano Calleri*

Intanto un ringraziamento che non è affatto rituale, nel senso che – secondo me – questa iniziativa non solo è opportuna, ma è indispensabile perché ci mostra qual è il livello dell’impegno che abbiamo davanti.

Noi abbiamo i mezzi per opporci alle derive negative della situazione attuale, tuttavia se non mettiamo in campo una strategia e delle decisioni politiche all’altezza dei problemi esistenti rischiamo di non essere percepiti dai lavoratori, come dovremmo e come vorremmo.

Perché lo dico? Perché credo che la nostra classe imprenditoriale possa approfittare delle norme del *Jobs act* e della situazione di crisi, che ormai si protrae da troppi, troppi anni nei nostri luoghi di lavoro, per effettuare quella che io chiamo una «ristrutturazione impropria a costo collettivo»; cioè, le norme sui licenziamenti, e soprattutto sul demansionamento, sulla videosorveglianza e sul contratto a tutele crescenti, coerentemente con la filosofia del *Jobs act*,

spianano una strada che renderà la mano d’opera più flessibile, più licenziabile e sicuramente più ricattabile, disegnando un quadro fosco e impegnativo.

In questo contesto si inserisce il problema rilevante riguardante i rapporti unitari tra i sindacati. Credo che tutti noi abbiamo sperimentato la difficoltà in questo periodo di avere rapporti unitari su temi così spinosi, come quello della salute e della sicurezza che, soprattutto in ragione del forte arretramento dei diritti dei lavoratori, si fa più pesante. Per questo è importante fare anche un investimento sui temi della nostra rappresentanza, sapendo che i nostri occhi, le nostre orecchie nei posti di lavoro, soprattutto sulle tematiche di salute e sicurezza, sono i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza.

Queste persone offrono il loro lavoro a volte molto, molto oneroso e molto duro, a favore degli altri lavoratori, trovandosi in contesti molto complicati dove operare e oltretutto con un ruolo molto indebolito

* Responsabile Salute e sicurezza della Cgil nazionale.

dalle varie norme. Su questo, la nostra organizzazione dovrebbe fare un grandissimo investimento per elaborare una strategia di risposte e soprattutto per raccogliere in maniera credibile, efficace ed efficiente le istanze dei lavoratori in ogni specifico luogo di lavoro.

Dobbiamo essere consapevoli che quanto più il ruolo dei Rls non è incisivo e non è «efficiente», tanto più per noi sarà difficile rispondere alla domanda di tutela individuale e collettiva.

Si consideri, per esempio, la questione riguardante le nuove mansioni ispettive del Ministero del Lavoro, di Inps e Inail; noi abbiamo una profonda preoccupazione che quelle norme non assicurino un sufficiente ed efficiente coordinamento tra i vari uffici; abbiamo il timore che l'operazione sia ancora veramente troppo indeterminata e che lì dentro le tematiche di salute e sicurezza non abbiano la stessa importanza e la stessa cittadinanza che avevano nella vecchia attività ispettiva.

Pensate anche semplicemente alla questione dell'ispettore unico, che è l'operatore di questo nuovo ufficio, non ancora definito nei minimi termini perché manca un altro decreto attuativo. C'è da chiedersi quali siano le sue competenze, quali i suoi poteri. Con quali possibilità e capacità sarà in grado di fare domande scomode anche sulla salute e sicurezza sul lavoro? Il problema delle ispezioni è già noto da molto tempo; si tratta di una *querelle* annosa che esiste anche fra di noi, molto importante anche dal punto di vista della reale applicazione delle leggi sulla salute e sicurezza in genera-

le. Sappiamo, infatti, che tutti i rapporti dell'attività ispettiva dell'Inail, elaborati negli anni, indicano come una grandissima parte delle imprese risulti in posizione irregolare.

Raccogliere le istanze dei lavoratori indeboliti da una oggettiva situazione legislativa e – oserei dire – culturale avversa è la prima funzione dei Rls, dalla quale devono discendere azioni concrete di tutela contrattuali, anche in collaborazione con gli Uffici vertenze e l'Inca.

Lo abbiamo già fatto e lo stiamo facendo sulle malattie professionali, le cui denunce, grazie alle nostre campagne di sensibilizzazione e all'azione nei luoghi di lavoro sono aumentate.

In questo contesto così difficile, dobbiamo fare i conti con due altri problemi importanti: il primo riguarda l'invecchiamento medio della popolazione attiva nei luoghi di lavoro, e l'altro è legato alla estesa platea di persone con contratti diversi, che probabilmente, anche per effetto delle norme del *Jobs act*, è destinata a crescere, con tutta una serie di nuovi rischi psicosociali di cui dobbiamo occuparci.

Un altro problema che investe la salute e la sicurezza nei posti di lavoro, che mi è stato posto in occasione delle Assemblee con i Rls, riguarda il fatto che in alcune regioni le Asl fanno pagare ai lavoratori un contributo per i ricorsi contro le decisioni del medico competente; si tratta di una limitazione dell'esercizio del diritto a ricorrere quando il lavoratore si senta ingiustamente dichiarato idoneo alla mansione e non lo è. Penso che questo comportamento sia da de-

nunciare perché limita la possibilità del sindacato e del Patronato di dare una risposta alle istanze di quel lavoratore.

Per quanto riguarda la conservazione del posto, credo che sia indispensabile una maggiore sinergia tra l'attività di tutela individuale e quella collettiva, soprattutto guardando al futuro, perché arriveranno dai territori e da tutte le categorie molte sollecitazioni, in ragione delle ristrutturazioni aziendali, che, anche grazie al *Jobs act*, produrranno demansionamenti e l'utilizzo improprio della inidoneità alla mansione, come anticamera dei licenziamenti.

Ho letto molte norme negative tra quelle ultimamente approvate, ma la misura del demansionamento ci interroga ancora di più su un aspetto: come è possibile pensare di poter destinare un lavoratore ad una

mansione meno qualificata di quella fino a quel momento svolta, senza prevedere un percorso di formazione? Se si aggiunge anche la possibilità per l'impresa di attivare la videosorveglianza, con tutte le implicazioni che ne conseguono sulla privacy, ritengo veramente che ci troviamo di fronte a provvedimenti intimidatori e ricattatori nei confronti dei lavoratori e delle lavoratrici, con il rischio di avere delle ricadute sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. Lo si fa in sfregio al diritto alla formazione su cui lo stesso decreto legislativo 81 ha fatto una scommessa, ribadendo l'utilità della formazione dei Rls e dell'allargamento della rappresentanza. In questo contesto, credo che sia necessaria e non più rinviabile una maggior collaborazione tra noi e il nostro modo di operare.

Buone pratiche per il reinserimento degli inidonei La riqualificazione all'Atm di Milano

di Mauro Baroni*

Faccio parte del Coordinamento Rsu per la Atm di Milano, settore trasporto pubblico locale, che già dal 1995 aveva constatato un numero significativo di dichiarazioni di inidoneità tra i dipendenti. Negli anni, il dato non è variato, nonostante la riduzione del numero dei lavoratori – da più di 10 mila agli attuali 9.200 – dovuta al rinnovamento della tipologia di trasporto realizzato a Milano. La conseguenza è che l'incidenza dei casi di inidoneità alla mansione rispetto al dato complessivo dei dipendenti Atm è aumentata. Ogni anno, le persone dichiarate inidonee alla mansione oscillano tra le 100 e le 150, e tra queste molte sono sottoposte a decisioni temporanee; in altre parole, ciò significa che dopo un'interruzione dell'attività di circa un anno, i lavoratori tornano alla mansione di origine, per cui erano stati assunti. Comunque, una cinquantina di loro ogni anno viene dichiarata inidonea definitivamente.

Grazie anche alla disponibilità dell'Atm e, soprattutto, al lavoro svolto dalle organizzazioni sindacali, come la Filt Cgil, si sono potute individuare all'interno dell'azienda delle mansioni dove poter ricollocare le persone con giudizio medico-egale di inidoneità permanente.

Quasi tutti questi lavoratori con ridotte capacità alla mansione, in virtù di un accordo di secondo livello denominato «riqualificazione inidonei», hanno potuto riprendere la loro attività, ad eccezione di coloro per i quali, anche con l'apporto dell'Inca, è stata verificata l'inabilità permanente e, dunque, l'impossibilità di una ricollocazione.

La maggior parte dei lavoratori dichiarati inidonei sono per lo più personale viaggiante, conducenti di metropolitana, di autobus e tram. In virtù dell'accordo, alcune persone sono state ricollocate presso le portinerie; altre, invece, in ragione dei titoli di studio posseduti e del loro curriculum hanno potuto riqualificarsi in una maniera anche più stimolante.

Per realizzare questo progetto è stata istituita una Commissione specifica, di cui faccio parte, così come era previsto nell'accordo, composta da rappresentanti sindacali e dell'azienda, il cui compito è quello di monitorare periodicamente i risultati, facendo attenzione alle ricadute che la ricollocazione ha sui lavoratori. In altre parole, la Commissione verifica, di anno in anno, se le persone ricollocate si sentono gratificate e se hanno tratto beneficio dalle nuove mansioni attribuite loro.

Inoltre, nel 2010, in un confronto con l'azienda, l'intesa è stata integrata con un progetto ancor più ambizioso, grazie al quale abbiamo individuato altri ambiti possibili di ricol-

locazione presso le diverse direzioni amministrative, in particolare nell'area impiegatizia, che prevedono l'impiego di ragionieri, geometri e di altro personale addetto alla manutenzione.

Questi nuovi inserimenti aggiuntivi, che prevedono l'affiancamento di un tutor alle persone dichiarate inidonee alla mansione, riguardano per lo più soggetti giovani, in possesso di diplomi specifici o di lauree, che possono raggiungere risultati professionali ancor più gratificanti rispetto alla collocazione originaria, al momento dell'assunzione. Per effetto di questo progetto ogni anno circa 15 persone possono addirittura migliorare il loro percorso di carriera all'interno dell'azienda.

In questo accordo è previsto inoltre che alla persona dichiarata inidonea definitivamente con un percorso aziendale superiore ai 10 anni, viene riconosciuto un assegno integrativo *ad personam*, qualora debba compensare la perdita economica derivante dal passaggio dall'inquadramento o a livello acquisito, prima della inidoneità, a quello, presumibilmente inferiore, a cui è destinato dopo la ricollocazione.

Quest'accordo, partito nel 1995 e integrato nel 2010, sta dando dei risultati positivi sia perché garantisce ai lavoratori e alle lavoratrici una continuità occupazionale, sia in quanto può assicurare, addirittura, quella gratificazione che una inidoneità professionale rischia di compromettere.

* Rsu Atm Milano.

Buone pratiche per il reinserimento degli inidonei L'esperienza all'Azienda ospedaliera universitaria di Ferrara

di Marco Blanzieri*

Faccio parte della Funzione pubblica di Ferrara e mi occupo del settore sanità. Ritengo che questo seminario rappresenti una grande opportunità per fare delle valutazioni anche sulle esperienze territoriali, partendo dal presupposto che il contesto politico nel quale ci muoviamo non è favorevole. Infatti, i tagli al fondo dei Patronati e il dimezzamento delle prerogative sindacali messo in atto dal ministro Madia non dico che ci abbia riportato al punto di partenza, perché l'esperienza è rimasta, ma certamente ostacola la realizzazione dei nostri progetti.

Parto da un caso sul quale abbiamo riflettuto molto, che è quello di una azienda sanitaria sindacalizzata; il cantiere di cui parlo è l'Azienda ospedaliera universitaria di Ferrara, con 2400 dipendenti; un sistema complesso per la presenza di diverse forze, tra cui anche l'università, dove il numero degli iscritti ad una organizzazione sindacale supera il 50% dei dipendenti; di questi il 30% aderisce alla Funzione pubblica Cgil.

Dato l'alto tasso di sindacalizzazione, abbiamo creduto di avere un'adeguata capacità di intercettare le esigenze delle persone che vi operano. Questo fino a quando una mattina non è venuta nella saletta sindacale un'operatrice socio-sanitaria di 54 anni che nello spiegarci le sue problematiche ci racconta questo fatto. Durante il turno notturno ha accusato dei formicolii al braccio e ha deciso di non andare in Pronto soccorso; ha aspettato le 7 del mattino ed è andata a casa; è stata male un giorno intero e l'indomani il medico di base e poi quello del Pronto soccorso le hanno diagnosticato un attacco ischemico transitorio, le cui conseguenze sono in parte rimaste.

Questa dipendente, probabilmente iscritta alla nostra organizzazione, senza nessun tipo di confronto, si è rivolta direttamente alla direzione Risorse umane dove le hanno consigliato di andare immediatamente al servizio di prevenzione e sicurezza ambienti di lavoro, presso cui pensava di trovare una soluzione al suo problema con una pensione di invalidità. In quella Commissione alla domanda: «Signora è sicura? Sappia che lei rischia di essere dichiarata inidonea al lavoro», lei ha risposto: «Tranquilli, va bene così». A quel punto, la lavoratrice inidonea al lavoro è tornata in azienda e si è rivolta all'Ufficio risorse umane che le ha detto: «Se noi le diamo il preavviso, lei è licenziata». Una storia che si è tradotta non soltanto in una tragedia individuale, ma anche in un problema per noi, come sindacato, perché è stato evidente che in quel contesto non siamo stati capaci di intercettare quella situazione prima che provocasse un tale dramma.

Partendo da questo singolo episodio, abbiamo aperto immediatamente all'interno del sindacato una riflessione sulle nostre modalità organizzative di intervento. Insieme all'Inca abbiamo fatto un'analisi di questa problematica ed è emersa chiaramente la necessità di

superare il carattere sporadico ed episodico del rapporto tra Funzione pubblica e Patronato. Quindi, abbiamo proseguito il nostro ragionamento ipotizzando un percorso strutturato per cambiare le nostre modalità di relazione, partendo da una indagine conoscitiva tra i lavoratori e le lavoratrici sulla percezione che loro hanno del sindacato e dell'Inca. Con l'aiuto di sociologi abbiamo individuato i caratteri del campione, composto di iscritti alla Funzione pubblica e di coloro che si erano rivolti all'Inca negli ultimi due anni; poi, individuando alcuni caratteri comuni del campione, lo abbiamo suddiviso in focus group. Una volta composto, abbiamo realizzato e distribuito un questionario tra i lavoratori e le lavoratrici dell'azienda, ai quali abbiamo chiesto quale fosse la loro percezione dell'Inca e della sua azione di tutela individuale, nonché della Funzione pubblica Cgil e della sua capacità di rappresentanza sindacale collettiva.

Da questa indagine è emerso in modo chiarissimo che le lavoratrici e i lavoratori di un'azienda sanitaria mediamente cercano nella rappresentanza collettiva anche molte risposte di tutela individuale; in altre parole, il sindacalista che lavora in sanità dovrebbe essere in grado anche di dare delle risposte sulla malattia professionale, sui percorsi di salute, sulle leggi 104 ecc. Con questa nuova consapevolezza, abbiamo avviato una prima sperimentazione che prevedeva percorsi di formazione, supportati dall'Inca, in grado di dotare un funzionario sindacale di un bagaglio di conoscenza per metterlo nelle condizioni di poter dare delle risposte su un'ampia gamma di servizi e di tutele, che possiamo offrire, e di orientare i lavoratori e le lavoratrici nelle eventuali scelte da fare. Questa sperimentazione ci ha portato con soddisfazione a valutare un ritorno positivo in termini di consenso e di adesione al nostro sindacato.

Questa iniziativa ci ha permesso di chiedere e di ottenere dall'azienda l'apertura di un tavolo tecnico intorno al quale si sono seduti i vari attori che agiscono nell'ambito della salute e sicurezza, dal dipartimento di prevenzione e protezione, agli RIs, alla Funzione pubblica, affiancata dall'Inca, il cui impegno rappresenta un valore e una grandissima opportunità. Ciò ci ha permesso di chiedere all'Inail la possibilità di accedere ai finanziamenti per progetti specifici, tesi alla ricollocazione delle persone dichiarate inidonee, con le quali all'interno del piano annuale di formazione abbiamo condiviso l'idea di destinare una parte del budget alla loro formazione e alla individuazione di nuove mansioni a cui potevano accedere, considerando le ridotte capacità lavorative.

Attualmente, le aziende sanitarie hanno un problema enorme, che è quello di avere infermiere e infermieri, ma soprattutto operatrici e operatori socio-sanitari con un'età media assai avanzata, derivante dal blocco del turn over, dall'aumento dell'età pensionabile, che hanno bisogno di percorsi di riqualificazione. Ci sono donne di 45-50 anni, anche con qualifiche medio basse, che attraverso dei convenzionamenti con degli enti di formazione si sono riqualificate acquisendo il profilo di operatore socio/sanitario.

Nell'azienda ospedaliera di Ferrara siamo arrivati ad avere il 23% del personale sottoposto a prescrizioni mediche; è un numero che fa paura. Stante questa situazione si corre il rischio di incoraggiare comportamenti sbagliati da parte di altri lavoratori rimasti idonei, pur suben-

do gli stessi danni alla salute. Se non cambiamo il nostro modo di intervenire e di intercettare i bisogni di queste persone potremmo trovarci di fronte a un problema non più risolvibile. Con questo progetto di riqualificazione abbiamo cercato, ad esempio, di inserire personale in tutte le unità organizzative assegnando loro funzioni assistenziali, per cui, pur mantenendo il profilo di infermiere, abbiamo fatto in modo di sottrarre queste persone ad attività più faticose, come il sollevamento di carichi, magari con ruoli di sostegno al coordinatore dell'unità operativa o di acquisizione e gestione del materiale di quella unità operativa.

Un'altra area di riqualificazione individuata è quella amministrativa all'interno dei dipartimenti sanitari, che ci ha permesso di superare non poche difficoltà di comunicazione tra questi due ambiti di attività; spesso, infatti, la collaborazione tra personale sanitario e quello amministrativo è un po' complessa, in quanto il personale amministrativo stenta a capire le necessità del personale sanitario. Da quando abbiamo avviato questo percorso, la situazione complessivamente è migliorata.

Tuttavia, restano dei nodi più generali che devono essere sciolti. Il primo riguarda il contratto collettivo nazionale nella parte economica. Se si continua a lavorare attribuendo al personale turnista H24 e H12 rispettivamente 8.000 (?) e 4.000 (?) lire per ogni turno lavorativo, si finisce per creare le condizioni per cui il lavoratore/trice tende a usare la leva della salute per scappare da un'attività che, oltre a farlo star male, lo mortifica sul piano retributivo, soprattutto considerando le differenze che ci sono tra la loro busta paga e quella del personale diurnista.

Per questa ragione ritengo che il tema del contratto collettivo nazionale sia fondamentale, non solo per i risvolti economici, ma anche per tutte le ricadute che ha all'interno degli assetti organizzativi dei posti di lavoro.

Il secondo problema che voglio affrontare riguarda il sistema pensionistico. Credo che la riforma Monti-Fornero abbia contribuito ad acuire i problemi di salute delle lavoratrici e dei lavoratori del settore sanitario. È impensabile che una donna di 66 anni possa andare in un reparto di un ospedale, dove si svolgono attività complesse, con un sistema di turnazione H24; è evidente a tutti che difficilmente riuscirà a portare a termine la sua esperienza di lavoro in quella condizione lavorativa. Per questa persona, l'allungamento dell'età pensionabile diventa veramente un dramma. Inoltre, se si aggiunge questo dato al conseguente blocco del turn over, che in questi ultimi anni ha fatto schizzare l'età media del personale sanitario di tre-quattro anni, risulta evidente che nell'azienda ospedaliera di Ferrara il quadro che ne deriva è ancora peggiore. Per questa ragione, ritengo che la nostra organizzazione debba tenere in grande considerazione questo tema, che rappresenta un problema dirimente anche della nostra capacità di rappresentanza dei bisogni dei lavoratori e delle lavoratrici.

* Funzione pubblica Cgil di Ferrara.

Relazione

Gli aspetti medico-legali in materia di inidoneità lavorativa

■ di Marco Bottazzi*

Rispetto alle problematiche legate alla inidoneità lavorativa, in realtà, potrei riproporre la stessa relazione che ho tenuto nel convegno del 2011, in quanto non vi sono stati grandi cambiamenti normativi. L'unica novità legislativa, intervenuta recentemente, riguarda l'intervento sulla legge 68 operato nel *Jobs act* che, in realtà, non cambia molto il contesto. Con esso si attribuisce all'Inail un nuovo impegno per l'inserimento lavorativo degli infortunati tecnopatici. Mi colpisce che nell'individuare il ruolo dell'istituto assicuratore esso sia preceduto dalla parola «nonché», quasi ad attribuire un ruolo marginale all'istituto assicuratore; mentre poi in realtà la legge di stabilità e anche il documento del Civ Inail del luglio scorso prevedono, invece, un ruolo molto più stringente da parte dell'istituto, su cui ragioneremo.

Ciò che a me pare si sia modificato in questo lasso di tempo che ci separa dal precedente convegno Inca è la consapevolezza maggiormente diffusa della tematica dell'idoneità lavorativa e del reinserimento la-

vorativo dopo infortunio o malattia professionale.

Quello che è sicuramente evidente, nel momento in cui si ragiona anche delle modifiche del *Jobs act*, è che, in realtà, il legislatore, nel rivedere la legge 68, non ha ritenuto in alcun modo di dover modificare i criteri già previsti di inserimento dei lavoratori; rimane quel riferimento al 33% per i lavoratori infortunati e tecnopatici – tra le altre cose 33% della capacità lavorativa vecchio Testo unico – e soprattutto non si è intervenuti su un elemento fondamentale, che è quello di differenziare le percentuali di inserimento in funzione delle liste del collocamento mirato; quasi a indicare che il lavoratore tecnopatico e/o infortunato per avere diritto alla tutela prevista dalla legge 68 debba essere nella condizione di disoccupazione. Il filo conduttore di questo convegno è, invece, quello di indicare un percorso per fare in modo che il lavoratore non esca dal percorso lavorativo e, quindi, mantenga il suo posto di lavoro. Dunque, questa norma ancora non ci aiuta a risolvere le problematiche.

* Responsabile consulenza medico legale dell'Inca Cgil.

A livello europeo non abbiamo una legislazione comune e, quindi, ogni paese ha adottato norme e regole autonome. Le normative nazionali presentano quattro elementi in comune, pur se presenti a livelli diversi:

- indennizzo della riduzione della capacità di lavoro (questo è uno dei pilastri del modello sociale europeo);
- politiche di attivazione attuate dalla sicurezza sociale, che talora assumono una valenza negativa nel momento in cui prevedono una riduzione delle indennità o che si sostanziano nella nozione di «lavoro conveniente»;
- obbligo di adattare il lavoro, concetto che compare nella direttiva-quadro e che viene recepito nelle legislazioni nazionali ma che poi non si traduce in una realizzazione pratica;
- principio di non-discriminazione in ragione dello stato di salute o dell'handicap anch'esso previsto dalle direttive e recepito nelle legislazioni nazionali.

Si tratta di pilastri molto importanti che dovrebbero trovare una loro concretizzazione anche per i lavori a bassa qualificazione e, soprattutto, in relazione a tutte le dimensioni industriali ivi comprese, dunque, le piccole e piccolissime imprese.

A livello comunitario, poi, la Strategia di salute e sicurezza sul lavoro 2007-2012 invitava gli Stati membri a integrare nelle loro politiche nazionali azioni specifiche tese al miglioramento della riabilitazione e della reintegrazione dei lavoratori esclusi dal mercato del lavoro a seguito di una malattia professionale o di un infortunio sul lavoro.

Il tema del mantenimento al lavoro assume sempre più una valenza maggiore dovendoci confrontare con l'invecchiamento della popolazione lavorativa (a seguito degli interventi in materia pensionistica), ma anche con una casistica molto complessa che vede un numero crescente di patologie muscolo-scheletriche, di disturbi psicosociali ecc.¹.

I lavoratori infortunati e tecnopatici sui quali concentrerò il mio intervento non possono trovare risposte nell'ambito della legge 68, in quanto la filosofia di questa legge, anche rimodulata dalla nuova normativa, rimane quella di tutelare quello che potremmo chiamare «l'handicap o la disabilità visibile»; e noi sappiamo che in genere le disabilità da lavoro, tranne forse quelle da grandi infortuni, sono in genere non visibili, penso ad un tunnel carpale o ad una patologia del rachide, un Ctd, che non sono sicuramente handicap visibili, ma rientrano in una tematica di grande difficoltà di inserimento e di mantenimento del posto di lavoro. I numeri ci dicono, in realtà, che la maggior parte dei lavoratori infortunati e tecnopatici si colloca nella fascia inferiore ai limiti previsti da detta normativa.

È necessario che i dispositivi futuri siano adattati a tutti i gruppi professionali sapendo che la difficoltà maggiore è, comunque, rappresentata dall'adattamento alle piccole e piccolissime imprese.

Visti questi dati, ci rendiamo conto che le risposte che noi possiamo dare ai lavoratori infortunati e tecnopatici sono da ricercare fondamentalmente da un lato, nell'am-

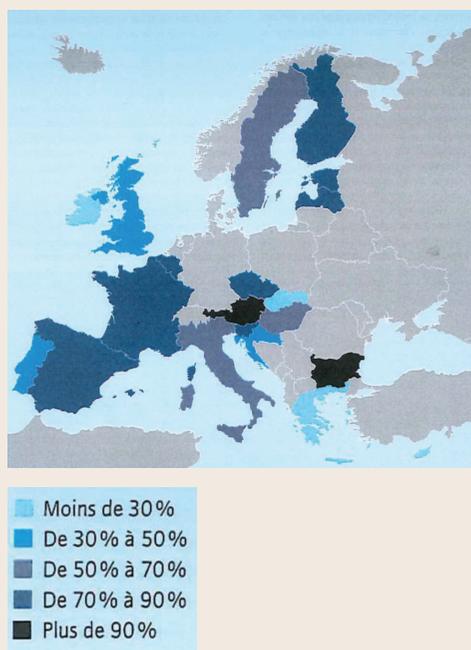
bito del decreto legislativo 81, quindi la normativa di salute e sicurezza, e dall'altro nel nuovo compito che si vorrebbe attribuire all'istituto assicuratore, un ruolo che io definirei di «assicurazione solidale», un ruolo non sostitutivo, come diceva qualcuno, delle assicurazioni sanitarie private, ma proprio un ruolo solidale; e su questo, poi, tornerò rapidamente.

Ragionare all'interno del decreto legislativo 81, quindi, significa analizzare tutte le criticità che abbiamo registrato in questi vent'anni di applicazione della normativa di salute e sicurezza, ma anche quelle che sono poi le difficoltà a livello proprio dell'Unione Europea sul tema del medico e della sorveglianza sanitaria; perché noi in realtà che cosa abbiamo visto in questi anni? Una dicotomia forte tra quello che è un ruolo marginale, attribuito al medico competente, che si traduce alla fine in una idoneità, che è semplicemente una idoneità a svolgere un determinato lavoro in base al giudizio formulato dal medico, quello che molti definiscono «un adattamento dell'uomo al lavoro»; mentre il punto vero, il perno fondamentale della normativa è l'adattamento del posto di lavoro allo stato di salute del lavoratore, che presuppone un impegno più forte e stringente del medico nella prevenzione e nella salute dei lavoratori. Cosa che, invece, non registriamo.

I dati che presento, in assenza di stime ufficiali a livello comunitario, sono stati elaborati dal sindacato europeo. Secondo queste statistiche, in Italia abbiamo il tasso di medici del lavoro, medici competenti (per-

ché non sono solo medici del lavoro) più alto di tutta Europa, a cui non corrisponde – però – un'altrettanto elevata percentuale di lavoratori, cioè potremmo dire che abbiamo molti più medici competenti di quanti siano i lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria.

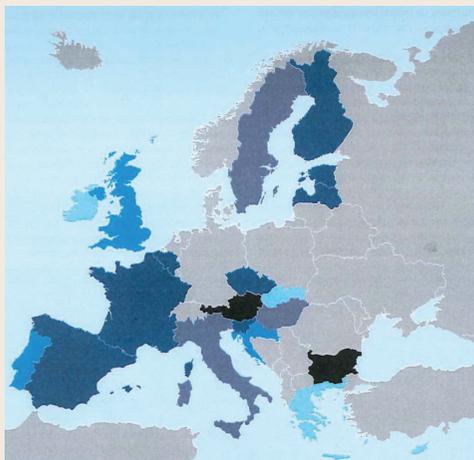
Figura 1 - Percentuale di lavoratori che usufruiscono dei servizi di salute e sicurezza



Questo dato ci dà anche una idea della qualità; in particolare, alcuni dati emersi in quest'ultimo periodo ci segnalano delle criticità in tema di tipologia di rapporto di lavoro, a cui è legato il medico competente; inoltre, tali criticità si traducono anche, e soprattutto, nella quota di tempo che viene riservata all'attività, come medico competente, all'interno della complessiva attività

professionale di molti medici. Come segnalato anche dall'indagine Inail Insula, in realtà, abbiamo una grande quota di medici competenti che svolgono questa attività in maniera marginale rispetto a quella del medico di famiglia o dello specialista ambulatoriale o quant'altro.

Figura 2 - *Medici del lavoro (specialisti) e medici appartenenti a servizi di salute sul lavoro per 100.000 lavoratori*



Colgo l'occasione della presenza del presidente della SiMLii proprio per indicare questa priorità che è una priorità a livello europeo, dove, per quanto riguarda la figura del medico del lavoro, non abbiamo norme comuni, tanto che nel Regno Unito la medicina del lavoro è esercitata da qualsiasi figura medica; ma soprattutto molto diverso è il ruolo previsto dalla normativa che in molti paesi si limita al dato sanitario (idoneità) senza intervento nella prevenzione. Il confronto fra le due immagini conferma la necessità di una regolamentazione europea che preveda l'indicazione delle richieste

minime in tema di competenza, funzioni e ruoli dei servizi di prevenzione e protezione, dei medici del lavoro e delle altre figure all'interno di questa rete.

Sicuramente, quindi, le due immagini ci dicono che abbiamo bisogno di un minimo di normativa comune che dia indicazioni in termini di competenza, funzione e ruolo dei medici all'interno del sistema di prevenzione, ma soprattutto ci dia la possibilità di determinare all'interno delle competenze e della formazione anche i requisiti minimi, penso innanzitutto al tempo da dedicare all'esercizio dell'attività e come ripartire i tempi fra i diversi compiti previsti dalle normative, perché questo vuol dire anche migliorare la qualità del lavoro dei medici competenti, permettere loro di fare un lavoro di qualità; e naturalmente quello che a me interessa di più è che questa direttiva, queste norme comunitarie dovrebbero definire al meglio la funzione sociale che devono svolgere i medici del lavoro, o per dirla all'europea «i servizi di medicina del lavoro» perché poi in realtà giochiamo sempre su questi due termini.

Devo dire che – alla luce di un lavoro che abbiamo svolto, di cui vedete un pezzo dei risultati – come sindacato a livello europeo abbiamo da tempo indicato la necessità di avere dei medici del lavoro che siano degli specialisti indipendenti, che collaborino in un ruolo non marginale, ma importante e, in alcuni casi, centrale con le altre figure della prevenzione, in funzione delle loro competenze specifiche, con l'obiettivo non solo di preservare la salute dei lavoratori, quindi solo con un giudizio puramente di

idoneità, ma soprattutto con la possibilità di intervenire per garantire il lavoro e il reinserimento a quel lavoratore.

Questo mi porta a confrontarmi con il punto fondamentale che è quello di come decliniamo nel modo migliore rispetto al decreto legislativo 81 le idoneità o non idoneità o le idoneità parziali, come vogliamo chiamarle, formulate dal medico competente; perché dovremo sempre ricordare una cosa, e cioè che una non idoneità formulata dal medico competente o una inidoneità parziale non equivale alla invalidità o alla disabilità, cioè all'accesso a prestazioni in altri regimi.

All'interno della normativa di salute e sicurezza ritroviamo due elementi che sono talora in contraddizione fra di loro o che almeno lo sono stati in questi vent'anni di applicazione del d.lgs. 626 prima, e oggi del d.lgs. 81:

- 1) l'idoneità del dipendente a svolgere un determinato lavoro in base al giudizio formulato dal medico competente (quello che molti definiscono adattamento dell'uomo al lavoro);
- 2) l'adattamento del posto di lavoro allo stato di salute del lavoratore, ma questo presuppone di porre il medico al centro della prevenzione della salute dei lavoratori.

Il tema dell'inidoneità trova una difficile soluzione soprattutto nei periodi di crisi e soprattutto nelle piccole e medie imprese che non hanno i mezzi o che non vogliono per motivi economici adattare le postazioni di lavoro (in questo caso l'ispezione del lavoro può intervenire su richiesta del lavora-

tore per verificare l'autenticità delle dichiarazioni del datore di lavoro).

Nelle grandi industrie, come nei grandi gruppi, tutto questo appare relativamente meno difficile.

Ma i datori di lavoro sia pubblici che privati si fanno pregare per adattare il lavoro all'uomo e preferiscono licenziare.

Probabilmente noi abbiamo bisogno di introdurre all'interno della normativa 81 alcuni concetti, uno – ad esempio – mediato dalla normativa del pubblico impiego, quello del cambio mansione, della idoneità riferita alla specifica mansione, quindi con un ruolo del medico che non si limita a dire «idoneo, non idoneo», ma sia in grado autonomamente o su richiesta del datore di lavoro – ne possiamo ragionare – di indicare le caratteristiche, che deve avere il posto di lavoro, affinché il lavoratore possa rientrare al lavoro.

Naturalmente questo tema ci porta a confrontarci con un'altra carenza del d.lgs. 81, e cioè il fatto che non esiste una norma ad oggi stringente sull'obbligo per il datore di lavoro di tenere in considerazione quanto scritto dal medico del lavoro, non solo quando si parla di ricerca di un nuovo posto di lavoro adattato allo stato di salute del lavoratore, ma anche quando si parla di limitazioni, e richiedere il parere del medico competente in merito alle eventuali modifiche e adattamenti per venire incontro alle limitazioni evidenziate, ma anche su possibili altre mansioni compatibili con lo stato di salute.

La mancanza di sanzioni o comunque di verifica dell'attuazione delle prescrizioni

del medico competente è sicuramente uno dei punti che inficiano anche il ruolo e il compito dello stesso medico competente.

Il tema che deve maggiormente vedere coinvolto il medico competente è, senza ombra di dubbio, quello che riguarda i giudizi di idoneità parziale. Sicuramente per risolvere le problematiche, dobbiamo pervenire a modifiche anche profonde, ragionando, in termini di un periodo di tempo, su cosa accade tra il momento in cui il medico si trova di fronte un lavoratore con problemi di salute e quello in cui formula un giudizio definitivo di idoneità parziale o totale.

Abbiamo probabilmente bisogno di una fase in cui il medico vede il lavoratore, capisce che le sue condizioni di salute, legate all'infortunio/malattia professionale o alle condizioni di salute generale, possono interferire con la possibilità di continuare la sua attività, quella attività lavorativa; e quindi prima di esprimere il giudizio definitivo si deve prendere un certo periodo di tempo – di durata prestabilita – in cui studia il posto di lavoro per vedere, innanzitutto, se effettivamente quel lavoratore non può più starci, ma soprattutto se è possibile modificarlo, cambiando, ad esempio, la tempistica di esposizione, ecc.; solo alla fine di questo percorso il medico può eventualmente formulare un giudizio definitivo di idoneità parziale o limitata sul quale poi il datore di lavoro può prendere eventuali provvedimenti.

Altre soluzioni possono essere prospettate nel caso di una inidoneità, ad esempio: far fare un bilancio delle competenze per de-

terminare un percorso di formazione professionale, farlo dichiarare lavoratore portatore handicap; il che gli apre la strada al diritto a ricevere una pensione oltre ad altri diritti. In questa fattispecie sarebbe utile avere una struttura che possa proporre un adattamento del posto di lavoro sulla base di uno studio del medesimo o una formazione professionale.

Se questo è il tipo di ragionamento che dobbiamo sviluppare rispetto a quanto stabilito ad oggi dal d.lgs. 81, non possiamo non rilevare che esso richiede una centralità del medico competente, un suo ruolo che tenga conto della formazione professionale che sicuramente questo ha. Tuttavia, dobbiamo essere consapevoli che questa tematica si scontra con la nostra realtà aziendale. Non vi è dubbio, infatti, che la buona gestione delle idoneità lavorative si concentri nelle grandi imprese. Sicuramente, ben più difficile è affrontare questa tematica nelle piccole industrie, dove c'è bisogno di un cambio culturale da parte del datore di lavoro che, in alcuni casi, dobbiamo anche attivare per fargli capire che perdere i lavoratori vuol dire anche perdere competenze e quindi anche capacità di essere sul mercato.

Emergeva ieri bene nella relazione della Rls e dell'Atm, cioè il fatto che, in molte realtà, ci troviamo in una situazione in cui quelle che potevano essere le attività maggiormente protette (che i francesi chiamano *cadre vert*) sono state delocalizzate, sono state esternalizzate; pensiamo – appunto – all'Atm; alle tante aziende di trasporto che hanno esternalizzato i servizi a terra, le pu-

lizie, i depositi; tutte quelle attività in cui avremmo potuto collocare, anche temporaneamente, il lavoratore lombalgico. Quindi, sicuramente, quando ragioniamo di queste tematiche dobbiamo tener conto dei cambiamenti del mondo del lavoro che non sempre aiutano i lavoratori che invecchiano e che vanno incontro a problemi di salute. L'altro volano della tematica della salute e sicurezza del lavoratore con problemi di salute è sicuramente il ruolo dell'altro attore sociale, qual è l'istituto assicuratore, che deve andare verso questo tema dell'assicuratore solidale, cioè di un ruolo attivo all'interno della tematica dell'idoneità dei lavoratori infortunati o tecnopatici.

In Italia, come in quasi tutti i paesi dell'Europa meridionale, dell'Europa mediterranea, la priorità negli anni è stata attribuita alla prevenzione primaria, e allora il procedimento di accesso al «danno consolidato» appare relativamente rapido, e, mi permetto, qualche volta anche troppo rapido, in tal modo una forma di ristoro economico viene concessa in tempi relativamente brevi.

Ma questo fa sì che, in realtà, il tempo che trascorre tra l'infortunio o il riconoscimento della malattia professionale e la determinazione della incapacità permanente sia breve e non vi sia il tempo di definire programmi di riadattamento, di riabilitazione per delle politiche di presa in carico, delle persone infortunate o tecnopatiche.

Quello che è certo è che non possiamo più accettare lo stato di cose attuali che non permette di creare una relazione con il ruolo del medico competente all'interno del-

l'azienda; non è più sufficiente quella frase general generica che vediamo nel certificato Inail di ripresa del lavoro: «si rinvia al medico competente per quanto di competenza»; quindi, sicuramente, avremo bisogno di un coinvolgimento diverso, di una relazione diversa tra le figure, che devono farsi carico del lavoratore con postumi limitanti di un infortunio o di una malattia professionale.

Sarebbe utile mutuare al nostro regime la figura dei *case management* dell'esperienza europea.

Dicevo prima che dovremmo ragionare molto su come concretizziamo, come rendiamo efficace questa rete integrata, perché non vorrei che la rete integrata poi fosse, come è un po' adesso con gli uffici del lavoro, una rete con maglie troppo larghe che non permette una risposta.

In Europa abbiamo delle esperienze molto significative in questo senso; a me piace molto questa figura che, quando parliamo del ruolo dell'Inail, dovremmo cominciare a costruire, quella che con termine europeo si chiama il *case management*, cioè una figura che aiuti, supporti il lavoratore con una problematica di salute nel percorso all'interno di tutta quella vasta rete di normative, spesso in contraddizione una con l'altra, ma che comunque possono permettere al lavoratore di trovare un suo percorso.

Il *case management* si caratterizza per la presenza di una figura che segue individualmente le persone maggiormente in difficoltà nel loro percorso di ritorno al lavoro e che le traghettano nel mare dei numerosi dispositivi esistenti. Quello che appare im-

portante è l'individualizzazione del processo per completare l'esistente e che deve essere oggetto di coordinamento. L'intervento deve essere il più rapido possibile e, soprattutto, deve andare al di là del quadro strettamente medico (valutativo).

Affinché la persona/lavoratore ritrovi le sue potenzialità è necessario accompagnarla all'interno del nostro sistema di salute per assicurarle il miglior percorso di cure. A questo si deve affiancare un approccio sociale e psicologico; ciò vuol dire che il ritorno al lavoro richiede équipe multidisciplinari di cui occorre assicurare il coordinamento con l'obiettivo, tramite il *case manager*, del ritorno al lavoro nelle migliori condizioni possibili. Lo scopo è quello di restituire al lavoratore la totalità delle sue capacità fisiche, psichiche ecc.

Si tratta di esperienze che si basano sul cosiddetto *case management*, che si caratterizza per la presenza di un operatore che segue individualmente le persone con maggiori difficoltà nel loro percorso di ritorno all'impiego, con un ruolo anche di facilitatore nei confronti della complessità dei meccanismi anche burocratici. Il *case management* prevede una gerarchia di valori per cui l'individuo si situa al di sopra della sua dimensione sociale; dimensione sociale che prevale sulla dimensione economica; il che vuol dire che il meccanismo si deve caratterizzare per una individualizzazione del processo di reinserimento coordinando fra loro le diverse realtà che sono chiamate in causa in questo processo e che devono intervenire nella maniera più veloce possibile per ottenere il miglior risultato.

Quando si discute di intervento globale questo deve tradursi in un sostegno nei percorsi di cura (si pensi alla riabilitazione medica, in particolare, che più viene iniziata precocemente e migliore è il risultato) e anche in un approccio di tipo sociale e psicologico.

Un infortunio sul lavoro rappresenta, infatti, una rottura brutale e può determinare dei periodi depressivi che devono essere presi in carico. Il ritorno al lavoro richiede la messa in campo di équipe pluridisciplinari coordinate dal *case manager* in modo da restituire al lavoratore la totalità delle sue capacità fisiche, psichiche, relazionali ecc.

A partire dagli anni novanta dello scorso secolo si sono sviluppate, in particolare, in Canada, Olanda, Germania e Finlandia delle politiche di ritorno al lavoro dei soggetti affetti da lombalgia in una condizione, un ritmo e una organizzazione aziendale adattate alle condizioni dei lavoratori e facendo sì che il lavoratore stesso non dovesse rimanere assente dal lavoro.

Si tratta di esperienze che sono state fatte proprie per affrontare una problematica quale quella delle patologie muscolo-scheletriche, in quanto in Francia la durata media delle assenze dal lavoro per lombalgia si attesta sui 340 giorni; il che corrisponde ad una quasi-desocializzazione, avendo ben chiaro che la presa di coscienza della necessità di trovare delle soluzioni di reinserimento adattate al lavoro non deve portare a ridurre l'impegno verso una prevenzione primaria di queste patologie o a modificare la politica di indennizzo dei danni da lavoro, bensì ad aggiungere un terzo fattore che

è quello del riadattamento e della riabilitazione.

Oggi noi siamo in una situazione che potremmo così riassumere: i lavoratori che presentano un handicap o che vedono aggravarsi detto handicap si trovano esclusi dal mondo del lavoro e solo dopo essi vengono riqualificati, riadattati, reinseriti. Allora la tendenza deve essere quella di eliminare il prefisso «re» dalle parole che citavo prima, per assicurare la continuità del rapporto di lavoro, ma anche il mantenimento all'interno di un collettivo di lavoro pur nel rispetto delle condizioni di salute e anche dei tempi di cura. Abbiamo bisogno di fare di tutto perché il lavoratore non perda il posto di lavoro, non venga espulso dal suo collettivo di lavoro e quindi di un ruolo dell'istituto assicuratore di presa in carico anche sanitaria del lavoratore (viene usato un brutto termine: «al capezzale»), di cui si discute da anni con le prime norme che hanno riguardato l'impegno diretto dell'istituto nella riabilitazione fisioterapica.

Noi sappiamo che un lavoratore con una lombalgia è assente per molto tempo dal lavoro, ma se gli viene garantito l'accesso alle cure adeguate in modo tempestivo questo permette un più rapido rientro al lavoro; permette al lavoratore di rientrare al lavoro in condizioni migliori e quindi anche di non prolungare il periodo di assenza e di non creare difficoltà ecc., avendo chiaro che naturalmente questo non vuol dire, alla tedesca, modificare la politica di indennizzo, quella deve rimanere, ma a questa dobbiamo affiancare un ruolo attivo dell'istituto assicuratore nel riadattamento,

nella riabilitazione; e quando noi parliamo di riadattamento, di riabilitazione, dobbiamo farlo avendo ben chiara una cosa: che tutto questo si deve fare in funzione della disabilità dal lavoro, non della percentuale di invalidità che viene riconosciuta dall'istituto assicuratore.

Un intervento, quindi, di riadattamento e di riabilitazione anche per quelli che tabellarmente oggi possiamo considerare i piccoli danni, che sono poi le attuali malattie da lavoro, penso alle muscolo-scheletriche in particolare, ma anche a patologie storiche che comunque oggi procurano dei danni sicuramente inferiori.

La presa in carico è certamente importante e non deve fare solo riferimento al reinserimento prettamente fisico del lavoratore, ma deve tenere in considerazione tutta la fattispecie, perché questa è una delle problematiche degli infortunati e tecnopatici; quindi, sicuramente, le équipe multidisciplinari devono tenere in considerazione i diversi aspetti: quello sociale, quello psicologico e quello fisico dei lavoratori. Su questo abbiamo delle esperienze; quella tedesca ha il limite che consiste di non prevedere alcun pagamento se non ci si assenta dal lavoro. Quindi, stiamo attenti a quella normativa; tuttavia, quello che a me interessa è la filosofia di fondo, che consente ai lavoratori vittime di un infortunio sul lavoro di continuare ad avere un datore di lavoro e, quindi, un posto di lavoro. La filosofia dell'ente assicuratore deve seguire questo principio. La filosofia tedesca va adeguata alla nostra realtà, a quello che dicevo prima, ma sicuramente l'impegno dell'istituto assicuratore

– soprattutto in termini ergonomici – va mutuato anche in Italia.

Ancora di più mi piace l'esperienza canadese Syncro, sulla quale potremmo ragionare, perché prevede un elemento importante, cioè quasi un automatismo: in presenza di un'assenza dal lavoro per un infortunio che superi i 30 giorni di assenza interviene in modo automatico un meccanismo da parte dell'istituto assicuratore di supporto per cercare di capire se quella disabilità, quell'assenza superiore ai 30 giorni, possa determinare una disabilità lavorativa e quindi la necessità di un intervento.

Vi sono altre esperienze in Europa che possiamo mutuare e sulle quali possiamo ragionare per costruire al meglio quella rete solidale che anche il d.lgs. 38 prevede nel porre al centro l'Inail, ma sicuramente anche un ruolo dell'istituto di Patronato più attivo su questa tematica, avendo chiara una cosa: e cioè, se noi lavoriamo bene su questa tematica, sul reinserimento del lavoratore tecnopatologico e infortunato, saremo in grado sicuramente di creare condizioni migliori per tutti i lavoratori con problemi di salute, non soltanto derivanti da un infortunio o da una malattia professionale, ma anche semplicemente legati all'avanzamento dell'età. Se noi diamo una buona risposta a questa problematica siamo in grado di dare una buona risposta a caduta anche a tutta la tematica generale del lavoratore disabile all'interno dei luoghi di lavoro, avendo ben chiaro che il nostro elemento deve essere quello di garantire l'inserimento e il mantenimento del posto di lavoro.

E questo lo diciamo soprattutto in relazione ai dati europei, che ci informano come nell'ultimo decennio i lavoratori diventati non idonei alla mansione siano in aumento esponenziale.

In alcuni paesi vi è stato addirittura un raddoppio di questa percentuale, frutto anche delle modifiche dell'età pensionabile e dell'abrogazione di normative di vantaggio per alcune categorie lavorative.

Abbiamo, quindi, la necessità seria di affrontare questo tema e di farlo in tempi rapidi con un cambio culturale che la modifica della legge 68 non ha fatto, che è quello di considerare tutti gli handicap, anche quelli non visibili (pur considerando che qualche timido passo lo registriamo, ad esempio, quando si differenzia fra percentuali di invalidità fisiche e mentali).

Sia chiaro, non si tratta di modificare la politica di indennizzo, ma occorre arricchire il sistema aggiungendovi un elemento di riadattamento e di riabilitazione, che è assente nel nostro paese, e di accompagnare i lavoratori maggiormente in difficoltà (e quando parlo di maggiormente non lo faccio in riferimento al livello percentuale di danno biologico) verso il ritorno al lavoro in modo individualizzato.

Troppo spesso, finora, ci siamo occupati di lavoratori che avevano perso il lavoro, anche tutta l'esperienza Inail compiuta in questi anni è quella di come riammettere al lavoro dei lavoratori che sono usciti. Oggi il nostro impegno, insieme ai medici del lavoro, ai servizi che devono continuare a costituire un grande punto di riferimento e di aiuto per tutti noi sul territorio, deve esse-

re quello di far sì che con tutti gli strumenti che la normativa ci mette a disposizione, quindi esaltando anche il ruolo e le potenzialità di alcune figure previste dal d.lgs. 81 e che non hanno trovato – a mio avviso – ancora piena espressione delle loro potenzialità in questo ventennio, è di garantire la non fuoriuscita del lavoratore, il mantenimento del lavoratore nel suo posto di lavoro, nel suo ambiente lavorativo.

Note

- 1 In Francia il numero di inidoneità al lavoro è passato negli ultimi dieci anni da 70.000 a 150.000 casi annui.

Relazione

La inidoneità e il ruolo del medico competente

■ di Francesco Saverio Violante*

Il tema che tratterò è quello del ruolo del medico del lavoro nel mantenimento della capacità lavorativa, con un focus particolare sul lavoratore anziano, che rappresenta il problema dell'Italia di oggi.

Prima di affrontare l'argomento, vorrei esporre, però, alcune riflessioni di carattere iniziale. È vero che noi abbiamo un tot di medici del lavoro in Italia che operano a livello aziendale e che sono presenti nell'elenco nazionale dei medici competenti (secondo gli ultimi dati sono circa 6.000), ma se osservate meglio i dati (pubblicati in uscita dal cosiddetto Allegato 3B, anche se poco credibili, perché il numero contenuto in tre tabelle varia da poco più di 3.000 a oltre 16 mila, quindi non si capisce come sono state fatte le somme), in rapporto al numero complessivo di lavoratori italiani sottoposto a sorveglianza sanitaria (oltre 9 milioni) emerge un tasso operativo di un medico del lavoro ogni 1.500 persone, quindi un numero relativamente adeguato. Qual è il problema? Il problema è che la

medicina del lavoro come la facciamo noi oggi in Europa è quella che negli anni cinquanta veniva chiamata *industrial medicine*, e non è una questione solo semantica; è una questione di esercizio dell'attività del medico del lavoro in condizioni, quelle degli anni cinquanta, in cui la sorveglianza sanitaria aveva uno scopo fondamentale: quello di poter diagnosticare un eccesso di esposizione o una patologia iniziale in persone che, per la caratteristica particolare della patologia, potevano essere già diagnosticate come malate senza che se ne accorgessero.

Pensate, ad esempio, ad una «silicosi», che nella sua fase iniziale di sviluppo non dà alcun tipo di sintomo. In questo caso, la persona non percepisce il fenomeno patologico fino a che la fibrosi polmonare non ha ridotto la capacità ventilatoria in maniera importante; e quindi quando comincia ad accorgersi di fare fatica nel fare cose che in passato riusciva a fare. Quello era il ruolo della medicina industriale di allora; quello era il ruolo della medicina del lavoro; quel-

* Presidente SiMLi. Testo non rivisto dall'autore.

lo era il ruolo che è stato fotografato nelle direttive europee.

Attualmente, la situazione è totalmente cambiata; le patologie che dominano la scena nei paesi europei, quelli per i quali abbiamo i dati della Fondazione europea, sono: al primo posto il mal di schiena, mentre tra il secondo e il terzo si collocano gli altri disturbi muscolo-scheletrici. Risultati che sono coerenti, peraltro, con quelli emersi da uno studio estremamente interessante al quale ho avuto l'avventura di partecipare come esperto per l'Italia intitolato *Global Burden of Disease*, che stima tutte le malattie presenti nel mondo, sia quelle mortali sia quelle che determinano disabilità.

Si tratta di una indagine finanziata dalla Fondazione Bill and Melinda Gates (il padrone della Microsoft e la moglie). Ebbene, nello studio *Global Burden of Disease* in cima alla classifica per numero di anni vissuti con disabilità c'è il mal di schiena e tra le prime 25 ci sono 3 condizioni che si riferiscono ad altre patologie di tipo muscolo-scheletrico; altre 7 condizioni tra le prime 25 patologie – quindi 10 condizioni in tutto – risalgono a malattie di tipo mentale o ad abuso di sostanze. Questo significa che nella popolazione mondiale le prime 10 condizioni che determinano una vita con disabilità, anche se non sono mortali, sono essenzialmente di natura muscolo-scheletrica o di tipo mentale. Questo richiama un po' quello che succede nei luoghi di lavoro, quando voi pensate in termini di patologia da sovraccarico bio-meccanico o di patologia da stress.

L'ultimo elemento che differenzia la medicina del lavoro di oggi dalla medicina del lavoro industriale, la *industrial medicine*, non è di diagnosi, ma è di attribuzione. Attualmente, il medico non deve fare una diagnosi di malattia, che è diventata banale; pensate che certe malattie – tipo il mal di schiena – si diagnosticano sulla base del sintomo; il mal di schiena è una cosa un po' particolare, l'unica condizione che noi medici trattiamo dal punto di vista sintomatologico. Nessun medico sarebbe contento di fare una diagnosi di mal di pancia: sarebbe ridicolo fare una diagnosi di questo genere; tuttavia facciamo le diagnosi di mal di schiena senza problemi.

Tutto questo per dire che la malattia è il sintomo. Poi vedremo anche un altro aspetto quando cercherò di dimostrare che la disabilità in sé non è una conseguenza delle malattie.

L'esercizio dell'attività professionale di medicina del lavoro è cambiato completamente, ma noi continuiamo a ragionare seguendo i modelli disegnati negli anni cinquanta. Questo non vuol dire che quei modelli non vadano bene. Gli inglesi hanno creato il Servizio sanitario nazionale nel 1948 e nessuno si sogna di dire che siccome è stato creato nel 1948 non serve a niente; oppure, siccome l'assicurazione contro le malattie professionali ce l'abbiamo dagli anni trenta, oggi non serve a niente perché è vecchia, tutt'altro. Queste sono conquiste realizzate, ma c'è il problema di adeguare l'esercizio di una determinata pratica alle mutate condizioni del mondo del lavoro e della salute delle persone.

Quelle che vi ho illustrato sono tutte avvertenze per comprendere ciò che vi dirò adesso. Non mi sono soffermato su un fatto fondamentale, che è costituito dalle diverse necessità in termini di salute occupazionale di chi lavora in aziende dove il modello *industrial medicine* funziona: cioè le grandi aziende, dove il lavoratore passa tutta la sua vita lavorativa; dove la gran parte delle condizioni di lavoro è negoziata tra le organizzazioni sindacali e l'azienda.

Quel modello interessa oggi meno della metà dei lavoratori italiani. C'è un'altra parte, invece, anche se fortunatamente numericamente più ridotta, che è occupata in lavori di tipo intermittente e che non hanno, quindi, un luogo di lavoro di riferimento, perché si spostano da una sede all'altra, da un ufficio ad un altro, facendo spesso lavori diversi. Anche se rappresenta una quota minoritaria, si tratta pur sempre di milioni di persone.

Per questi lavoratori il modello *industrial medicine* non funziona per niente, perché ha bisogno di due fattori fondamentali: di un luogo di lavoro e della stabilità del lavoro. Come potete pensare di applicare il modello *industrial medicine* a persone che in un anno cambiano quattro posti di lavoro? E sto parlando di persone che nel quadro generale possono essere considerate fortunate, perché cambiano quattro posti di lavoro senza la sofferenza della disoccupazione.

Queste persone, nel migliore dei casi, vedranno quattro medici del lavoro che faranno un accertamento di idoneità preventivo all'attività lavorativa e poi basta; non ci sarà nessuno che si occuperà di loro.

Noi, come società italiana di medicina del lavoro, abbiamo avanzato una proposta alle forze politiche di adeguamento del modello di esercizio della medicina del lavoro per le persone che lavorano con questo tipo di modalità, sapendo che avranno comunque bisogno di avere un medico del lavoro, che sarà il loro *case manager* durante la loro vita lavorativa. E questo non è assolutamente incompatibile con la previsione della legge europea, perché l'art. 14 della direttiva quadro, che tutti si dimenticano, riporta una riga che recita: «la sorveglianza sanitaria può far parte di un servizio sanitario nazionale; non vi è alcun divieto di inserire attività di questo genere all'interno delle attività del servizio sanitario nazionale».

Così come abbiamo lo specialista di riferimento per le diverse fasi della nostra vita (il pediatra quando siamo piccoli; il medico di famiglia quando diventiamo più grandi), rivendichiamo il diritto dei lavoratori italiani ad avere il medico del lavoro come medico di riferimento durante la vita lavorativa, perché le esigenze dei lavoratori non sono coperte da un esercizio che non sia specialistico, che conosca questi temi e li sviluppi nel modo appropriato.

Altro elemento: sulla questione organizzativa si potrà discutere, non c'è dubbio, ma noi focalizziamo il nostro discorso sul diritto alla salute dei lavoratori che va inteso in maniera globale, perché ci sono aspetti di cui nessuno si occupa. Ve ne anticipo uno soltanto: pensate alla diversa distribuzione dell'abitudine al fumo nella popolazione italiana. Se si osservano i dati generali – un

po' meno del 20% le donne, un po' più del 20% i maschi – avete una rappresentazione totalmente sbagliata dell'abitudine al fumo. Nelle classi lavoratrici, in particolare nei lavoratori manuali maschi, l'abitudine al fumo incide per oltre il 50%. Noi abbiamo problemi di salute rilevanti di cui nessuno si occupa; non lo fanno i medici di famiglia; non lo fanno le altre strutture.

Nei luoghi dove si fa l'*industrial medicine* in maniera più moderna ci si fa carico della salute globale delle persone. Ci sono le aziende che stanno cominciando a fare programmi sull'alimentazione, sull'attività fisica, per l'astensione dal fumo e via di seguito, ma in generale abbiamo ancora in funzione una cosa descritta nel 1971 da un nostro collega inglese, Julian Tudor Hart, un medico di base che pubblicò sul «Lancet» un articolo che vi consiglio di andare a rileggere per la sua potenza evocativa ancora oggi, quarant'anni e passa dopo, *The Inverse Care Law*, dove citava il fatto che pure in presenza di un servizio sanitario universalistico inglese, chi aveva più bisogno di cure in realtà ne riceveva di meno; e questo non può essere un problema lasciato al singolo cittadino; deve essere un problema assunto responsabilmente dalla sanità pubblica. Noi, come organizzazione scientifica dei medici del lavoro, stiamo ponendo questo tema all'attenzione delle forze politiche.

Sono contento di essere stato invitato oggi per poterne discutere con voi, perché noi riteniamo che i servizi che devono essere forniti non debbano essere definiti in una legge in maniera astratta, ma debbano essere declinati considerando le realtà specifi-

che e le necessità degli strati di lavoratori che hanno necessità diverse.

Dal punto di vista occupazionale sanitario, il lavoratore intermittente, come vi dicevo prima, ha problemi diversi rispetto a quelli del lavoratore che lavora per quarant'anni in una grande industria. Occorrono, quindi, modelli di intervento che coprano quel tipo di necessità.

Vado avanti rapidamente. Qualcuna delle slide che vi propongo sono di un collega americano, direttore di un istituto di ricerca che si occupa di disabilità in ambito lavorativo. Questo stesso tema lo affronterò nell'ottica dello studio che vi citavo prima, *Global Burden of Disease*, in senso generale, ma queste riflessioni valgono per l'Italia come valgono per tutti gli altri paesi.

Prima riflessione: la popolazione mondiale invecchia e un numero crescente di lavoratori dovrà esserlo più a lungo. L'invecchiamento ha caratteristiche particolari. Il progredire dell'età rispetto alla capacità lavorativa e alla disabilità ci mette davanti sfide maggiori che dobbiamo affrontare prevenendo la disabilità.

L'Italia, insieme a Giappone e Svezia, è il paese con una speranza di vita maggiore, e dunque è tra i paesi più longevi del mondo. Meno nascite, meno mortalità, questa è l'accoppiata che determina l'inversione della piramide, che non è un fenomeno esclusivo dei paesi cosiddetti ricchi; anche in paesi in via di rapido sviluppo economico, come l'America Latina, il Brasile, la Cina e, nell'Europa dell'Est, la Polonia, la piramide dell'età si sta modificando in maniera importante e non esisterà più di fatto nel

2050. Abbiamo più persone ultrasessantenni, ma non possono andare in pensione. Da ciò scaturisce un problema di sostenibilità dei sistemi di sicurezza sociale. L'indice di dipendenza negli Usa – cioè il rapporto tra il numero di lavoratori attivi e quello dei pensionati – era nel 2000 di 5,1 e nel 2050 sarà di 2,9. C'è un problema di sostenibilità dei sistemi di sicurezza sociale che sono stati revisionati dappertutto perché sono chiaramente a rischio di insolvenza.

Considerate un conto banalissimo dal punto di vista economico: le trattenute con le quali si finanzieranno le pensioni delle persone sono circa il 30% della retribuzione ordinaria in un periodo in cui gli investimenti finanziari rendono quasi nulla o pochissimo. Provate a moltiplicare il 30% per 40 anni, di un lavoratore che vada in pensione a 70 anni e non a 60 anni. Considerando che, attualmente, in Italia una donna ha una speranza di vita di 15 anni circa dopo il pensionamento, questo significa che l'ammontare del denaro versato durante l'intera vita lavorativa consentirà nella migliore delle ipotesi (durante questi 15 anni) di avere una pensione pari all'80% del totale dei contributi versati, e non delle ultime retribuzioni.

Non c'è solo un problema economico; dal punto di vista del mercato del lavoro esiste la necessità di avere lavoratori qualificati che, guarda caso, si trovano soprattutto tra i lavoratori anziani, perché quelli giovani, per definizione, sono lavoratori in via di qualificazione.

Quando la qualificazione professionale è stata raggiunta, di solito nell'età della ma-

turità, quel patrimonio non dovrebbe essere disperso; e quindi c'è un'utilità nel tenere i lavoratori più anziani al lavoro, proprio perché si tratta di persone che hanno raggiunto i livelli massimi di qualificazione.

Esiste poi un altro elemento fondamentale che riguarda l'impoverimento delle popolazioni nei paesi ricchi, non nel senso del declino della capacità di reddito, perché i redditi in realtà, al di là del periodo della crisi, sono aumentati. Se si osserva il dato degli Stati Uniti ci si accorge come la capacità di risparmio delle famiglie dagli anni ottanta in avanti sia soltanto calata e non è mai aumentata. Questo significa quindi che, in generale, le persone riescono a mantenere un determinato livello di consumi, ma a prezzo della eliminazione della capacità di risparmio.

In tutti i paesi, il risultato è l'aumento delle persone che lavorano nelle decadi di età al di sopra dei 55 anni. In particolare, negli Stati Uniti, dove la legislazione sul pensionamento è più flessibile, nel senso che le persone possono lavorare anche nelle età estreme della vita, sta aumentando anche la categoria dei lavoratori ultrasessantenni. E non si tratta solo dei giudici della Corte Suprema, ovviamente, ma di lavoratori manuali, che fanno anche i cosiddetti mini-job; persone anziane che sono costrette a lavorare per potersi mantenere o per avere l'assicurazione sanitaria. Questo determina l'aumento della disabilità delle persone. Negli Stati Uniti, dal 1991, la disabilità delle persone è cresciuta quasi di tre volte; questo è un trend che si sta verificando in molti paesi.

Uno studio condotto in un piccolo Stato americano del New Hampshire per verificare le condizioni dei lavoratori dal punto di vista degli infortuni ha identificato tre categorie di lavoratori: la prima è quella di coloro che ancora sono al lavoro nell'impiego principale, dopo oltre quarant'anni. La seconda riguarda pensionati che hanno una nuova occupazione, spesso semplicemente perché la pensione, calcolata solo con il sistema contributivo, non è sufficiente per vivere e, quindi, sono costretti a lavorare.

Infine, la terza categoria, che gli americani chiamano *trapped*, cioè intrappolati, include quelli che vorrebbero andare in pensione, ma sono costretti a lavorare ancora per vari motivi; tra questi, il principale è che se vanno in pensione non hanno più l'assicurazione sanitaria. In Italia abbiamo una quarta categoria, ma non la cito.

Problemi fisiologici e di salute più frequenti con l'età, ce ne sono tanti: per esempio, l'accomodazione visiva che costringe all'uso degli occhiali, una maggiore sensibilità alla luce, perdita di udito e della forza fisica, e altro.

L'interrogativo è: «Questi problemi incidono in maniera drammatica sulla capacità lavorativa delle persone?». Dal punto di vista muscolo-scheletrico vi dirò «no». Le evidenze attuali ci dicono che il declino della capacità muscolo-scheletrica massima utilizzata nell'attività lavorativa è piuttosto ridotto. Ad eccezione di lavori altamente impegnativi, mediamente la capacità muscolare massima usata nell'attività lavorativa è del 30 per cento.

A questo proposito, recentemente è stato realizzato uno studio su un campione di oltre 700 lavoratori del settore manifatturiero, che è stato sottoposto a misure di tipo fisico e di salute di ogni genere. Gli autori di questa indagine concludono dicendo che i valori normali dal punto di vista biomeccanico possono sottostimare le performance fisiche dei lavoratori anziani sani e quindi ovviamente, di converso, mascherare il calo delle stesse in lavoratori meno sani; inoltre, affermano che il lavoro può essere un fattore di mantenimento delle funzioni muscolo-scheletriche creando una specie di effetto lavoratore sano che, però, è solo sulla parte muscolo-scheletrica, non – ad esempio – sulla parte cardiovascolare. Sempre rispetto alla capacità lavorativa e all'invecchiamento dobbiamo tener presente una parola chiave: il cambiamento, non la riduzione della capacità lavorativa.

Il cambiamento c'è, ma non è necessariamente sinonimo di peggioramento. Uno studio interessante è stato realizzato nel 2007 su un campione di piloti che sono stati sottoposti ad una specie di gioco, cioè dovevano fare una simulazione di pilotaggio.

Il campione era composto di giovani trentenni e di piloti ultracinquantenni. Nel simulatore, è successo che i piloti giovani hanno imparato più velocemente il task rispetto ai piloti più anziani, ma quando si è trattato di mettere in opera il task, cioè dovevano simulare il volo, i piloti più anziani sono risultati più bravi dei loro colleghi giovani, perché, ovviamente, a fare la differenza è stata l'esperienza. Quindi, imparare più rapidamente non significa poi essere

capaci di fare meglio, soprattutto quando il bagaglio di esperienza costituisce, come in questo caso, un valore.

La parola chiave che noi utilizziamo è cambiamento della capacità lavorativa, non diminuzione della capacità lavorativa; ma è un cambiamento che deve essere tenuto in considerazione in modo adeguato, perché se un lavoratore giovane, ad esempio, può eseguire un compito visivo con una illuminazione quasi nulla, un lavoratore anziano per eseguirlo ha bisogno di una maggiore quantità di luce; e su questo non c'è niente da fare. Ciò significa che bisogna attrezzare i posti di lavoro per le necessità delle persone che hanno qualche anno di più.

Il tema delle abitudini di vita è molto importante perché esplicano i loro effetti nelle età più avanzate. Se io mi mantengo molto in esercizio fisico arriverò a 60 anni molto meglio di una persona che non ha fatto esercizio fisico durante l'attività lavorativa; oppure se io fumo è molto probabile che a 60 anni abbia già la bronchite cronica e una serie di danni da fumo evidenti. A fronte del cambiamento, sempre per il nostro lavoratore anziano, l'adattamento è l'unica possibilità; quindi, la parola chiave è cambiamento, la conseguenza è l'adattamento dei luoghi di lavoro.

In altre parole, questo cambiamento non avviene perché la nostra salute sta peggiorando, ma avviene paradossalmente perché la nostra salute sta migliorando, in quanto quello che un tempo era causa di morte oggi è diventato malattia cronica. Prendiamo ad esempio alcuni dati. Negli anni dal 1979 al 2011 la mortalità per malattie car-

diovascolari e per quelle cerebrovascolari è calata moltissimo, ma meno persone decedute significa più persone malate, perché quelle che sopravvivono non sono sane; la malattia cardiovascolare continua ad averla ed è diventata cronica. Lo stesso avviene se si osservano i dati relativi al trend di sopravvivenza a cinque anni dei tumori, che sono tutti quanti saliti dagli anni 1970 ad oggi. Questo significa più anni vissuti con il tumore e quindi più anni vissuti con le malattie croniche.

Un altro elemento importante è di tipo iatrogeno. Più trattamenti medici non sempre equivalgono a migliorare la propria situazione di salute; anzi, a volte la peggiorano, perché la persona è più confinata nell'ambito delle cure e quindi è più separata dall'attività lavorativa. E questo avviene per una serie di casi. Oggi noi consideriamo la disabilità una malattia in sé; e non il prodotto di altre malattie; ma una malattia in sé, che ha le sue caratteristiche diagnostiche, un set di cause peculiari, deve avere dei trattamenti specifici, perché noi vogliamo, ovviamente, che i lavoratori non vengano separati dall'attività lavorativa; è – come si diceva prima – molto più facile mantenere una persona al lavoro che rimetterla al lavoro dopo che ne è uscita.

Concludendo: le cause della disabilità non sono solo fisiche. La malattia è importante, ma la malattia determina anche un altro elemento significativo che è il decondizionamento. Quando io lavoro il mio apparato muscolo-scheletrico è allenato al tipo di attività che devo fare: più tempo io rimango fuori allenamento, maggiore è la proba-

bilità, nel momento in cui rientro al lavoro, di farmi di nuovo male (cosiddetto *reinjury*).

In questo senso, allora, c'è bisogno di un cambiamento di mentalità. Spesso, mi trovo a discutere in ambito aziendale con persone, supervisori, che dicono: se non è perfettamente a posto, preferisco non averlo qui. Ma cosa vuol dire? Tenere il lavoratore a casa per tre mesi, fino a decondizionarlo in modo perfetto, per poi farlo rientrare al lavoro e, magari, due giorni dopo, vederlo in condizioni peggiori? Dobbiamo pensare a modelli di flessibilità che consentano alle persone convalescenti di rientrare al lavoro, magari per tempi ridotti o con attività lavorative adattate. Dobbiamo prendere in considerazione iniziative che consentano un rientro precoce della persona all'attività lavorativa, non soltanto per un fatto fisico. Quali sono le nostre azioni chiave per affrontare la disabilità, specie dei lavoratori meno giovani? Identificare precocemente le cause possibili di disabilità; subito, dall'inizio dell'assenza per malattia. Non bisogna aspettare mesi; dobbiamo capire immediatamente qual è la malattia e intraprendere tutte le azioni necessarie per riportare le persone al lavoro al più presto possibile; intervenire con un focus sugli aspetti lavorativi già durante le cure. I medici che assistono una persona con un tumore o una malattia cardiovascolare non si preoccupano della sua attività lavorativa e tendono a rinviare la questione a dopo la guarigione. Invece, bisogna agire subito; ecco perché il medico del lavoro è indispensabile; ed è indispensabile che il lavoratore abbia il suo

medico del lavoro di riferimento, che deve collaborare immediatamente con gli specialisti a cui la persona si rivolge per curarsi, per consentirle di ritornare al lavoro il più presto possibile e nelle migliori condizioni e prevenire tutto ciò che può causare disabilità.

Vari studi ci dicono che una persona rimasta fuori dal lavoro per oltre 18 mesi ha una straordinaria probabilità di non tornarci più, anche se giovane; e questo è un dramma per la persona e per la società.

Per prevenire le cause di disabilità abbiamo diversi interventi, non solo trattamenti medici riabilitativi durante il lavoro. Non va sottovalutato il supporto dei colleghi, soprattutto per le patologie minori, che è molto importante e rappresenta un valido aiuto per favorire il rientro al lavoro. Come medico competente, coordinatore di un grande ospedale di 6.000 persone, verifico che dove i gruppi di lavoro funzionano bene il soggetto, anche con una malattia molto importante, riesce a tornare al lavoro abbastanza facilmente. Questo vi dice che quando il gruppo di lavoro funziona il supporto è una potentissima forma di mantenimento delle capacità lavorative delle persone.

Perciò credo che l'attenzione alle persone debba essere un elemento molto importante da tenere in considerazione: rivendichiamo il diritto alla salute dei lavoratori, perché rivendichiamo il diritto delle persone ad avere attenzione. E non è un'acquisizione recente, ma l'espressione di uno dei grandi medici americani del 1800 – William Osler – che diceva: «è molto più im-

portante sapere che tipo di paziente ha una malattia, piuttosto di che tipo di malattia ha un determinato paziente».

L'attenzione non deve essere rivolta solo alla cura della malattia, ma deve essere indirizzata innanzi tutto alla persona: quello che a noi interessa è la persona con i suoi problemi.

Che cosa possiamo fare? Dobbiamo comprendere il trend di invecchiamento dei lavoratori e le variazioni del loro stato di sa-

lute riconoscendo le specificità individuali; dobbiamo valorizzare i lavoratori non più giovani, che sono una risorsa, perché l'attaccamento al lavoro e la loro esperienza sono maggiori rispetto a quanto esprimono al riguardo i giovani.

Concludendo credo che dobbiamo affrontare la disabilità come una malattia in sé e dobbiamo tenere presente che le soluzioni alla disabilità non sono soltanto di natura medica.

Relazione

Giudizi di idoneità del medico competente e lavoratori con disabilità: il ruolo delle Asl

■ di Giorgio Di Leone*

In premessa esprimo un paio di preoccupazioni. La prima è che non dobbiamo occuparci e preoccuparci solo degli infortunati o solo dei tecnopatici. Negli ambienti di lavoro ci sono tante persone che si ammalano per numerose altre ragioni e che poi hanno – come il filo conduttore di questo convegno richiama – la necessità di essere seguiti e garantiti anche nei luoghi di lavoro.

La seconda è che siamo un po' tutti portati a socializzare e a fare tesoro delle brillanti esperienze tenutesi in aziende di medie e grosse dimensioni, ad esempio quelle presentate della Atm e degli ambienti ospedalieri, ma tendiamo a trascurare quel 95% almeno di piccole e piccolissime aziende nelle quali le nostre rispettive organizzazioni hanno probabilmente delle difficoltà di intervento. Quei lavoratori sono oggi i più fragili, perché un conto è parlare dei lavoratori che lavorano in grandi aziende con strutturazioni e organizzazioni e rappresentanze sindacali forti e un conto è parlare di tutte quelle attività e di tutti quei la-

voratori che non sono veramente tutelati, per i quali non è nemmeno garantita la presenza del medico competente e presso le cui aziende l'organo di vigilanza (Asl) interviene, molto spesso a infortuni avvenuti e malattie già in atto, avendo difficoltà a rispettare il prioritario mandato della prevenzione.

Manterrei questo tema sempre sullo sfondo perché credo che sia la problematica principale. Per riprendere inoltre le ultime considerazioni del professor Violante, se è vero che dobbiamo valorizzare l'esperienza e l'attività lavorativa degli anziani, è anche vero che dobbiamo far sì che i giovani riescano a entrare nel mondo del lavoro e ad avvalersi delle esperienze degli anziani. Oggi si osserva invece che si rimane in servizio fino a tarda età e che i giovani vengono immessi tardivamente nel mondo del lavoro, determinandosi tra l'altro il mancato travaso delle esperienze e delle conoscenze.

Riporto a titolo meramente esemplificativo, in apertura del mio intervento, uno dei tanti casi che capitano all'osservazione dei

* Presidente della Snop (Società nazionale degli operatori della prevenzione).

servizi Asl, per certi versi estremo ma per altri anche abbastanza paradigmatico.

È giunto all'osservazione del servizio dove lavoro il ricorso avverso il giudizio del medico competente di un autotrasportatore di 54 anni.

Nel 2004 questo lavoratore ha avuto un infarto acuto del miocardio, non direttamente e necessariamente correlabile con una tecnopatia. Praticate le terapie del caso, si è inizialmente verificata una situazione favorevole perché sia il medico competente che il datore di lavoro hanno operato in maniera propositiva: il medico competente gli ha consentito, grazie a una sorveglianza sanitaria ravvicinata, una reimmersione nel mondo del lavoro con la sua qualifica, e soprattutto il datore di lavoro ha avuto la sensibilità di mantenerlo al suo posto di lavoro. C'è quindi stato un positivo lavoro di squadra.

Quando quel datore di lavoro va in pensione e viene sostituito dai figli, questi sono chiamati a fare fronte alla crisi incombente. In primo luogo decidono di cambiare il medico competente con uno più giovane che ha evidentemente l'abitudine di non visitare i lavoratori. Dico subito che sono del parere che la stragrande maggioranza dei medici competenti operino in maniera assolutamente qualitativa pur in difficili condizioni. Talvolta ci si imbatte purtroppo in situazioni negative. Il nuovo medico competente, in occasione della prevista periodicità, rispondendo probabilmente alle esigenze di contrazione dell'organico presentate dal nuovo datore di lavoro, lo giudica non idoneo alla mansione di autotra-

sportatore pur non essendo variato nulla rispetto al suo precedente stato di salute. L'azienda mette immediatamente il lavoratore in cassa integrazione ordinaria e la strada è quella verso il licenziamento.

A questo punto il lavoratore fa ricorso avverso il giudizio del medico competente e giunge all'osservazione del collegio medico costituito presso la Asl per gli artt. 41.

In primo luogo, all'atto della visita collegiale abbiamo registrato con sorpresa il fatto che il medico competente e il lavoratore si siano conosciuti in quel momento: il medico competente non aveva in realtà mai visitato quel lavoratore. Tra le altre cose inviamo il lavoratore a visita specialistica. Il cardiologo consultato, fatti tutti gli accertamenti del caso, conclude escludendo per quel lavoratore qualsiasi limitazione.

Fatte salve tutte le valutazioni di tipo penale e deontologico nelle quali è in questo momento superfluo entrare, in questa vicenda ci troviamo di fronte a due differenti storie: la prima è quella di un lavoratore che ha un infarto acuto del miocardio, che segue le corrette terapie e si reimmette tranquillamente nel mondo del lavoro grazie al positivo intervento del medico competente e ad un datore di lavoro sensibile. La seconda vicenda rappresenta il rovescio della medaglia, con un'attività svolta con meno professionalità da parte del nuovo medico e l'espulsione dal mondo del lavoro.

Nella consapevolezza delle modifiche alle quali è andato incontro in questi anni il mondo del lavoro, questa vicenda richiama in pieno la delicatezza del ruolo del mondo delle imprese (ivi compresi i consulenti) sul

tema delle idoneità al lavoro e anche del ruolo di controllo e di garanzia svolto dalle Asl.

In merito alle idoneità dei lavoratori le Asl agiscono a vari livelli. Un primo livello è quello dei ricorsi avverso i giudizi dei medici competenti, un secondo è quello della legge 68/99. Ci sono poi l'attività di vigilanza sull'operato dei medici competenti e un'attività e un'attenzione specifica sulle malattie professionali e sull'attività di ricerca attiva delle stesse.

Questo è il *fil rouge* che seguirò nel mio intervento.

Parliamo brevemente di come vengono gestiti nelle Asl i ricorsi avverso il giudizio dei medici competenti. La maggior parte delle Asl si sono organizzate con la costituzione di un collegio medico, composto da medici del lavoro, che è chiamato a valutare la congruità del giudizio del medico competente. Ricordo che il ricorso avverso il giudizio del medico competente va presentato entro 30 giorni dalla sua ricezione. Capita di frequente che il ricorso non venga accolto per un vizio di forma, a cominciare proprio dal mancato rispetto della scadenza temporale. Il collegio è chiamato a valutare lo stato fisico e mentale del lavoratore, eventualmente in contraddittorio con il medico competente e comunque acquisendo tutte le necessarie informazioni anche di tipo sanitario. Tutto ciò partendo dal presupposto che il posto di lavoro sia a norma: ovviamente non possiamo pensare di analizzare lo stato di salute di un lavoratore che lavora in un ambiente che non rispetti le norme. C'è quindi sempre una componen-

te di vigilanza, ricordando che anche in questo caso il giudizio che la Asl esprime è un giudizio riferito alla mansione specifica, quindi non è un giudizio di idoneità generica al lavoro.

A margine richiamo il fatto che anche l'Inail si esprime esclusivamente sulla idoneità temporanea assoluta. Semplificando il concetto, l'Inail prende in carico il soggetto che ha subito un infortunio sul lavoro o lamenta una tecnopatia fino al momento in cui è completamente impossibilitato ad andare a lavorare.

Quando riacquisisce una parte delle proprie potenzialità lavorative quel lavoratore esce dalla tutela Inail ed entra in carico all'Inps.

Occorre tenere conto di questo aspetto quando ragioniamo sui numeri, considerando che i dati dell'Inps ci sfuggono in buona parte. Parlando peraltro di dati e di flussi informativi, si ha la sensazione che i decreti di cui stiamo in questi giorni parlando, correlati al *Jobs act*, quello sull'istituzione dell'ispettorato unico e quello sulle semplificazioni (sui quali la Snop esprime un giudizio decisamente negativo) portino tra l'altro alla scomparsa, o quanto meno al ridimensionamento, del Sinp (il Sistema informativo nazionale della prevenzione). Il Sinp dovrebbe essere il contenitore unico di tutti i flussi informativi che riguardano la sicurezza sul lavoro e vi dovrebbero confluire tutti i dati derivanti dai diversi enti coinvolti. Nel momento in cui si dovesse costituire l'ispettorato unico nazionale della prevenzione che ricomprende il personale della direzione territoriale del lavoro e

dell'Inail, i suoi dati di attività in quale contenitore andranno a confluire e come si raccordano con le attività delle Asl e delle Arpa? Da una prima lettura del decreto sembrerebbe quasi che si vada a costituire un contenitore differente di questi dati, bypassando quindi il Sinp.

Le contraddizioni dei recenti decreti appena richiamati sono comunque molteplici. Ad esempio, sembra molto strano che un decreto ministeriale (nello specifico quello sull'ispettorato) stabilisca che chi lavora in un determinato settore debba mettere a disposizione la propria auto personale e non abbia a disposizione auto di servizio.

Ritorno al tema. Le Regioni pubblicano periodicamente un report delle attività svolte. È appena uscito il report riferito al 2013, che mostra come il numero dei ricorsi avverso il giudizio del medico competente che hanno coinvolto i servizi di tutta Italia sia sempre mediamente intorno ai 3500-4000 ogni anno. Non è un dato di poco conto.

Naturalmente il medico competente non deve valutare negativamente questi ricorsi, anzi io credo che un po' tutte le figure in gioco, anche i lavoratori, possano ritenere questi ricorsi come un momento di confronto ed in qualche maniera di raffreddamento di determinate tensioni. Nella mia esperienza, con i medici competenti molto spesso è così, fermo restando il fatto che (potrebbe essere superfluo ribadirlo) ci sono sentenze della Corte di Cassazione che dicono chiaramente che la Asl non è l'ultima, né tanto meno l'unica a poter esprimere un'opinione. Lavoratore e azienda posso-

no sempre ricorrere ad un sindacato giudiziario e la stessa valutazione delle Asl può essere sottoposta al sindacato giudiziario.

In merito alla legge 68/99, ricordo che l'art. 8 dice chiaramente che il collegio medico della Asl deve esprimersi in merito alla capacità lavorativa, alla dignità del lavoratore, alle sue competenze e inclinazioni professionali, alla natura e al grado della sua minorazione e alle caratteristiche dei posti di lavoro da assegnare ai diversamente abili, favorendo l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro.

Chi opera in queste commissioni ha però grosse difficoltà, nel tempo a disposizione e comunque senza conoscere i posti di lavoro e le mansioni a cui sono destinati quei lavoratori (e quindi i rischi a cui sono esposti), a entrare nel merito di questi aspetti.

Segnalo anche il fatto che oggi non giunge all'osservazione di queste commissioni solo il soggetto che ha un handicap e che deve essere immesso nel posto di lavoro, ma anche soggetti che hanno perso il posto di lavoro, molto spesso anziani, o soggetti in attualità di lavoro inviati dal datore di lavoro che attraverso questa via vogliono avvalersi delle agevolazioni fiscali previste dalla normativa. Su questi aspetti il discusso «decreto semplificazioni» non ha fatto chiarezza. Sul tema della riammissione al lavoro dei soggetti con handicap indotto da infortunio sul lavoro è interessante il progetto sperimentale dell'Inail denominato Work (Work Oriented Rehabilitation and Kinesis), già richiamato dal dottor Rampi. Viene condotto in 11 sedi Inail. Ho contezza della sede di Bari che fornisce sicuramente

dei risultati interessanti che vanno anche a valorizzare fortemente il ruolo dell'Inail.

Arriviamo al tema della vigilanza che per gli operatori della Asl è un concetto molto pregnante e diversificato. Anche sull'attività del medico competente si svolge una vigilanza, in considerazione del fatto che dal lavoro del medico competente (che, ribadisco, nel complesso noi valutiamo piuttosto positivamente) derivano, tra l'altro, non solo la reimmissione al lavoro di cui oggi stiamo parlando, ma anche l'individuazione delle patologie lavoro-correlate, la loro segnalazione agli organi preposti (troppo spesso purtroppo disattesa) e tutte le azioni di prevenzione conseguenti.

Il report delle Regioni per il periodo 2011-2013 evidenzia come il numero delle aziende in cui sono stati controllati il protocollo di sorveglianza sanitaria e le cartelle sanitarie sia sempre intorno ai 27-28 mila l'anno. Sono inoltre state effettuate nel 2012 circa 9900 indagini per malattie professionali (in circa il 9% dei casi l'indagine si è conclusa con un riscontro di violazioni), dato costante in questi ultimi anni. Occorre rammentare che l'efficacia di queste indagini è spesso volte limitata dal lungo tempo di latenza di numerose patologie. Le aziende presso la quali potrebbe essere avvenuta l'esposizione all'agente patogeno potrebbero non essere più attive, le esposizioni potrebbero essere modificate, i datori di lavoro potrebbero non essere più in vita, ecc.

Se osserviamo l'andamento degli infortuni negli anni notiamo un costante decremento, con picchi di attenzione corrispondenti all'emanazione delle nuove norme. Di con-

tro, l'andamento delle malattie professionali si è mantenuto su valori piuttosto bassi fino al 2004, quando ha subito un improvviso rialzo raggiungendo valori che si sono poi mantenuti costanti negli anni seguenti.

Nella valutazione di questi dati dobbiamo comunque ricordarci che circa un terzo della popolazione lavorativa sfugge alla nostra osservazione (sommerso o lavoratori con tipologie contrattuali non coperte da garanzie assicurative).

I servizi Asl sono quindi chiamati ad una impegnativa azione preventiva, pur dovendo scontare una scarsità di risorse tanto cronica quanto preoccupante. Non sono al momento disponibili condivisi indicatori di riferimento sulle dotazioni organiche. L'unico indicatore utilizzabile è allo stato attuale quello della risoluzione del Parlamento europeo del 14/1/2014 (2013/2112 Ini) che invita gli Stati membri ad accrescere le risorse umane e finanziarie per le ispezioni sul lavoro e a raggiungere l'obiettivo di un ispettore ogni 10 mila lavoratori, conformemente alle raccomandazioni dell'Oil. In Italia siamo molto al di sotto di questi parametri e dobbiamo comunque ricordare che i servizi necessitano non solo di personale di vigilanza con qualifica di ufficiale di polizia giudiziaria e che rimane obiettivo prioritario il perseguimento di servizi multi-professionali.

In merito alle risorse economiche ricordo che l'art. 13, comma 6, del decreto legislativo 81/06, chiarisce che le risorse derivanti dalle sanzioni per l'attività di vigilanza devono essere reinvestite per aumentare la po-

tenzialità dei servizi, ad esempio per potenziare le piante organiche, per la formazione del personale e per le attrezzature di lavoro. Parliamo di circa 50 milioni di euro all'anno. Come Snop, già da un po' di anni monitoriamo l'utilizzo di queste risorse. Vi sono Regioni che effettivamente utilizzano questi fondi per i servizi, ma ce ne sono parecchie che li stornano e li utilizzano per sanare i propri bilanci.

Dobbiamo sottolineare che questi fondi devono peraltro essere interpretati come aggiuntivi rispetto a quel 5% del Fondo sanitario regionale destinato alle attività di prevenzione.

Come valore medio nazionale in realtà siamo intorno al 2-2,3%, quindi molto al di sotto del 5% previsto, dovendo peraltro registrare una distribuzione sul territorio nazionale molto disomogenea e una concentrazione della maggior parte delle risorse in poche Regioni.

Occorre ricordare che i servizi territoriali non devono unicamente dedicarsi all'attività di vigilanza, ma sono chiamati ad assicurare molte azioni di assistenza alle imprese e di prevenzione (tra le quali ad esempio la promozione nella salute, la verifica dei protocolli sanitari e la ricerca attiva delle malattie professionali) dando gambe al vecchio assioma «Dalla prevenzione imposta alla prevenzione partecipata». Scelta strategicamente tanto più opportuna in quanto nessun servizio sarebbe mai in grado di assicurare una vigilanza a tappeto su tutte le attività produttive.

Ritornando ai medici competenti, la loro attività sconta due difficoltà principali. La

prima, di carattere generale, è la loro debolezza contrattuale nei confronti dei datori di lavoro. È al riguardo condivisibile la proposta della SiMLi di fare rientrare il medico del lavoro nel Sistema sanitario nazionale. Solo così, forse, riusciremo a sganciarlo dal vincolo di dipendenza con il datore di lavoro e quindi a renderlo autonomo nelle sue attività, a cominciare dalle segnalazioni di malattie professionali.

L'altro problema riguarda il tempo che il medico competente dedica all'attività nelle aziende, che non può essere parametrato solo sulla visita medica. Anche in questo caso concordo con la posizione della SiMLi, che da tempo afferma che il medico competente deve essere inteso come un consulente globale e non può essere retribuito solo in funzione delle visite mediche effettuate.

Non ci sono molti standard di riferimento sul tempo che il medico competente dovrebbe dedicare alle proprie attività. Ad esempio, in Francia nel 1995 la 57^a edizione del Code du travail stabiliva che:

- il tempo minimo di cui il medico dovrebbe disporre per assolvere i suoi compiti dovrebbe essere pari a 1 ora/mese per 20 impiegati o assimilati, 15 operai o assimilati, 10 operai sottoposti a sorveglianza sanitaria per legge;
- tutti i servizi di medicina del lavoro dovrebbero disporre di un medico del lavoro a tempo pieno per 1500 dipendenti.

Negli Stati Uniti il Committee on Occupational Medical Practice dell'American College of Occupational and Environmental Medicine (Acoem) propone lo standard di

2 ore/settimana per una realtà di 100 dipendenti, con l'aggiunta di 1 ora/settimana per ulteriori 100 lavoratori.

In Italia la Regione Lombardia ha emanato per le aziende pubbliche uno standard di riferimento, stabilendo che il medico competente dovrebbe dedicare 60-90 minuti/anno per persona sottoposta a sorveglianza sanitaria, purché il Mc abbia a disposizione personale paramedico e supporto informatico.

La realtà è però talvolta molto distante da questi parametri. Dai dati ricavabili dai tanto contestati Allegati 3B (Report 2013) si evince il numero delle unità produttive seguite da ciascun medico competente. Circa 1400 medici competenti dichiarano di seguirne più di 100 e il numero medio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria per medico nel 2013 è mediamente intorno ai 500. Questi sono i valori medi, ma quando ad esempio sono andato a verificare i dati del servizio dove lavoro ho trovato alcuni casi estremi. Ci sono tanti medici che seguono una sola azienda di piccole dimensioni, ma ci sono medici che ne seguono al contrario un numero particolarmente elevato. Abbiamo addirittura registrato casi di medici che solo nella mia Asl, e quindi nessuno esclude che operino anche in altri territori, seguono personalmente da 9000 a 10.000 lavoratori.

Quanto tempo possono dedicare questi medici a ciascun lavoratore? C'è poi la questione del medico competente che opera per le amministrazioni pubbliche, la cui individuazione viene effettuata con gare al massimo ribasso attraverso la Consip. Per-

mangono dubbi che in questi casi si possano garantire prestazioni professionali con standard qualitativi adeguati.

Ultimo capitolo: la ricerca attiva delle malattie professionali. Le denunce delle malattie professionali negli ultimi sette-otto anni hanno subito un netto incremento. Come Snop (C. Calabresi) abbiamo provato ad entrare un po' più nel dato e abbiamo verificato che in realtà questo incremento non è omogeneo nelle varie Regioni. La causa di questa disomogeneità è da imputarsi ai medici competenti che mostrano sensibilità diversificate nei vari territori, ma non dimentichiamoci che le segnalazioni di malattie professionali dovrebbero provenire anche dai medici di medicina generale, dai medici ospedalieri e dagli specialisti ambulatoriali. Ogni medico che ha anche il solo sospetto di una malattia professionale ha l'obbligo di inviarne segnalazione all'Inail e alla Asl, cosa che non avviene o avviene in maniera disomogenea sul territorio nazionale. Poi su questo tema si registrano attività disomogenee dei servizi Asl e anche dell'Inail (ad esempio in alcuni territori si concede il riconoscimento di una patologia che in altri territori magari non viene riconosciuta).

Analogo discorso vale anche per i Patronati. Entrando nel dato, se è vero che nel complesso le malattie professionali crescono, in 5 regioni e nelle due province autonome si verifica un andamento piuttosto anomalo. Per esempio, in Valle d'Aosta negli ultimi vent'anni c'è stato un calo del 57% di malattie professionali, in Liguria del 50%, in Piemonte nei venti anni si ha un calo del 32%, però la situazione si è stabilizzata ne-

gli ultimi anni, dal 2006 al 2013, in Lombardia addirittura c'è stata una inversione per cui a fronte di un iniziale calo abbiamo avuto una più recente crescita del 16%, e così via dicendo.

L'incremento nazionale (+45% negli ultimi vent'anni e +48% dal 2006 al 2013) dipende soprattutto dalle altre Regioni rispetto a quelle sopraelencate, in particolare Emilia-Romagna, Toscana, Marche e le Regioni del Sud.

È quindi vero che le malattie professionali nel loro complesso crescono, ma lo fanno in maniera molto disomogenea da territorio a territorio, così come i riconoscimenti dell'Inail mostrano un'evidente disomogeneità tra le varie Regioni (in alcuni casi sono in diminuzione, in altre sono stabili, in altri ancora sono in aumento).

Negli ultimi 2-3 anni il 70% delle malattie denunciate sono quelle dell'apparato muscolo-scheletrico, ipoacusia e sordità sono al 12%, 7% per le malattie dell'apparato respiratorio, esclusi i tumori, che si posizionano nel loro complesso al 5-6%.

Tra i comparti lavorativi più frequentemente in gioco, spiccano le costruzioni con il 14,6% delle malattie professionali denunciate, seguite dai servizi, dalla metalmeccanica e dalla sanità. Dall'agricoltura (nel suo complesso 22,3%) ci dovremmo aspettare comunque un maggior contributo.

In 4 Regioni viene complessivamente riconosciuto il 62% delle malattie della cute.

Tornando alle malattie muscolo-scheletriche, il 36% di quelle riconosciute sono tra Emilia-Romagna e Toscana; il 44% della totalità dei tumori vescicali viene ricono-

sciuta in Piemonte, un altro 20% in Toscana (quindi il 64% dei tumori vescicali è concentrato tra Piemonte e Toscana).

Il 16% delle patologie amianto-correlate provengono da Friuli Venezia Giulia e Liguria, che in complesso hanno il 5% degli occupati d'Italia. In Campania viene riconosciuto il 51% delle asbestosi e il 27% delle placche pleuriche dell'intera Italia.

La silicosi sembra quasi scomparsa. I disturbi psichici riconosciuti sembra siano ancora pochissimi: 33 nel 2013, di cui 19 disturbi dell'adattamento cronico e 5 disturbi post traumatici da stress cronico.

Tutto questo porta le Asl a fare dei ragionamenti finalizzati alla programmazione di attività all'interno dei Piani regionali di prevenzione che rappresentano la ricaduta territoriale del Piano nazionale della prevenzione.

Mi limito in questa sede a proporre un focus sui tumori professionali. Si sta avviando il Piano nazionale 2014-2018 per gli operatori Asl sui cancerogeni occupazionali e i tumori professionali.

Sappiamo che ci sono una serie di comparti sui quali l'esposizione a cancerogeni può essere significativa e sui quali, quindi, può essere opportuno intervenire.

Ricordo che il nostro punto di partenza è stato che ci sono una serie di patologie che non vengono inquadrate come tecnopatologiche, ma che comportano per il lavoratore serie difficoltà a permanere nel mondo del lavoro. Questi soggetti hanno quindi la necessità di essere sostenuti e reintegrati nel mondo del lavoro, senza dimenticarci che un terzo dei lavoratori non rientrano nelle

banche dati per le caratteristiche della loro attività o per ragioni inerenti al rapporto con l'ente assicuratore.

Ci sono una serie di comparti produttivi nei quali ci si può aspettare, da indicazioni della letteratura scientifica, l'esposizione a cancerogeni. Elenchiamo comparti per i quali può essere opportuno intraprendere azioni di conoscenza e di prevenzione:

- edilizia (con un focus sulle opere di manutenzione/demolizione e sull'edilizia stradale);
- agricoltura/silvicoltura/zootecnia;
- chimica di base;
- metallurgia/metalmecanica;
- lavorazione del legno e dei materiali a base di legno;
- produzione di articoli in cuoio e pelli in genere;
- produzione di articoli in gomma e materie plastiche;
- trasporti stradali, marittimi e ferroviari;
- sanità pubblica e privata.

Diverse pubblicazioni scientifiche dimostrano inoltre che ci potremmo aspettare l'attribuzione di un nesso positivo all'esposizione a cancerogeni professionali in soggetti con tumori, variabile tra un 2 e un 10%. Come dire che da un 2 a un 10% dei tumori che vengono diagnosticati potrebbero originare da esposizione lavorativa.

Questo significa che, siccome ogni anno in Italia si verificano circa 370 mila nuovi casi di tumore con una letalità complessiva attorno al 60%, noi potremmo pensare che

in un numero variabile da circa 4000 a circa 20.000 casi all'anno vi sia una significativa componente professionale (ricordando che spesso l'esposizione è multicausale). I decessi correlati sono stimabili tra i 2400 e i 12.000 ogni anno. Occorre rammentare che quando si riferiscono i dati sui tumori professionali si parla più frequentemente di quelli amianto-correlati, prevalentemente mesoteliomi. Da qualche tempo si inizia a puntare l'attenzione anche sui tumori a bassa frazione eziologica.

I dati Inail (per il 2013) evidenziano comunque molti meno casi rispetto a quelli che ci dovremmo attendere: 500 tumori della pleura, 250 del complesso polmoni-trachea-bronchi e 70 della vescica.

Non stiamo parlando di un mancato riconoscimento da parte dell'Inail dei tumori professionali denunciati, ma nella maggioranza dei casi proprio di una mancata denuncia (semmai in molti casi queste patologie entrano nelle tutele del Ssn e dell'Inps, bypassando del tutto l'Inail).

Se poi andiamo ad analizzare (sempre dagli allegati 3B) l'attività che viene svolta dai medici competenti, vediamo come per gli agenti cancerogeni e mutageni nel 2013 siano state effettuate in tutto 102.000 visite.

Il numero di queste visite sembra piuttosto contenuto, in relazione all'ampia diffusione di agenti potenzialmente cancerogeni negli ambienti di lavoro, soprattutto se lo andiamo a raffrontare con le visite fatte per videoterminali che sono più di un milione.

Relazione

Il nuovo ruolo del medico Inail: dalla valutazione medico-legale alla presa in carico

■ di Angela Goggiamani e Antonella Miccio*

Attaverso il tema assegnato, evidenzieremo le modifiche delle competenze dell'Istituto nella tutela dei lavoratori.

Di particolare interesse è il sottotitolo del convegno: «Garantire il diritto alla salute, le tutele ed il mantenimento del posto di lavoro»; cercheremo pertanto di fare una serie di analisi per sottolineare come il mantenimento del posto di lavoro debba essere specifico obiettivo da perseguire.

La distinzione tra la «missione storica, sostanzialmente assicurativa e la cosiddetta «missione attuale» che si identifica con il polo salute e sicurezza, appare molto riduttiva; in realtà le due fasi non devono essere viste come separate, ma come un sistema circolare in cui vengono a confluire indennizzo, prevenzione, cura, riabilitazione, reinserimento e ricerca, quest'ultima in quanto funzione dell'IspeSl, oggi assunta dall'Inail, così come sono state acquisite dall'Inail le competenze dell'Ipsema per quanto riguarda i marittimi.

In questo sistema circolare in cui è comunque prioritario l'indennizzo, perché da un infortunio o da una malattia professionale scaturiscono comunque dei bisogni economici a cui bisogna dare una risposta, tutte le fasi – indennizzo, prevenzione, cura – sono finalizzate, in una sorta di circolo virtuoso, al reinserimento socio-lavorativo.

Ritorniamo ora al nuovo ruolo del medico dell'Inail ricordando come alla fine degli anni settanta, dopo la riforma sanitaria, che aveva avvocato al Ssn la tutela della salute di tutti i cittadini, inclusi gli infortunati e i tecnopatici, la nostra attività era sostanzialmente quella di valutazione del danno.

Tale valutazione ha subito profondi mutamenti in particolare con il d.lgs. 38/2000 che, definito da alcuni come una «rivoluzione copernicana», introduceva una serie di nuovi elementi per la tutela dei lavoratori: non solo il danno biologico – con riferimento, quindi, al diritto alla salute – in luogo della riduzione dell'attitudine al lavoro ma anche una diversa e più ampia garanzia per la platea, amplia-

* Sovrintendenza sanitaria centrale Inail.

ta, degli assicurati tra cui le modifiche inerenti alle malattie professionali (art. 10), l'infortunio in itinere (art. 12) la rettifica per errore (art. 9).

Si sottolinea come la rettifica per errore, introducendo il concetto di errore non rettificabile in determinate condizioni, protegga i bisogni economici dei lavoratori.

Ancora, nell'ambito del nuovo ruolo del medico Inail, non possono essere sottaciute le modifiche in tema di nesso di causalità. A tal proposito ricordiamo che, in tema di malattie professionali, attualmente caratterizzate dalla multifattorialità, si è giunti all'estensione del concetto di equivalenza delle cause dall'ambito penale a quello assicurativo-previdenziale (vedi lettera del direttore generale Inail del febbraio 2006) superando così definitivamente quello di causa unica o almeno prevalente.

Concorre ad una migliore tutela delle malattie professionali l'emanazione della nuova tabella dell'aprile 2008, nonché dell'elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia di cui al d.m. 10 giugno 2014.

Ciò premesso l'attenzione del medico dell'Inail si sta spostando sulla prevenzione del rischio da intendere, non come sovrapposizione e duplicazione di ambiti di competenza specifici del sistema sanitario (vedi ad esempio la vigilanza) ma come messa a disposizione e condivisione dei dati che nascono dalla elaborazione delle mappe del danno che scaturisce dal sistema assicurativo.

Si concorda con l'affermazione del precedente relatore sulla presenza di disomogeneità di denunce e riconoscimenti di malattie professionali tra le varie regioni. Su tali

differenze bisogna interrogarsi, anche con analisi dei settori produttivi presenti sul territorio e degli specifici rischi cui i lavoratori sono esposti, ma una ulteriore problematica da analizzare è quella dei dati relativi al danno biologico, indispensabile proprio ai fini di una politica di reinserimento e comunque di tutela del posto di lavoro; con tale fine, come diceva il dottor Bottazzi, noi non dobbiamo limitarci a considerare solo il lavoratore che per un infortunio o per una malattia professionale abbia subito un danno grave in quanto nella maggior parte dei lavoratori il livello di danno biologico, come vediamo dalle tabelle inerenti sia alle malattie professionali sia agli infortuni, il danno subito è piuttosto contenuto ma non per questo non può avere ripercussioni sul lavoro.

Si tratta di menomazioni di lieve-media entità per cui dobbiamo chiederci in che misura incidano sul nostro modo di essere lavoratori.

C'è un altro aspetto della prevenzione che vede impegnato il nostro personale sanitario: la prevenzione del rischio clinico e la prevenzione del rischio medico-legale di cui alla funzione del *risk management* sanitario (det. pres. n. 22 del 17 gennaio 2013, *oggetto*: nuovo modello sanitario Inail); anche in tale ambito l'analisi dei dati ci fornisce un utile strumento per verificare l'efficacia e l'efficienza della nostra capacità di curare e indennizzare.

Sul tema della qualità ci sono tutta una serie di fattori che in una qualche maniera contribuiscono a definirla in termini di appropriatezza professionale e di appropriatezza organizzativa.

Cosa sono in realtà questa appropriatezza professionale e questa appropriatezza organizzativa? Fare la cosa giusta sul paziente giusto, nel momento giusto, nel posto giusto e soprattutto dal professionista giusto.

Ma c'è un aspetto particolare della prevenzione: la prevenzione del rischio di essere espulsi dal mondo professionale e dal mondo sociale; quali sono gli strumenti di prevenzione di questo rischio? Affinché la prevenzione di questo rischio sia efficace le cure, comprese quelle riabilitative, devono essere precoci e tempestive per ridurre al minimo, attraverso percorsi assistenziali diagnostico-terapeutici specifici e mirati al ritorno al lavoro, i postumi permanenti.

Ci sono danni infatti, che, ancorché non gravi, incidono sulla *work fitness*, sulla idoneità alla mansione, e sono la maggioranza dei casi che giungono alla nostra osservazione.

È quindi fondamentale conoscere il lavoro concretamente svolto, cioè analizzare il gesto lavorativo negli aspetti statico posturali, ma anche in quelli dinamici negli aspetti relativi alla postazione del lavoro. La conoscenza del lavoro è fondamentale non solo ai fini della valutazione dell'Ita – cioè della condizione che impedisce totalmente e di fatto all'infortunato di attendere al lavoro – ma anche ai fini terapeutici, in particolar modo ai fini riabilitativi per un reinserimento mirato, come avviene per gli sportivi professionisti.

Un grosso sforzo, inoltre, dovrebbe essere portato a rimodulare il concetto legislativo di inabilità temporanea assoluta che non è stato modificato dal d.lgs. 38/2000. C'è una sorta di zona grigia in cui dalla prospettiva del medico Inail, teoricamente e a ragione,

l'inabilità temporanea assoluta è terminata, ma per il medico competente è un lavoratore non idoneo.

Nell'ambito della tutela sanitaria attribuita all'Inail vi è stata una progressiva riacquisizione di competenze che ha coinvolto e modificato profondamente l'attività e il ruolo del personale sanitario. Nel 2013 l'Inail ha erogato circa 7 milioni e mezzo di prestazioni sanitarie di cui circa 700 mila sono state erogate negli ambulatori prime cure.

Sono attivi, sul territorio nazionale, 131 ambulatori prime cure a cui afferiscono infortunati e in piccola parte tecnopatici; sono comunque in aumento i casi sia di persone infortunate che tecnopatiche che sempre di più si rivolgono direttamente all'istituto anche per problematiche reali dei servizi sanitari regionali.

Le prestazioni riabilitative erogate nel 2013 sono state 95.000.

Vi è stata una evoluzione del concetto di cura; nel Testo unico, traslato dalla riforma degli anni trenta, c'era il concetto di «diritto-dovere» alla cura; nel tempo si è affermato invece il concetto di libertà di cura del cittadino, che trova conferma nel fatto che nessuna persona è obbligata a sottoporsi a cure eccetto i casi previsti dalla legge e, con la legge 833/1978, il concetto di unitarietà della cura del cittadino, aspetto parzialmente modificato con la riassunzione da parte dell'Inail decretata dall'art. 12 della legge 67/1988 sia pure nell'ambito di convenzione i sistemi sanitari regionali.

Su questa strada il d.lgs. 81/2008 e s.m.i. si pone per aver ricollegato il concetto di prevenzione con il concetto della cura; l'unico te-

sto in materia di salute e sicurezza, così come modificato dal d.lgs. 106/2009, dà un nuovo impulso e una nuova strategia legislativa al ruolo sanitario all'Inail attraverso l'accordo quadro, i protocolli d'intesa, le convenzioni attuative con le Regioni e gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie.

Nell'art. 2 del sopracitato accordo viene ribadito il concetto che devono essere garantite prestazioni integrative necessarie al recupero dell'integrità psico-fisica, anche ai fini del reinserimento socio-lavorativo, anche attraverso percorsi di reinserimento sociale e lavorativo (art. 4).

Si viene a creare così con il Servizio sanitario nazionale, o meglio con i servizi sanitari regionali, una sussidiarietà comunque paritetica.

Per le cure vorrei inoltre ricordare che l'istituto, sulla base di una disciplina interna (circ. 30 del 4 giugno 2014), rimborsa i farmaci di fascia C, che non vengono erogati dai servizi sanitari regionali, ma che, ritenuti terapeuticamente idonei dal medico che ha in cura il paziente, siano, sulla base del giudizio della funzione sanitaria dell'istituto, necessari per il miglioramento dello stato psico-fisico in relazione alla patologia causata dall'evento lesivo di natura lavorativa.

La continuità assistenziale e una valutazione multidimensionale sanitaria e sociale centrata sulla persona e non sulla patologia sono elementi di estrema importanza e, sempre nell'ambito di questo nuovo ruolo del medico Inail, il modello di riferimento è il cosiddetto modello bio-psico-sociale dell'Icf che è stato introdotto nel regolamento per l'erogazione dei dispositivi tecnici e gli interventi di soste-

gno per la vita di relazione attualmente in vigore.

Ogni condizione di salute o di malattia è la conseguenza dell'interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali.

La disabilità è la risultante dell'interazione dinamica tra persone e l'ambiente e quindi anche l'ambiente lavorativo.

Il sopracitato regolamento non a caso parla di «facilitazione del reinserimento nell'ambito familiare e sociale e lavorativo».

Un modello di presa in carico da parte dell'équipe multidisciplinare non può che vedere tutta una serie di professionalità, certamente i medici, certamente gli assistenti sociali, i funzionari amministrativi, altre professionalità necessarie che potrebbero essere medici specialisti in particolari branche, ma potrebbero essere anche, in certe situazioni, lo psicologo, l'informatico, il tecnico, la Cte (Consulenza tecnica edilizia).

L'evoluzione tecnico-scientifica è un altro aspetto fondamentale per il reinserimento della persona nella propria vita sociale, in quanto vanno sempre ricercate delle soluzioni tecniche che permettano una vita il più possibile recuperata al lavoro, oltre che la vita familiare affettiva e sociale.

Il d.lgs. 38/2000 conteneva inoltre l'art. 24 con cui il Civ Inail definiva, «in via sperimentale, per il triennio 1999-2001, d'intesa con le Regioni, in raccordo con quanto stabilito in materia dalla legge 12 marzo 1999, n. 68, indirizzi programmatici finalizzati alla promozione e al finanziamento dei progetti formativi di riqualificazione professionale degli invalidi del lavoro, nonché, in tutto o in parte, dei progetti per l'abbattimento delle

barriere architettoniche nelle piccole e medie imprese e nelle imprese agricole e artigiane che sono tenute a mantenere in servizio o che assumono invalidi del lavoro, determinandone gli stanziamenti in relazione ai maggiori flussi finanziari derivanti dai piani di lotta all'evasione contributiva nel limite di 150 miliardi complessivi».

Tali progetti erano rivolti al lavoratore già reimmesso nel mondo del lavoro, quindi in una fase già tardiva.

Il finanziamento dei progetti purtroppo, nonostante le interessanti esperienze fatte, non fu reiterato.

Il principio sotteso in quell'articolo è stato ripreso dalla legge di stabilità del 2015. L'art. 1, comma 166 della legge di stabilità testualmente recita: «Sono attribuite all'Inail le competenze in materia di reinserimento e di integrazione lavorativa delle persone con disabilità da lavoro, da realizzare con progetti personalizzati mirati alla conservazione del posto di lavoro o alla ricerca di nuova occupazione, con interventi formativi di riqualificazione professionale, con progetti per il superamento delle barriere architettoniche sui luoghi di lavoro, con interventi di adeguamento e di adattamento delle postazioni di lavoro. L'attuazione delle disposizioni di cui al presente comma è a carico del bilancio dell'Inail senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica».

Secondo questa norma la conservazione del posto di lavoro deve essere prioritaria e poi, ove questo non fosse realizzabile, si persegue la «ricerca di una nuova occupazione».

Le recentissime linee di indirizzo del Civ Inail per il reinserimento lavorativo preve-

dono in una prima fase attuativa l'obiettivo di realizzare interventi in grado di garantire la continuità lavorativa e questo deve essere il nostro principale obiettivo.

Lo scenario, quindi, ha tre step: il primo è garantire la conservazione del proprio posto di lavoro, cioè quello per il quale si ha esperienza, per il quale si è esperti anche, se necessario, attraverso la modifica della postazione di lavoro o la riduzione del numero di ore di lavoro; poi, ove non fosse possibile, cambiare mansione nella stessa azienda e infine, come terzo step, quello di riqualificare per un nuovo posto di lavoro.

L'articolo prevede anche interventi di accomodamento ragionevole, termine con cui in base all'art. 2 comma 4 della Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità 2006 si definiscono: «le modifiche e gli adattamenti necessari ed appropriati che non impongano un onere sproporzionato o eccessivo adottati, ove ve ne sia necessità in casi particolari, per garantire alle persone con disabilità il godimento e l'esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali».

In questo nuovo scenario gestione del rischio, ritorno al lavoro e promozione della salute non sono separati, ma sono tre insieme che si intersecano.

La domanda che noi ci poniamo è: «ci sentiamo pronti per queste sfide che richiedono un modo diverso di interpretare il lavoro e di interpretare il ruolo del medico dell'istituto?».

La stessa domanda la rivolgo anche agli istituti di Patronato: «ci sentiamo pronti per queste sfide?».

Relazione

Inidoneità e malattie professionali: esperienza di un servizio di prevenzione

■ di Francesco Martire*

Nell'ambito della discussione sulla «inidoneità» sanitaria all'attività specifica di lavoro e soprattutto sulle «idoneità parziali» (con limitazione e/o con prescrizioni) permanenti o temporanee, si inserisce perfettamente la nostra esperienza come organo di vigilanza sull'applicazione delle normative per la tutela della salute dei lavoratori e sulla sicurezza sul lavoro.

In particolare, lo Spisal (Servizio per la prevenzione, l'igiene e la sicurezza negli ambienti di lavoro) dell'Azienda sanitaria provinciale di Cosenza, nel quadro più generale dell'impegno sull'emersione delle malattie professionali «perdute» o «non volutamente denunciate», ha condotto una indagine che ha riguardato i «ricorsi avverso il giudizio del medico competente» pervenuti presso il medesimo organo di vigilanza dal maggio 2008 (subito dopo la pubblicazione e l'entrata in vigore del decreto legislativo 81/2008) sino al mese di maggio 2015, per un totale di 464 casi esaminati e completati.

Lo scopo dell'indagine è quello di valutare quante e quali patologie lavoro-correlate emergono dall'attività di controllo da parte dell'organo di vigilanza finalizzato alla verifica superiore dell'idoneità all'attività specifica di lavoro e, contestualmente, al controllo delle «cartelle sanitarie e di rischio lavorativo» e degli accertamenti specialistici effettuati, nonché all'attenta analisi delle mansioni svolte e degli specifici rischi lavorativi.

Altra finalità dello studio consiste nella verifica dell'ottemperanza all'obbligo di segnalazione da parte del medico competente agli organismi pubblici di assistenza assicurativa e di prevenzione, delle patologie lavoro-correlate, accertate e documentate allo stesso sanitario.

Nella valutazione dei «ricorsi avverso il giudizio del medico competente» la metodologia utilizzata ha riguardato prioritariamente un'accurata indagine sulle caratteristiche specifiche dell'ambiente di lavoro e sui rischi lavorativi cui sono esposti i lavoratori interessati, attraverso il sopralluogo

* Dirigente medico del lavoro c/o Asl Cosenza.

in azienda e l'osservazione diretta delle lavorazioni interessate, oltre alla verifica dei documenti aziendali obbligatori conseguenti alle varie procedure di valutazione dei rischi lavorativi specifici. Nella fase successiva, il lavoratore coinvolto è stato sottoposto a visita medica superiore da un «collegio medico» istituito presso il servizio Pisal territorialmente competente: in quest'ultimo contesto sono state dettagliatamente analizzate le «cartelle sanitarie e di rischio lavorativo» e gli accertamenti specialistici e strumentali integrativi allegati alle cartelle stesse o richiesti, per ulteriori approfondimenti diagnostici, dall'organo di vigilanza.

Le patologie invalidanti, accertate e documentate, sono state relazionate al tipo di lavorazione svolta e ai rischi lavorativi specifici utilizzando il criterio legislativo tabellare dell'elenco delle malattie professionali di cui al d.m. 9/4/2008 e del d.m. 14/1/2008 aggiornato con il d.m. 12/9/2014 (malattie di probabile origine professionale soggette a

segnalazione obbligatoria ai sensi dell'articolo 139 del d.p.r. 1124/65).

In generale, i risultati ottenuti dall'analisi dei 464 ricorsi avverso il giudizio del medico competente hanno evidenziato una prevalenza delle lavoratrici con il 51% del totale; una prevalenza del settore lavorativo pubblico (74%) rispetto al comparto privato, ed una preponderanza dei ricorsi proposti dal datore di lavoro (57%) rispetto a quelli formulati dagli stessi lavoratori interessati. Inoltre, la tipologia dei ricorsi ha riguardato, nella stragrande maggioranza dei casi (90% del totale), giudizi di *idoneità alla specifica attività di lavoro con prescrizioni e/o limitazioni*, con un 8% di giudizi di *idoneità incondizionata* al lavoro e un 2% di *inidoneità sanitaria permanente* (fig. 1). L'organo di vigilanza ha, inoltre, ritenuto di modificare in qualche modo il giudizio del medico competente nel 51% dei casi totali.

Figura 1

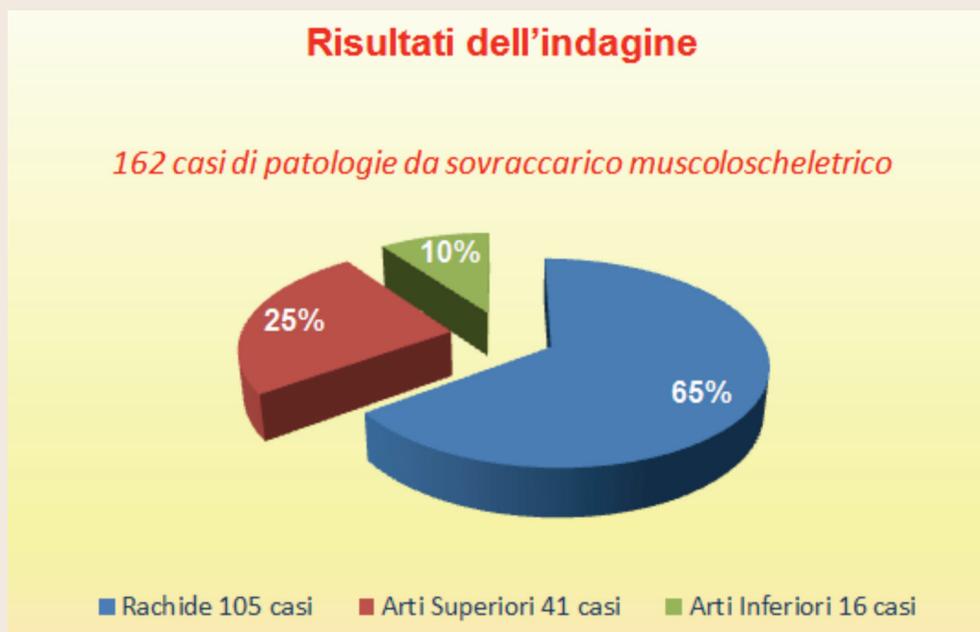
Ricorsi avverso il giudizio del medico competente dati generali



Nel particolare, i dati ottenuti mostrano 162 casi (35% del totale complessivo) in cui è identificabile una patologia con chiara responsabilità professionali. Inoltre, le tecnopatie rilevate si riferiscono nella totalità a *patologie muscolo-scheletriche* e trovano una perfetta corrispondenza tabellare con gli elenchi di cui ai decreti ministeriali del 9/4/2008 e del 14/1/2008 e successive mo-

medico competente e dalle visite mediche delle lavoratrici/lavoratori interessati sono classificabili, in ordine di frequenza, in patologie: della *colonna vertebrale*; da *sovraccarico bio-meccanico degli arti superiori*; da *sovraccarico bio-meccanico degli arti inferiori* (fig. 2).

Figura 2



difiche. Le citate infermità muscolo-scheletriche hanno condizionato il giudizio espresso dal medico competente dando luogo a «idoneità con prescrizioni e/o limitazioni» nel 91% delle patologie sopra evidenziate; nel 2% dei casi hanno determinato un giudizio di «inidoneità permanente»; il restante 7% a giudizi di «idoneità» incondizionata a cui le lavoratrici/lavoratori interessati hanno proposto ricorso.

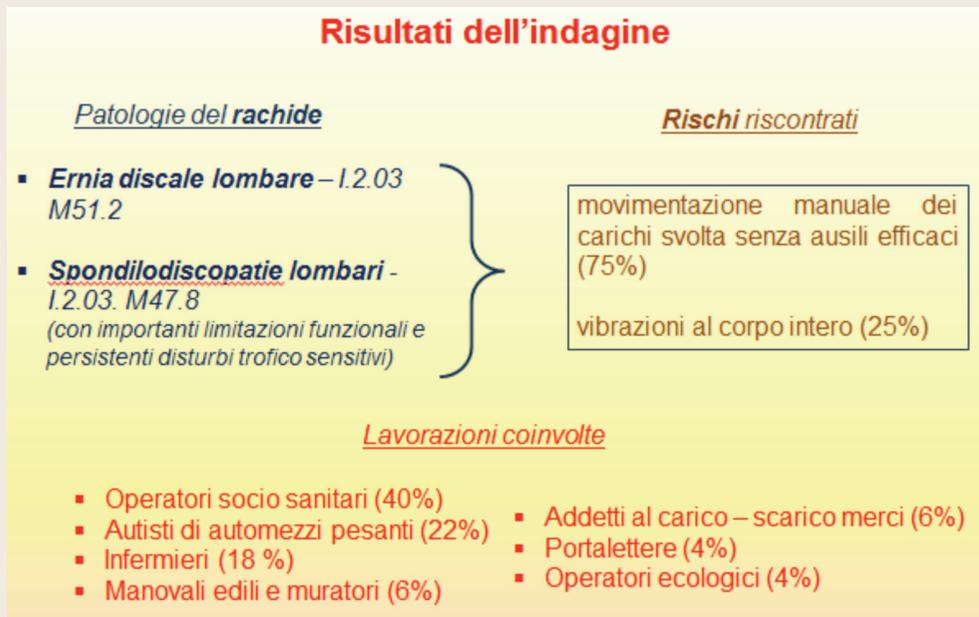
Le 162 malattie lavoro-correlate emerse dall'analisi dei ricorsi avverso il giudizio del

Nello specifico (fig. 3), sono stati rilevati 105 casi di *ernia discale lombare e spondilartrosi lombare* (con importanti limitazioni funzionali e persistenti disturbi trofico sensitivi), da esposizione ai seguenti fattori di rischio documentati ed accertati: vibrazioni al corpo intero (25%) e movimentazione manuale dei carichi svolta senza ausili efficaci (75%). Le attività lavorative considerate a «rischio» sono risultate le seguenti: per il 40% operatori socio-sanitari; infermieri professionali (18%); autisti di automezzi

pesanti (22%); manovali edili e muratori (6%); addetti al carico-scarico merci (6%); portalettere (4%); operatori ecologici (4%).

esaminate, a movimenti ripetitivi (50%); microtraumi e posture incongrue (25%); movimentazione manuale dei carichi (25%). Le attività esposte ai rischi sopra elencati sono risultate quelle degli operato-

Figura 3



Per quanto concerne le patologie da *sovraccarico biomeccanico degli arti superiori* (fig. 4), abbiamo rilevato 41 casi di cui il 55% riconducibili a tendiniti del muscolo sovraspinoso e del capo lungo del bicipite (bilaterali con maggior interessamento dell'arto superiore destro); nel 35% a sindrome del tunnel carpale (bilaterale con maggior coinvolgimento funzionale del polso di destra); a epicondiliti (6%); a malattia di Duplay (4%); a sindrome di De Quervain (3%) e, per la restante percentuale, tendiniti dei flessori-estensori del distretto polso-mano. Gli specifici rischi lavorativi accertati e documentati sono riconducibili, nella stragrande maggioranza delle lavorazioni

ri socio-sanitari e infermieri professionali (35%); degli operai edili (carpentieri, manovali, muratori) e addetti all'industria del legno (35%); dei fisioterapisti (20%) e degli operatori ecologici (10%).

Ancora, 16 casi sono da ricondurre a patologie da *sovraccarico bio-meccanico degli arti inferiori* (fig. 5), tutti attribuibili al rischio di «movimenti ripetuti di flessione-estensione del ginocchio e/o mantenimento di posture incongrue», con l'evidenziazione di «meniscopatie degenerative delle ginocchia» strumentalmente accertate in operai edili specializzati - piastrellisti (70%) e in autisti di automezzi pesanti gommati e cingolati di cantiere (30%).

Figura 4

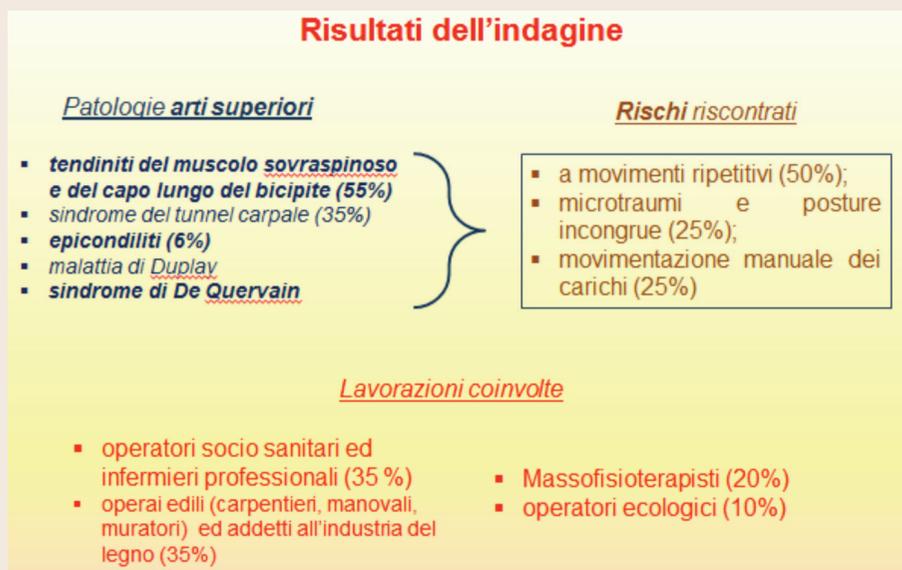


Figura 5



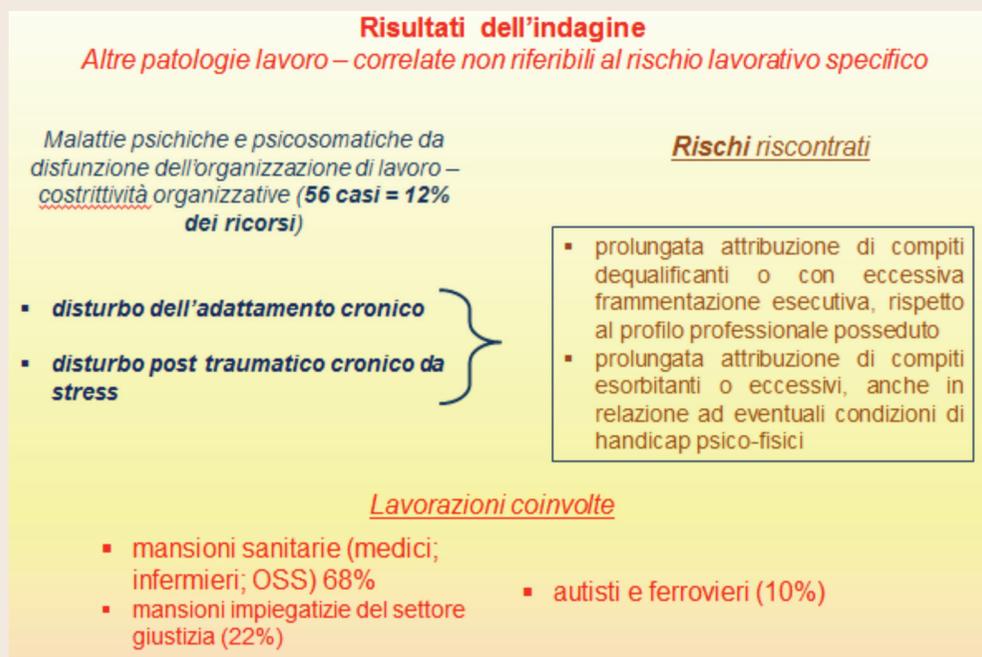
È opportuno segnalare l'emersione di altre patologie lavoro-correlate pur esse soggette a segnalazione obbligatoria ai sensi dell'articolo 139 del d.p.r. n. 1124 del 1965, non

ancora inserite ufficialmente nell'elenco delle «malattie professionali», ma presenti nella lista II, gruppo 7, delle «malattie di probabile origine lavorativa» soggette an-

ch'esse a segnalazione obbligatoria ai sensi dell'articolo 139 del d.p.r. 1124/65, ossia le malattie psichiche e psicosomatiche da «disfunzione dell'organizzazione di lavoro» ai sensi del d.m. 14/1/2008 aggiornato con d.m. 12/9/2014. Le patologie in discussione sono state documentate dalle lavoratrici/lavoratori al medico competente aziendale, in occasione delle visite mediche periodiche obbligatorie effettuate per l'esposizione a rischi professionali diversi, non essendo prevista sorveglianza sanitaria per lo stress lavoro-correlato.

corsi) di cui un 81% con diagnosi di «*disturbo dell'adattamento cronico*» sul lavoro e un 19% di «*disturbi post traumatici da stress*». Il settore lavorativo maggiormente coinvolto è quello dei dipendenti pubblici con una percentuale del 60%; inoltre, le mansioni sanitarie (medici; infermieri; Oss) rappresentano le attività lavorative predominanti con il 68% dei casi evidenziati e, per il 22%, mansioni impiegate del settore giustizia e per il 10% autisti e ferrovieri (fig. 6).

Figura 6



A tal proposito, dallo studio delle cartelle sanitarie e di rischio dei lavoratori, nonché dall'approfondimento diagnostico effettuato in occasione dei controlli sanitari superiori dell'organo di vigilanza territorialmente competente, sono emersi 56 casi (corrispondenti al 12% della totalità dei ri-

▼ **Discussione**

L'analisi dei «ricorsi avverso il giudizio del medico competente» ha evidenziato 162 casi di tecnopatie muscolo-scheletriche efficacemente incidenti sulla capacità specifica lavorativa dei dipendenti e 56 casi di pa-

tologie psichiche da «disfunzione dell'organizzazione di lavoro».

Rispetto al totale complessivo assoluto emerge un 47% di patologie lavoro-correlate per le quali non risulta attuato, da parte del medico competente, l'adempimento dell'obbligo della segnalazione-denuncia ai sensi dell'articolo 139 del d.p.r. 1124 del 1965 agli organismi assicurativi e preventivisti sanitari competenti (Inail; Aziende sanitarie; nei casi di obbligo refertazione, all'autorità giudiziaria): fanno eccezione tre soli casi segnalati da un medico di famiglia e da due medici di Patronato.

La segnalazione-denuncia delle tecnopatie (anche di «probabile o possibile» origine lavorativa) agli organismi territoriali di vigilanza sull'applicazione delle norme sulla sicurezza sul lavoro, è un adempimento obbligatorio per qualsiasi medico che ne venga a conoscenza durante l'esercizio dell'attività professionale. Tale obbligo è previsto dall'articolo 139 del d.p.r. 1124 del 1965 («Testo Unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali»), integrato dall'art. 10 del d.lgs. 38 del 2000 («Disposizioni in materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali»), il cui regime sanzionatorio penale è stato aggiornato dall'articolo 46, comma 1, lettera *a*) e lettera *b*) del d.lgs. 758/94 («Modificazioni alla disciplina sanzionatoria in materia di lavoro»); nel caso, frequente, in cui si configuri l'obbligo di «referto» all'Autorità giudiziaria, l'omissione assume ulteriore rilevanza penale.

La finalità del succitato obbligo è quella di realizzare un atto di prevenzione che consenta all'organo di vigilanza territorialmente competente di verificare la correttezza delle procedure di valutazione aziendale dei rischi lavorativi specifici e, se necessario, di imporre una più efficace integrazione valutativa per il miglioramento delle condizioni di sicurezza e di salute delle lavoratrici e dei lavoratori.

I casi inerenti alle patologie lavoro-correlate riscontrate nella presente indagine si riferiscono a menomazioni perlopiù inveterate: per tale ragione, l'evoluzione cronica delle suddette patologie ha determinato la necessità inderogabile, da parte del medico competente, di esprimersi circa l'incidenza delle infermità invalidanti sulle capacità lavorative specifiche, attraverso l'emissione e la notifica dei giudizi di idoneità sanitaria al lavoro, a volte adeguati a volte no, impugnati dai diretti interessati.

In considerazione di quanto sino ad ora argomentato, la segnalazione-denuncia di una patologia lavoro-correlata, effettuata ad uno stadio precoce di insorgenza, configurerebbe un atto di lodevole prevenzione secondaria per la salute del lavoratore interessato, ma soprattutto un importante adempimento di prevenzione primaria per la tutela della salute del gruppo omogeneo dei lavoratori di un'azienda.

Altra considerazione è quella riguardante il riscontro di un elevato numero di patologie d'interesse muscolo-scheletrico che ci induce a prestare la massima attenzione sulle corrette procedure valutative dei rischi connessi alla movimentazione manuale dei ca-

ricchi; ai movimenti ripetitivi e forzati; alle vibrazioni al sistema mano-braccio e a tutto il corpo; alle posture forzate e incongrue; tutte condizioni lavorative che possono determinare effetti patologici tali da incidere

efficacemente sull'organizzazione del lavoro aziendale, essendo alla base dell'insorgenza di infermità invalidanti ad andamento cronico-degenerativo con notevole impatto economico e sociale.

Relazione

La tutela globale integrata: percorsi per favorire il reinserimento delle persone infortunate e tecnopatiche

■ di Francesco Rampi*

▼ Premessa

Ringrazio per l'opportunità offertami di intervenire sul tema delle tutele che l'Inail deve garantire.

Come è noto, il ruolo delle parti sociali all'interno dell'Inail, nel Civ, riguarda gli indirizzi strategici generali, rispetto ai quali mi soffermerò, e anche la capacità di verificare delle concrete modalità di realizzazione delle strategie; rispetto a quest'ultimo compito, la vigilanza, l'esperienza concreta dei Civ è risultata debole e talvolta incerta. Il progetto di lavoro avviato, anche con un confronto centrale e territoriale con i Patronati, risulterà utile per individuare modalità di correzione di atteggiamenti, procedure, modalità di mancato riconoscimento dei diritti collettivi ed individuali di infortunati e tecnopatici, a partire dalla indispensabile esigenza di definire modalità congrue per il riconoscimento delle malattie di origine professionale.

Ritornando alle strategie di prospettive vorrei soffermarmi sul cantiere del nuovo Inail.

▼ Il nuovo Inail

Il percorso di realizzazione del «nuovo Inail» prende le mosse dal decreto legislativo 38/2000, che ha previsto:

- la riduzione della monetizzazione del danno con l'innalzamento della soglia prevista per la liquidazione in capitale;
- la maggiore equità nella valutazione del risarcimento con l'introduzione dell'indennizzo per il danno biologico;
- l'incremento dei servizi per il sostegno del recupero dell'integrità psicofisica.

L'approccio esclusivamente assicurativo viene quindi superato, introducendo il principio della tutela globale integrata. Nella stessa direzione si è mosso il decreto legislativo 81/2008 (come modificato dal

* Presidente del Civ Inail.

decreto legislativo 106/2009); i decreti prevedono che:

- «L'Inail può erogare prestazioni di assistenza sanitaria riabilitativa non ospedaliera, previo accordo quadro stipulato in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, che definisca le modalità di erogazione delle prestazioni da parte dell'Inail, senza oneri aggiuntivi per la finanza pubblica»;
- «Al fine di garantire il diritto degli infortunati e tecnopatici a tutte le cure necessarie ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni, l'Inail può provvedere utilizzando servizi pubblici e privati, d'intesa con le Regioni interessate. L'Inail svolge tali compiti con le risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente e senza incremento di oneri per le imprese».

Da ultimo, la legge 190/2014 (Legge di stabilità 2015) prevede che: «Sono attribuite all'Inail le competenze in materia di reinserimento e di integrazione lavorativa delle persone con disabilità da lavoro, da realizzare con progetti personalizzati mirati alla conservazione del posto di lavoro o alla ricerca di nuova occupazione, con interventi formativi di riqualificazione professionale, con progetti per il superamento e per l'abbattimento delle barriere architettoniche sui luoghi di lavoro, con interventi di adeguamento e di

adattamento delle postazioni di lavoro. L'attuazione delle disposizioni di cui al presente comma è a carico del bilancio dell'Inail, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica».

Con tale ultimo provvedimento le possibilità di intervento socio sanitario dell'Inail acquistano ancor più rilievo, arricchendo gli strumenti per la realizzazione della tutela globale integrata.

La nuova disposizione – integrata con gli altri provvedimenti in precedenza illustrati – risulta, infatti, pienamente coerente con la nozione di danno biologico introdotta dal decreto legislativo 38/2000, che incide sul valore uomo in tutta la sua concreta dimensione.

In sintesi

L'obiettivo dell'assicurazione si sposta dal fatto lesivo in sé alla considerazione del lavoratore nella sua interezza, il quale ha diritto a una tutela globale, e non più limitata al solo indennizzo economico finalizzato a sostenere la ridotta possibilità di produrre reddito.

▼ Il «cammino» del cambiamento

Il sostanziale cambiamento della missione dell'Inail risulta facilmente leggibile ripercorrendo le tappe conseguenti all'evoluzione normativa e allo sviluppo delle attività di indirizzo del Civ.

Il Civ ha delineato un disegno finalizzato a orientare, in maniera dinamica, il necessario

percorso di evoluzione della missione e di rinnovamento dei fattori che concorrono all'erogazione delle tutele. Ripercorrendo tali strategie, che sono state progressivamente formalizzate attraverso le Relazioni programmatiche, si intende favorire la lettura dei risultati conseguiti e delle prospettive di intervento.

▼ Politiche previdenziali più solidali

La Legge di stabilità 2014 ha previsto che:

- tutte le rendite a superstiti conseguenti a infortuni con esito mortale, a partire dall'anno 2014, siano liquidate sul massimale di rendita, indipendentemente dal valore della retribuzione effettivamente percepita dal lavoratore;
- la quota di indennizzo del danno biologico, per il quale il decreto 38/2000 non ha introdotto un meccanismo di rivalutazione automatico, venisse rivalutata con un provvedimento «una tantum» che ha consentito il recupero, sia pure parziale, del valore di acquisto delle prestazioni erogate ai lavoratori infortunati e tecnopatici.

La Relazione programmatica 2016-2018 arricchisce questo percorso prevedendo di:

- proseguire tutte le opportune iniziative per favorire l'introduzione di un meccanismo di rivalutazione automatica per l'indennizzo del danno biologico, di cui all'articolo 13, comma 2, lettera a), del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38, constatata la sostenibilità economica dell'inno-

vazione a fronte dell'attuale gettito per premi e contributi dell'Istituto come ridotto dalla Legge di stabilità 2014;

- proseguire le iniziative per ottimizzare il sistema di relazioni, tracciabilità, garanzia della privacy e accesso agli atti, per gli assicurati, i Patronati, le associazioni di rappresentanza dei lavoratori, migliorando gli strumenti e le soluzioni telematiche, anche attraverso la cooperazione applicativa e la archiviazione elettronica sostitutiva.

Nell'ambito delle strategie finalizzate all'equità e solidarietà contributiva, la Relazione programmatica 2016-2018 prevede di:

- completare le analisi finalizzate a verificare le modalità per conseguire gradualmente l'equiparazione dell'attuale sistema di tutela assicurativa per i lavoratori dello Stato c.d. «gestione per conto» alla tutela assicurativa ordinaria;
- completare le analisi, previa verifica delle compatibilità economiche, per l'estensione della tutela assicurativa a soggetti che rivestono particolare rilievo sociale, quali gli studenti e i volontari nonché per attualizzare le modalità di tutela per le casalinghe, gli sportivi professionisti e i lavoratori parasubordinati.

In sintesi

Il consolidamento dei risultati ottenuti e i nuovi spazi aperti creano maggiore equità, solidarietà e permettono di migliorare il controllo sociale sull'attività dell'Inail.

▼ Contenere i costi assicurativi mantenendo la qualità delle tutele

Con la legge di stabilità 2014 si è avviato un percorso orientato al contenimento dei costi del premio Inail, con riflessi sul contenimento del costo del lavoro.

Affinché questo percorso non vada a scapito della qualità e dell'evoluzione delle tutele, occorre che siano ribaditi i principi di equità, di solidarietà tra gestioni, settori e aziende e che gli oneri conseguenti alle prestazioni socio-sanitarie e quelli relativi alla ricerca concorrano al calcolo delle tariffe.

Per questo la Relazione programmatica 2016-2018 prevede di:

– concludere le analisi e prospettare gli scenari conseguenti alle simulazioni da effettuare per «[...] l'aggiornamento delle tariffe dei premi e contributi per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali. L'aggiornamento dei premi e contributi è operato distintamente per singola gestione assicurativa, tenuto conto dell'andamento economico, finanziario e attuariale registrato da ciascuna di esse e garantendo il relativo equilibrio assicurativo, nel rispetto delle disposizioni di cui al decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38» (articolo 1, comma 128, della legge di stabilità 2014).

In sintesi

Con la revisione del sistema tariffario, occorre garantire le risorse per le nuove tutele socio-sanitarie e per la ricerca e non solo la riduzione dei premi.

▼ Tutela della salute: la nuova centralità Inail

Rilevante è risultato il lavoro di evoluzione normativa portato a conclusione dal ministro del Lavoro Cesare Damiano con il decreto legislativo 81/2008.

Ciò ha permesso all'Inail di realizzare:

- in campo protesico:
 - l'apertura della filiale del Centro protesico a Roma presso l'ex Cto;
 - l'apertura del punto di assistenza protesica a Napoli;
- per la riabilitazione ambulatoriale:
 - l'apertura di un ambulatorio di fisioterapia a Roma presso l'ex Cto;
 - il consolidamento e la ristrutturazione e arricchimento delle attrezzature dell'intera rete degli ambulatori di fisioterapia, attualmente presenti nelle città di: Alessandria, Asti, Bari, Brescia, Budrio, Catania, Caltanissetta, Firenze, Mantova, Messina, Palermo, Roma, Volterra;
 - la valorizzazione del ruolo del Centro di Riabilitazione motoria di Volterra;
- per le cure sanitarie:
 - il riconoscimento dei livelli integrativi di assistenza con oneri a carico dell'Inail. In particolare:
 - è stato introdotto il rimborso degli oneri sostenuti dagli infortunati e tecnopatici per l'acquisto dei necessari farmaci di fascia C non dispensati dai Servizi sanitari regionali;
 - sono stati sottoscritti i protocolli in tutte le Regioni, fatta eccezione per la Sardegna;
 - sono state sottoscritte le convenzioni attuative con le Giunte di: Bolzano, Emilia-

Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Puglia, Trento, Sicilia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto;

- sono stati sottoscritti contratti con 76 strutture pubbliche e/o private accreditate nei territori di: Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Puglia, Sicilia, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto; sono in fase di perfezionamento gli accordi con altre 315 strutture.

I confronti per costruire le intese con i Ssr per estendere le tutele a tutti gli infortunati e tecnopatici hanno evidenziato un atteggiamento molto discutibile da parte di alcune Giunte regionali che, almeno in una prima fase, si sono atteggiate in aperta contrapposizione rispetto alla possibilità di garantire un percorso di tutela privilegiata agli infortunati.

Dopo 24 mesi dal Protocollo quadro con la Conferenza Stato-Regioni, la situazione è davvero preoccupante; solo il 25% dei potenziali utilizzatori dei Livelli integrativi assistenziali ha realmente la possibilità di ricorrere a tale tutela, mentre il restante 75% si deve misurare con una situazione di diritti negati.

Per questo la Relazione programmatica 2016-2018 indica la necessità di portare a regime il sistema dei convenzionamenti con i Servizi sanitari regionali e la contrattualizzazione con le strutture sanitarie convenzionate.

Un capitolo a sé va riservato alle iniziative che l'Inail, da almeno quattro anni, promuove per sollecitare i Servizi sanitari regionali interessati a collaborare con l'Inail per la costruzione di due poli di eccellenza.

Oggi esistono le condizioni per concludere il processo per la realizzazione del Polo di eccellenza per i danni derivanti dall'inhalazione di polveri e fibre, in particolare quelle di amianto. Mentre si continuano a ricercare, con i Servizi sanitari regionali, le opportunità per realizzare il Polo di eccellenza per le patologie derivanti da danni all'apparato muscolo-scheletrico, dalle lesioni midollari e cerebrali. In tali centri dovranno essere realizzati, secondo le modalità della «ricerca accanto al letto», protocolli terapeutici e riabilitativi ad alta specializzazione da utilizzare per la definizione, la gestione e l'aggiornamento degli accordi con i Servizi sanitari regionali.

L'abbandono della Regione Toscana, dopo due anni di negoziati, del tavolo per aprire il Polo di eccellenza per le lesioni muscolo-scheletriche presso l'Ospedale di Careggi, sta ritardando la ricerca Inail in campo sanitario a danno della qualità delle tutele.

In sintesi

È la *Tutela Globale Integrata* il cardine di una nuova strategia nell'Inail a favore di infortunati e tecnopatici.

▼ Reinserimento lavorativo: uno strumento per evitare espulsioni e licenziamenti

È la Legge di stabilità 2015 che, grazie ad una efficiente azione di lobby dei Comitati territoriali Inail, ha aperto lo spazio per una maggiore tutela contro i licenziamenti post-in-

fortunio o conseguenti alle malattie professionali.

La norma da noi voluta non prevede automatismi per l'adattamento del posto di lavoro al fine di renderlo compatibile alle residue capacità lavorative dell'infortunato, né l'obbligatorietà di attribuire lo stesso a nuove mansioni.

La legge attribuisce invece all'Inail nuovi compiti in materia di reinserimento lavorativo e la possibilità di finanziare le necessarie modifiche del processo lavorativo.

Il nostro ruolo è quello di promuovere le azioni capaci di rendere esigibile tale opportunità. Le attività finalizzate al reinserimento lavorativo dovranno basarsi su progetti riabilitativi individualizzati definiti dalle équipe multidisciplinari, al fine di supportare efficacemente gli assicurati nel percorso finalizzato a garantire la continuità lavorativa. In fase di prima attuazione le risorse finalizzate a tali attività dovranno essere prioritariamente dedicate alla risoluzione delle situazioni che, anche a fronte di menomazioni di non elevata gravità, richiedono interventi in grado consentire la continuità lavorativa.

A tal fine proprio oggi prenderà il via il percorso per l'attuazione di tale norma con la conseguente modifica del Regolamento per l'erogazione agli invalidi del lavoro di dispositivi tecnici e di interventi di sostegno per il reinserimento nella vita di relazione.

Inoltre, l'Inail proseguirà nella realizzazione dei Piani riabilitativi individuali garantendo un approccio integrato che, attraverso le «équipe multidisciplinari», consenta di sostenere tutti i bisogni della persona infortunata o affetta da malattia professionale.

In sintesi

Il reinserimento, o meglio la non espulsione, esige un'azione coordinata tra delegati sindacali, Patronato e Inail per cercare le condizioni per agirlo.

▼ La prevenzione è...

La prevenzione è, *in primis*, organizzazione del lavoro.

La prevenzione è, anche, forte sostegno ai soggetti del sistema relazionale deputato alla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

Per questo l'Inail è impegnato a strutturare, sulla base delle esperienze maturate, un percorso per la progettazione ed erogazione della formazione a contenuto preventivo, orientato ai soggetti che il legislatore ha individuato quali attori della prevenzione nei luoghi di lavoro.

Il compito dell'Inail sarà prioritariamente quello d'identificare contenuti e modalità di somministrazione dei corsi di formazione avvalendosi, per l'erogazione degli interventi, dei soggetti accreditati o previsti dal decreto legislativo 81/2008.

E inoltre l'Inail è impegnato a sviluppare la funzione di informazione attraverso il coordinamento e l'omogeneizzazione delle banche dati in possesso dell'Istituto, sia a fronte delle esigenze interne (orientamento delle politiche preventive, supporto all'azione assicurativa), sia a sostegno dei soggetti esterni a diverso titolo impegnati nel campo della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

In tal modo sarà anche possibile fornire nuovo impulso alla realizzazione del sistema in-

formativo per la prevenzione nei luoghi di lavoro (Sinp) che, a oltre un quinquennio dalla sua istituzione, non è stato ancora avviato in produzione in attesa dell'emanazione di provvedimenti regolamentari da parte del competente Ministero.

In sintesi

Prevenzione è:

- modifiche all'organizzazione del lavoro;
- innovazione tecnologica;
- sviluppo delle relazioni in azienda tra gli attori della prevenzione.

▼ È la ricerca il motore della prevenzione

L'incorporazione nell'Inail dell'Ispepl non è stata il risultato di una valutazione strategica, ma la necessità di riportare sotto controllo una situazione *border line* e al tempo stesso di ridurre gli oneri a carico della fiscalità generale per la ricerca orientata al sistema di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

Ricerca e incorporazione dell'Ispepl si sono rivelati opportunità che hanno accresciuto il ruolo dell'Inail in campo prevenzionale.

Si tratta di qualificare le modalità di esecuzione delle attività di ricerca sugli standard europei e di sostenere, a partire dalla raccolta e diffusione delle buone prassi, proprio il concetto di cultura della sicurezza che deve concretizzarsi in infrastruttura: rete – reale e virtuale – attraverso la quale, tramite l'indagine scientifica e il rigore metodologico e applicativo, analizzare:

- le cause degli infortuni più gravi e di quelli più frequenti;
- le patologie più ricorrenti, quelle emergenti e la loro evoluzione;
- i fattori di rischio;
- i processi produttivi, la loro organizzazione ed evoluzione;

al fine di individuare soluzioni in grado di incidere concretamente sui livelli di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro.

È necessario, inoltre, supportare lo sviluppo dei modelli relazionali tra gli attori della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, anche attraverso la ricostruzione e la messa a disposizione del patrimonio di conoscenze, studi e accordi sottoscritti.

In sintesi

Un nuovo piano di ricerche per individuare soluzioni alle criticità dell'organizzazione del lavoro.

▼ All'evoluzione della missione Inail deve corrispondere un nuovo modello organizzativo

I profondi cambiamenti in termini di missione dell'Inail necessitano una rivisitazione del modello organizzativo. Ciò si sta realizzando in un quadro di vincoli esogeni che costituiscono forte limitazione all'azione innovatrice. La criticità più rilevante riguarda la possibilità di intervenire e rimodulare i differenti fattori che concorrono al percorso di realizzazione delle tutele.

In sintesi

Per sostenere il ruolo Inail a favore della *tutela globale integrata* occorre il protagonismo dei lavoratori dell'Inail per ridisegnare un nuovo modello organizzativo.

▼ Nessun tesoretto Inail

In merito alle risorse economiche dell'istituto occorre con tenacia affermare:

- sbaglia chi valuta la situazione economica dell'Istituto dalla sola lettura del conto economico!

L'Inail, in quanto istituto assicuratore, deve essere valutato anche sulla base del bilancio attuariale che è in fase di costruzione.

La redazione del bilancio attuariale comporterà anche la definizione dei criteri per la valutazione del patrimonio e della esigibilità dei crediti, in particolare di quelli riferiti alla gestione agricoltura.

Nei prossimi mesi, inoltre, saranno eseguite le necessarie verifiche sulla sostenibilità economica delle riduzioni tariffarie introdotte dalla Legge di stabilità 2014 per il triennio 2014-2016.

Altro aspetto rilevante per valutare correttamente la salute economica dell'Inail è il rendimento del patrimonio mobiliare e immobiliare che, attualmente, è composto per la quasi totalità da liquidità depositate nella Tesoreria unica dello Stato a rendimento zero. Sbaglia, quindi, anche chi si riferisce al patrimonio dell'Inail qualificandolo come «tesoretto».

Il patrimonio rappresenta una riserva a garanzia dei pagamenti futuri di una quota significativa delle rendite attualmente costituite.

Il corretto funzionamento di tale meccanismo assicurativo consente di contenere in maniera rilevante gli oneri a carico delle future generazioni per far fronte alle prestazioni da erogare.

Per questo:

- sono stati attuati interventi per l'incremento della redditività del patrimonio mobiliare;
- sono state attuate iniziative per la messa a reddito dei beni immobili e per il disinvestimento degli asset inutilizzati, o scarsamente utilizzati, e che presentano elevati costi di gestione.

In sintesi

Le tutele hanno bisogno di risorse economiche crescenti.

▼ Qualche considerazione

Solo una forte identità e un gioco di squadra tra tutti i soggetti che interagiscono con l'Inail saranno in grado di definire un percorso condiviso per rendere sempre più l'istituto soggetto strategico nella tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. Per questo occorre che, a partire dai mutamenti strutturali della missione Inail, si individuino nuove modalità per l'esigibilità dei diritti e per l'estensione degli stessi.

Nello scontro sempre presente nelle organizzazioni complesse occorre che la strategia delle parti sociali promuova innovazione, intervenendo con proprie proposte per aprire

nuovi spazi alla tutela, per consolidare quelli acquisiti, per offrire agli utenti obiettivi e prestazioni di qualità in un quadro di solidarietà e di valori etici.

Relazione

Inidoneità alle mansioni e danno alla salute dei lavoratori

■ di Giancarlo Moro*

Il tema della inidoneità alla mansione dei lavoratori a seguito di infortunio, malattia comune o malattia professionale richiama l'impegno alla tutela della salute *tout court* dei lavoratori, sui luoghi di lavoro.

È noto che accanto all'attività tradizionale, di tutela previdenziale (nei confronti dell'Inail) del lavoratore infortunato o affetto da malattia professionale, il Patronato Inca, di concerto con la Cgil, ha favorito e strutturato nel Nord-est del paese (nel Veneto, nel Friuli Venezia Giulia), già dall'inizio degli anni 2000, dapprima a Padova e poi con una espansione territoriale progressiva, una tutela sistematica per garantire ai lavoratori, laddove ve ne siano i presupposti (ovvero, storicamente, nella maggior parte dei casi) il diritto al risarcimento del danno differenziale nei confronti del datore di lavoro che si riveli responsabile dell'accadimento, con esiti largamente positivi per i nostri assistiti.

Ogni infortunio, ogni malattia professionale, vengono dunque analizzati «criticamente» per appurare se siano riconducibili alla violazione dell'art. 2087 cod. civ.

Questo approccio è risultato tanto più necessario e prezioso laddove si sono verificati dei veri e propri *cluster* di malattie professionali, spesso con esiti mortali, in relazione alle attività delle imprese manifatturiere che hanno utilizzato l'amianto.

Mi riferisco alle vicende delle Officine Stanga di Padova, della Fincantieri e delle aziende del Polo chimico di Marghera, della Fincantieri e della Ansaldo di Monfalcone (a Monfalcone la Cgil ha trattato ad oggi 930 pratiche), dei Porti di Marghera e Trieste, con una elencazione davvero riduttiva, che privilegia le aziende «simbolo» di queste controversie.

Il diritto al risarcimento del danno differenziale (il cui contenuto è stato bene definito nella recente e chiara sentenza della Corte di Cassazione del 26/6/2015 n. 13222), nei confronti del datore di lavoro «colpevole» dell'infortunio o della malattia professionale, è oramai in giurisprudenza una prerogativa indiscussa del lavoratore, spesso di grande entità economica (sovente ben superiore all'indennizzo Inail) e resta per me un mistero

* Coordinatore legale dell'Inca Cgil Veneto.

perché questa tutela sistematica, in un paese in cui (tra l'altro) i *cluster* di malattie professionali sono così diffusi, stenti nell'organizzazione sindacale ad affermarsi, considerati i suoi riflessi positivi, non solo per il lavoratore già vittima del pregiudizio alla salute, ma anche rispetto alla possibilità di operare una efficace «prevenzione».

I comportamenti umani vengono orientati (anche) dalle sanzioni, in questo caso economiche, in un paese in cui la sanzione penale è tutt'altro che certa, mentre l'estinzione per prescrizione di questo tipo di reati è divenuta quasi una costante.

L'esperienza sul danno differenziale ha permesso di affinare il lavoro di veri e propri *team* di funzionari sindacali, medici legali, avvocati del sindacato, elevando sensibilmente la competenza su tematiche che presuppongono necessariamente un approccio interdisciplinare e specialistico, non potendo certo essere improvvisate.

Nel Veneto, la lievitazione esponenziale delle malattie muscoscheletriche, comune al dato nazionale (più 78% dal 2010 al 2014), ha consigliato, se non imposto, di integrare la «squadra» con due medici del lavoro, convenzionati stabilmente con il Patronato Inca.

Le anamnesi e le valutazioni del medico del lavoro in tema di nesso causale sono essenziali, e sono prodromiche alla stima dei postumi da parte del medico legale.

Per i legali è stata approfondita la cultura della valutazione della responsabilità per ogni tipologia di infortunio o di malattia professionale, che anche oggi frequentemente, anche all'interno delle organizzazioni sindacali, è contrastata da una enfaticizzazione del-

l'elemento accidentale, anche laddove insussistente.

Per i medici, non potendosi applicare meccanicamente in tema di risarcimento civilistico del danno differenziale alcuna *presumptio legis*, sono stati perfezionati gli argomenti a sostegno della sussistenza del nesso causale, per esempio, in presenza di malattie multifattoriali.

Un primo riflesso positivo «esterno» alle cause per il risarcimento del danno differenziale di questo «acculturamento» è riscontrabile nelle controversie aventi ad oggetto il licenziamento per superamento del periodo di comporto o il licenziamento per la stessa inidoneità alle mansioni.

È noto che la giurisprudenza di merito e di legittimità sono concordi nel ritenere che il licenziamento vada qualificato come illegittimo, laddove le assenze che hanno fatto maturare il comporto siano dovute ad un infortunio o ad una malattia professionale causati dal datore di lavoro (o anche da una semplice malattia professionale «incolpevole» secondo non pochi Ccnl), laddove troppo spesso negli Uffici vertenze ci si limita a calcolare la sommatoria delle assenze ai fini del raggiungimento dei termini di comporto, per poi valutare negativamente le possibilità di impugnazione.

Parimenti, in tema di inidoneità alle mansioni, l'accertamento della responsabilità dell'impresa nella malattia o nell'infortunio che ha dato causa alla inidoneità stessa restringe le possibilità del datore di lavoro di «liberarsi» di quel lavoratore e in ogni caso amplia la portata del risarcimento del danno da perdita del reddito da lavoro, ispirando assai spes-

so transazioni largamente favorevoli per il nostro assistito, con la conservazione del posto di lavoro e/o il riconoscimento alternativo di adeguati risarcimenti.

Il lavoro di squadra con i medici del lavoro si rivela poi utilissimo nella «gestione» della inidoneità alle mansioni, anche causata da malattia comune.

Per quanto è a mia conoscenza non è ben chiaro, o comunque non costituisce esperienza diffusa e comune, l'identificazione della struttura sindacale a cui affidare il lavoratore inidoneo alle mansioni, cosicché di volta in volta la questione viene demandata alle categorie, agli Uffici legali o ai Patronati, con esiti che si risolvono in una tutela sovente tardiva (a licenziamento avvenuto) e comunque inadeguata.

È noto come sia diffusa in molti lavoratori (e non solo...) la convinzione che a fronte del manifestarsi della inidoneità si debba... «tenere duro», alternando la presenza al lavoro con periodi di malattia («altrimenti ti licenziano»), con la inevitabile e conseguente maturazione rapida dei comportamenti, ma soprattutto con uno scadimento delle condizioni di salute dell'interessato e dunque con malattie che diventano spesso irrimediabili e tali da portare l'inidoneità da «parziale» a «totale».

In realtà questo atteggiamento va letteralmente «rovesciato»: solo la diagnosi precoce e l'accertamento della genesi della inidoneità (spesso rinvenibile nelle modalità lavorative) consentono una tutela efficace.

Senza alcuna pretesa di esaurire in poche righe un argomento così complesso e articolato, le cui sfaccettature sono infinite (si pensi al diritto di *repechage*), l'esperienza sul tema

del danno alla salute permette di suggerire la necessità di affidare questi casi alla stessa «squadra» di funzionari-medici-avvocati che si occupa generalmente del tema del danno differenziale.

Solo con un approccio specialistico (*in primis* con l'intervento del medico del lavoro) è possibile l'identificazione precoce, in caso di malattia professionale, delle modalità lavorative che conducono, progressivamente, alla sempre maggiore inidoneità alle mansioni, e l'individuazione delle mansioni alternative che si affermano esercitabili, valorizzando altresì le c.d. «malattie seriali», in una stessa azienda.

L'identificazione precoce permette di elencare, anche in caso di inidoneità da malattia comune, un novero di «mansioni compatibili» assai ampio, perché l'idoneità lavorativa non è ancora, augurabilmente, gravemente compromessa.

Solo in questo caso, poi, il datore di lavoro può essere efficacemente «incalzato» affinché attribuisca al proprio dipendente mansioni compatibili con il suo stato di salute, attraverso la richiesta della visita prevista dall'art. 41 lett. c), d), e-ter) del Testo unico n. 80/2008.

Solo in questo caso, ancora, il medico competente, a fronte di un parere del «nostro» medico del lavoro, vede ridotti i propri margini discrezionali di valutazione (difficile a quel punto discostarsi dal parere scientifico del medico del lavoratore...) sulle mansioni compatibili o non compatibili con lo stato di salute del dipendente.

Solo in questo caso è possibile, inoltre e da subito, delineare un eventuale profilo colpo-

so nella condotta del datore di lavoro che ne limiti a quel punto le prerogative e l'atteggiamento aggressivo e ostile nei confronti del suo dipendente.

Solo in questo caso, infine, al nostro assistito è garantita un'assistenza specialistica e adeguata che si protrae dalla diagnosi delle origini dell'inidoneità fino alla eventuale assistenza a seguito di ricorso all'organo di vigilanza.

L'adozione di un «protocollo» su questo tema, in ogni caso, mi pare a dir poco indifferibile in quanto, come è stato efficacemente esposto nel corso del seminario, l'aumento delle malattie muscoscheletriche e l'invecchiamento della popolazione lavorativa produrranno un elevato aumento dei casi di inidoneità alle mansioni.

Relazione

Il coraggio di affermare la cultura dei diritti

■ di Morena Piccinini*

Siamo tutti consapevoli che l'impegno dell'Inca sul problema della inidoneità lavorativa derivante da infortunio o da malattia professionale rappresenta soltanto una parte dell'attività più complessa svolta all'interno della nostra organizzazione. Per questa ragione, è stato molto importante aver promosso due giornate di dibattito seminario insieme alla Confederazione, con la stessa segreteria della Cgil e con tante categorie, perché questo tema non possiamo affrontarlo da soli, come Patronato; anzi, in questo convegno è emerso il valore del contributo delle categorie, degli Uffici vertenze, del ruolo confederale per affrontare in un «quadro di sistema» le problematiche strettamente connesse alla inidoneità lavorativa, senza il quale qualsiasi idea rischia di essere depotenziata. È importante che sia emerso in modo così rilevante come il problema della inidoneità alla mansione – parziale o totale – sia strettamente correlato alla multifattorialità da cui dipende, cioè ad una gamma di variabili da cui possono discendere analisi e criticità molto complesse.

Questo significa che non possiamo tenere distinta la inidoneità derivante da causa di lavoro in termini di esposizione lavorativa da quella derivante da altri fattori che, secondo i dati forniti dagli esperti in questo seminario, coinvolge oltre un milione di persone. Si tratta di numeri grandi e crescenti per diversi fattori, non ultimo quello legato al fatto che, per fortuna, la medicina interviene di più e meglio.

I problemi di oggi si incrociano sempre di più con l'aumento dell'aspettativa di vita e soprattutto dell'attesa del pensionamento. Ho avuto modo in varie occasioni di riflettere sul ruolo sociale altissimo che, anche in questo senso, hanno svolto le vecchie pensioni di anzianità, nel senso che tantissimi problemi venivano affrontati usando la leva del pensionamento anticipato, dalla crisi produttiva alle ristrutturazioni aziendali, fino a comprendere quei casi di conclamata inidoneità alla mansione derivata da vari fattori. In sostanza, il lavoratore o la lavoratrice, con ridotte capacità professionali, tendeva all'obiettivo di raggiungere la faticosa soglia dei

* Presidente dell'Inca Cgil.

35 o 40 anni di contribuzione, anche attraverso un esplicito patto con l'azienda, per risolvere il suo problema lasciando il lavoro.

Con il rigido prolungamento dell'attività lavorativa (fino a 70 anni), introdotto dalla riforma Monti-Fornero, il quadro è cambiato profondamente e con esso tutti i parametri fino a ora utilizzati. In questo quadro, infatti, è prevedibile che i problemi legati alla salute nei luoghi di lavoro siano destinati ad accentuarsi, perché l'innalzamento del requisito di pensionamento esporrà i lavoratori e le lavoratrici ad un rischio maggiore per la loro salute; quindi non si potrà utilizzare più la metodologia fino ad ora usata.

Contemporaneamente, in questo contesto e con queste prospettive, sorge un altro problema legato al riconoscimento della invalidità, dovuta ad altre patologie non correlate al lavoro, che fa capo all'Inps, verso le quali l'istituto previdenziale pubblico tende a mostrare un atteggiamento restrittivo, riducendo la possibilità di inserimento della persona disabile nel mercato del lavoro.

Il combinato disposto di queste due condizioni, da un lato una inidoneità lavorativa per la quale non è neanche riconosciuta una rendita dignitosa, dall'altro il mancato riconoscimento di invalidità legata ad altri fattori, rischia di far trovare la persona con ridotte capacità lavorative in una condizione di totale solitudine.

In una situazione di questo genere, l'obiettivo verso cui dobbiamo tendere è di tracciare un percorso che aiuti la persona dichiarata inidonea alla mansione svolta fino a quel momento a continuare ad essere occupata.

I due fattori che stanno muovendosi con pre-

potenza in questi mesi – da un lato la modifica dell'art. 18, e dall'altro il *Jobs act* – ci consegnano un quadro normativo sconcertante al quale dobbiamo contrapporre iniziative di contrasto per impedire una deriva di riduzione dei diritti di cittadinanza e del lavoro.

Dobbiamo essere consapevoli che abbiamo davanti a noi un contesto normativo che non aiuta, sia per quanto riguarda l'ambito delle tutele, per i lavoratori in età più anziana, sia per quanto riguarda più in generale ogni ambito lavorativo.

Tuttavia, ritengo sia sbagliato un atteggiamento di rassegnazione e di pessimismo, ma dobbiamo ragionare insieme per agire sugli spazi disponibili rinnovando il nostro impegno a trovare nuove modalità di intervento che investano la nostra organizzazione.

In questo seminario, la Confederazione, usando una metafora, ci ha rappresentato una situazione drammatica, di «vasi non comunicanti», di condizioni di impegno a volte tardive rispetto alla segnalazione di un problema in un determinato contesto lavorativo. Spesso, infatti, intercettiamo fuori tempo massimo il bisogno di quel lavoratore con ridotte capacità professionali. Tutto questo ci impone un cambiamento di direzione. Dobbiamo farlo nell'interesse di quella persona e, più in generale, del mondo del lavoro che vogliamo rappresentare.

In altre parole, l'Inca quando attraverso i questionari fa emergere un problema di salute in un determinato contesto lavorativo si trova nella condizione di agire quando il danno alla persona è già rilevantissimo e si trova spesso di fronte alla contrapposizione tra il diritto a svolgere il lavoro in un ambiente sa-

lubre e la conservazione dell'occupazione, con una condizione che rende sempre più difficile una soluzione equilibrata e rispettosa della dignità della persona. Un contesto che purtroppo incoraggia la reticenza dei lavoratori stessi nel denunciare una malattia professionale o un infortunio.

Credo invece che dovremmo agire anticipando il momento della denuncia della malattia professionale quando i danni alla persona sono ancora ridotti, perché ciò consentirebbe al sindacato di ottenere quegli accorgimenti nell'organizzazione del lavoro che permettano di non avere l'ingravescenza della patologia e il rischio della perdita del lavoro.

Anche il Patronato deve fare autocritica perché a volte nel suo operare comunica poco con il resto delle strutture sindacali; gli stessi Uffici vertenze spesso intercettano quel lavoratore solo dopo il suo licenziamento, quando non rimane altro da fare che impugnarne il provvedimento, avendo peraltro pochi strumenti per difendere quella persona.

Ho ripercorso questi problemi interni, che davvero definisco «un rischio colabrodo», perché l'azione che stiamo tentando di fare in alcune regioni è quella di fare in modo che ad ogni porta di accesso della nostra organizzazione corrisponda un sistema di intervento e di tutele in grado di sconfiggere la contrapposizione tra il diritto al lavoro e quello alla salute. Noi abbiamo bisogno davvero, quindi, di usare tutti gli strumenti al nostro interno che siano in grado di fare sistema.

Per quanto riguarda la norma antidiscriminatoria, ex art. 5 della direttiva europea e l'inserimento delle persone disabili nel mercato del lavoro, vorrei suggerire un ulteriore ap-

profondimento ripercorrendo le riflessioni della Cgil in occasione del suo recepimento da parte del governo italiano.

La nostra Confederazione ha attribuito, a suo tempo, grande importanza alla direttiva dell'Unione Europea, ma devo dire che sulle modalità di recepimento da parte del governo nazionale e del parlamento sono state espresse molte perplessità. Basti pensare che su diversi aspetti della norma antidiscriminatoria è intervenuta più volte la stessa Corte di giustizia europea che considerava non adeguate le misure messe in campo dal nostro paese.

Voglio ricordare la discussione che si sviluppò in Cgil quando si iniziò a ragionare della legge n. 68 in materia di inserimento dei disabili al lavoro e quando il concetto, allora, di collocamento obbligatorio si doveva coniugare con una compatibilità dell'organizzazione del lavoro tale da poter accogliere il lavoratore disabile.

Già in quelle circostanze si ragionava di quali potessero essere gli adattamenti ragionevoli alla strumentazione, all'organizzazione del lavoro, ai mezzi a disposizione, tali da permettere anche a persone con una disabilità di vario tipo di esercitare un'attività lavorativa; e ci furono delle esperienze molto interessanti da questo punto di vista.

L'evoluzione che ne è seguita, in materia di disabilità, è stata molto negativa perché di fatto è stato esternalizzato il problema; dovremmo quindi davvero ritornare a quel senso e a quelle elaborazioni.

Troppo spesso invece si ha l'impressione di voler partire da un modello di organizzazione del lavoro standard, come cosa data, al

quale il disabile deve adattarsi, senza nessuno sforzo da parte delle aziende di ricercare un adattamento alle esigenze del lavoratore disabile. Spesso, prevale la preoccupazione dell'impresa a cui manca la percezione del fatto che anche adattamenti ragionevoli, non particolarmente costosi, possono fare la differenza.

Può sembrare una piccola cosa fare in modo che le imprese adottino gli adattamenti ragionevoli nell'organizzazione aziendale, ma se rapportata al bisogno delle persone disabili di continuare a lavorare può essere davvero una grande cosa; occorre farlo, naturalmente, in modo anticipato e preventivo, e non dopo il licenziamento, quando non ci resta altro che verificare l'assenza di quegli adattamenti ragionevoli che sarebbero stati necessari.

Dobbiamo avere il coraggio di recuperare la nostra cultura dei diritti che oggi, in un contesto di crisi, facciamo più fatica ad esercitare perché oggettivamente viviamo un periodo regressivo sul piano delle tutele; ma non possiamo farne a meno se non vogliamo essere costretti a gestire esclusivamente le conseguenze di licenziamenti indicando ai lavoratori e alle lavoratrici come unica risposta la sola strada degli indennizzi.

Riprendere questo filo di ragionamento vuol dire davvero cambiare molte cose; trovo giustissima l'idea avanzata in questo seminario di far rientrare strutturalmente il medico competente nel Servizio sanitario nazionale, perché se vogliamo ragionare della tutela della salute è importante che questa figura diventi strutturalmente facente parte di un diritto del lavoratore/trice e del sistema attra-

verso una responsabilità più forte del Servizio sanitario nazionale.

In questa ottica è importante superare l'idea, troppo spesso invalsa anche tra noi, per cui il reinserimento e la conservazione del posto di lavoro passano esclusivamente attraverso le dimostrate capacità della persona disabile a rientrare a tempo pieno nella totale normalità.

Per farlo dobbiamo porci il problema di come usare gli interventi di natura assistenziale e previdenziale, o risarcitoria, che già esistono e vengono erogati dagli enti per fare in modo che possano essere un accompagnamento a sostegno del reinserimento al lavoro.

Attualmente noi scontiamo il fatto che, a fronte di una grande flessibilità richiesta al lavoratore, il quale deve rispondere a parametri di idoneità professionali perfetti, le aziende nei fatti sono rigidissime e fanno fatica ad interpretare come la capacità lavorativa possa essere dispiegata al meglio anche con diverse condizioni spazio-temporali nell'organizzazione di quel lavoro di persone con ridotte capacità lavorative. Credo che questo problema non riguardi solo le aziende piccole, ma anche quelle grandi.

L'interrogativo che abbiamo di fronte è: qual è la flessibilità del sistema che può permettere al lavoratore o alla lavoratrice di poter rientrare dopo un periodo di tempo di inabilità e potere rientrare anche con una maggiore flessibilità spazio-temporale?

Rispetto a questo tema è molto importante il ruolo dell'Inail, soprattutto in riferimento al concetto di tutela globale e sotto il profilo sanitario.

Il presidente del Civ ha riferito che l'Inail nel confronto con le Regioni rispetto all'attuazione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) sta incontrando delle vere e proprie resistenze. Voglio puntualizzare che in passato anche la stessa segreteria della Cgil aveva espresso alcune perplessità, non tanto rispetto all'ipotesi in generale dei Lea quanto in riferimento alle relazioni tra Inail e parti sociali per ciò che concerne la presa in carico in termini assoluti e a volte esclusivi del lavoratore infortunato in tutto il percorso di cura. Ci preoccupava soprattutto il fatto di identificare percorsi paralleli al Servizio sanitario nazionale di fronte alla multifattorialità delle patologie. In realtà, in quel momento avevamo in mente una idea di sanità pubblica molto più avanzata rispetto a quella che nel tempo realmente ci siamo trovati a gestire. Quindi, il mio ravvedimento scaturisce dal fatto che anche le migliori esperienze, come quella del passato quando il Servizio sanitario nazionale si è fatto carico della cura dei lavoratori infortunati, sono venute meno; la stessa Emilia-Romagna oggi fa molta fatica.

Il pensare che i lavoratori infortunati debbano seguire gli stessi percorsi – in termini di tempi di attesa, di liste – imposti comunemente dal Sistema sanitario nazionale a tutti i cittadini, rappresenta davvero un grande ostacolo sia per il loro reinserimento nel lavoro, sia in termini di costi.

L'ipotesi, invece, che i Lea possano essere utilizzati per la riabilitazione, per l'erogazione dei farmaci in fascia C, modulata in modo flessibile in relazione ai sistemi regionali, può essere una grande opportunità da cogliere. Per noi, entrare in relazione con le Re-

gioni (partendo dal presupposto che attualmente non tutte hanno firmato accordi sui Lea) e con le sedi dell'Inail significa poter capire in che modo realizzare una ipotesi di integrazione positiva tra Servizio sanitario nazionale e tutela degli infortunati e dei tecnopatici.

Un altro aspetto importante della questione riguarda la novità contenuta nella legge di stabilità 2015, che assegna all'Inail compiti nuovi per favorire il reinserimento al lavoro delle persone inidonee. Un impegno per il quale l'Inail ha stanziato già 15 milioni di euro; anche se pochi rispetto al bisogno, si tratta di una somma significativa che non può e non deve rimanere inutilizzata.

Ritengo che queste risorse, prima ancora di affrontare il problema dei grandi invalidi, debbano essere destinate soprattutto a realizzare quegli «adattamenti ragionevoli» nell'organizzazione delle strutture aziendali per favorire lo sviluppo di una nuova cultura del reinserimento dei lavoratori inidonei. Si può partire dalle piccole imprese, individuando insieme al sindacato progetti in grado di costruire un sistema virtuoso che riesca a dimostrare come, nonostante le difficoltà, si possa fare qualcosa per queste persone.

Concludo sottolineando che sulla inidoneità alla mansione, se noi riuscissimo tutti insieme – categorie, Inca e Uffici vertenze – a raccogliere i dati territoriali, che ad una prima analisi risultano fortemente differenziati, potremmo costruire una banca dati nazionale utile per conoscere meglio lo stato dell'arte delle esperienze complessive. Nonostante il nostro servizio medico-legale sia molto efficace e molto attivo da questo pun-

to di vista, la raccolta dei dati incontra ancora diverse difficoltà. Se noi riuscissimo a realizzare un'unica banca dati delle esperienze positive, potremmo incoraggiare l'utilizzo delle risorse a disposizione per fare sistema e sollecitare quegli accorgimenti anche legislativi, indispensabili per il reinserimento delle persone affette da inidoneità lavorativa; sapendo che la leva del pensionamento anticipato non è più utilizzabile.

Anche se in alcuni ambienti politici si dibatte su come introdurre elementi di flessibilità in uscita dal mercato del lavoro per

correggere le iniquità della legge Monti-Fornero, è prevedibile che qualora venissero introdotti saranno fatti solo a costo zero; in altre parole, senza alcun impegno economico da parte del governo, con la conseguenza che i problemi occupazionali di queste persone non saranno certo risolti.

Per questa ragione dobbiamo mettere in campo la nostra iniziativa affinché il diritto alla conservazione del posto di lavoro sia coniugato a quello alla salute, partendo dagli stimoli che sono scaturiti da queste due giornate di dibattito.

*Non rassegnamoci alla crisi
facciamo crescere i diritti*



il Patronato della CGIL

