



# DISABILITY MANAGEMENT: IL LAVORO INCLUSIVO

CONVENTION NAZIONALE DEI MEDICI COMPETENTI SIML 2025

## Telemedicina e Disability Management: la posizione dei Servizi

**Donatella Talini**

Coordinatore Commissione Permanente MdL Servizi Pubblici (SIML)



Società Italiana di Medicina del Lavoro

**COMMISSIONE PERMANENTE FORMAZIONE,  
AGGIORNAMENTO E LINEE GUIDA**

(Coordinatore: Prof. Alfonso Cristaudo)

**Il ruolo dei Medici del Lavoro dei Servizi Pubblici : le  
competenze, le funzioni e le attività**

Donatella Talini (Coordinatore),  
Barbara Alessandrini, Raffaello Bellino, Lucia Bolognini, Rudy  
Foddis, Giantommaso Pagliaro, Augusto Quercia, Edda Paino,  
Antonello Serra, Luigi Vimercati

## INDICE

|   |    |
|---|----|
| <b>1. PRIMA PARTE</b> .....   | 4  |
| 1.1. Il ruolo e le Competenze del Medico del Lavoro dei Servizi Pubblici (MdLSP) .....  | 4  |
| 1.1.1. I compiti del MdLSP alla luce dell'attuale normativa e dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), con uno sguardo al panorama europeo. .... | 4  |
| 1.1.2. <u>Le competenze tecnico professionali del MdLSP e le caratteristiche necessarie nell'attuale panorama.</u> .....                            | 11 |
| 1.2. Iter Formativo e Aggiornamento Professionale.....  | 14 |
| <b>2. SECONDA PARTE</b> .....   | 17 |
| 2.1 La valutazione e il controllo dell'attività di Sorveglianza Sanitaria eseguita dai Medici Competenti.....                                       | 18 |
| 2.1.1. Premessa.....  | 18 |
| 2.1.2. Introduzione .....   | 19 |
| 2.1.3. Panorama generale attuale .....  | 28 |
| 2.1.4. Allegato 3B (ex artt. 1, 40, D.Lgs. 81/08), Pre.Vi.S, Marel e MalProf .....  | 31 |
| 2.2. Contesti e attività inerenti la valutazione e il controllo sulla sorveglianza sanitaria .....  | 37 |
| 2.2.1. Principali riferimenti normativi .....   | 41 |
| 2.2.2. Alcol-dipendenza e assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti .....  | 48 |
| 2.2.3. Titoli specifici .....   | 51 |
| <b>3. SCHEDE DI APPROFONDIMENTO</b> .....   | 52 |
| 3.1. Contestazione dei provvedimenti impartiti in sede di controllo: .....  | 52 |
| 3.2. Rischi non normati:.....   | 53 |
| <b>4. BIBLIOGRAFIA</b> .....  | 54 |

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI  
12 gennaio 2017.

Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

**Tabella 1.** Estratto del DPCM 12 gennaio 2017 (suppl. n. 15). Allegato 1: Prevenzione Collettiva e

Sanità Pubblica

**C. Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro**

| N. | Programmi / Attività  | Componenti del programma   | Prestazioni   |
|----|---|--|---|
| C1 | Sorveglianza epidemiologica dei rischi e dei danni correlati al lavoro  | Utilizzo dei sistemi informativi e di sorveglianza per:<br>- monitoraggio dei rischi per la salute e la sicurezza;<br>- sorveglianza del fenomeno infortunistico e delle malattie professionali;<br>- programmazione e valutazione degli interventi di prevenzione nei luoghi di lavoro<br>Comunicazione e diffusione delle informazioni agli interlocutori istituzionali e ai soggetti sociali al fine di promuovere la partecipazione e la pianificazione condivisa della azioni di prevenzione nei luoghi di lavoro | Report informativi alle istituzioni, ai cittadini e alle parti sociali  |
| C2 | Cooperazione del sistema sanitario con altre istituzioni e con le rappresentanze sindacali e datoriali, per la realizzazione di programmi intersettoriali | Promozione di sinergie con i soggetti istituzionali, partenariato economico sociale e partenariato tecnico scientifico, in seno al Coordinamento interregionale, in coerenza con le indicazioni nazionali, con l'obiettivo di indirizzare e programmare le attività di prevenzione e vigilanza   | Interventi intersettoriali per la salute nei luoghi di lavoro   |
| C3 | Prevenzione dei rischi per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro  | Attività di vigilanza e controllo anche attraverso la metodologia dell'audit<br>Indagini di igiene industriale<br>Inchieste per infortuni e malattie professionali<br>Valutazioni di tipo ergonomico/organizzativo   | Attività di controllo   |
| C4 | Promozione del miglioramento della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro  | Attività di promozione e raccolta di soluzioni, bonifiche e buone prassi<br>Promozione dei sistemi di qualificazione delle imprese e dei lavoratori autonomi e di modelli di organizzazione e di gestione, compresa la responsabilità sociale e di impresa<br>Attività di valorizzazione delle soluzioni, delle bonifiche e delle, buone prassi individuate nei diversi comparti, al fine di implementarle nel territorio  | Assistenza alle associazioni datoriali e sindacali per l'individuazione delle soluzioni ai fini di un loro riconoscimento quali buone prassi<br>Informazione e diffusione delle buone prassi alle associazioni datoriali e sindacali  |
| C5 | Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani   | Programmi di promozione degli stili di vita sani nei luoghi di lavoro con il coinvolgimento del sistema della prevenzione delle aziende<br>Programmi di ricerca attiva delle malattie professionali e lavoro correlate<br>Valutazione delle attività di sorveglianza sanitaria<br>Esame dei ricorsi avverso il parere dei medici competenti  | Attivazione dei programmi per promuovere sani stili di vita<br>Report informativi alle istituzioni, ai cittadini e alle parti sociali sull'andamento delle patologie lavoro correlate nel territorio<br>Attività di controllo sulla sorveglianza sanitaria svolta dai medici competenti<br>Pareri sui ricorsi |
| C6 | Sorveglianza degli ex-esposti a cancerogeni e a sostanze chimiche/fisiche con effetti a lungo termine   | Coordinamento e valutazione dell'attività di sorveglianza sanitaria degli ex esposti<br>Organizzazione di attività di counseling rivolta agli ex esposti<br>Partecipazione al percorso in capo al Centro Operativo Regionale (COR) per l'implementazione del Registro Nazionale Mesoteliomi (ReNaM), del Registro Nazionale Tumori Naso Sinusali (ReNaTuNS) e delle neoplasie a bassa frazione eziologica  | Attività di counseling<br>Attività di coordinamento e valutazione dell'attività di sorveglianza sanitaria degli ex esposti<br>Attività di indagine per la implementazione dei registri del COR  |



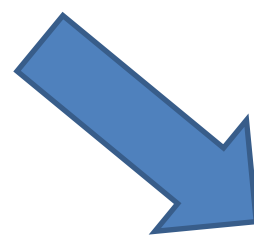
Ministero della Salute

Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria

## Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025



applicare alle attività di controllo i principi dell'assistenza, dell'empowerment e dell'informazione, e, ove necessario, azioni di enforcement in relazione alla capacità ed alla motivazione dell'impresa e assicurare alle micro e piccole aziende da una parte, e alle medie e grandi aziende, dall'altra, attività di controllo modulate secondo approcci distinti

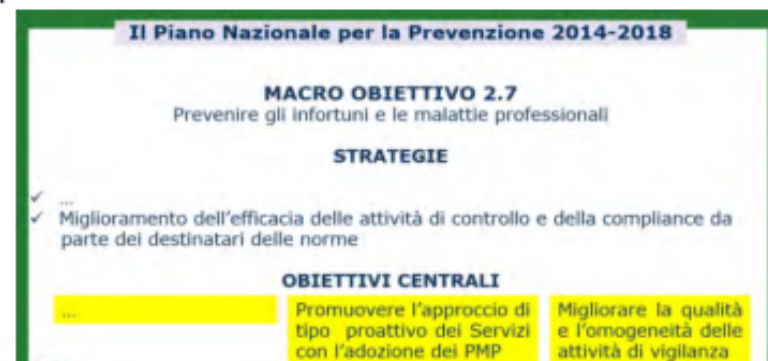


## Muovere il cambiamento: assistenza

Il **Piano Mirato di Prevenzione** può essere definito come un modello territoriale partecipativo di assistenza e supporto alle imprese nella prevenzione dei rischi per la salute e la sicurezza sul lavoro.

Il modello del piano mirato di prevenzione si articola in diverse macrofasi:

- preparazione e progettazione dell'intervento;
- stesura delle buone prassi, con il coinvolgimento del Sistema prevenzionistico delle Aziende e/o Forze sociali e della scheda di autovalutazione aziendale;
- individuazione delle aziende da coinvolgere con il PMP ed informazione alle stesse con circolare e seminari nei quali si consegnano materiali di supporto, la scheda di autovalutazione e altri eventuali strumenti conoscitivi (es: questionari sulla percezione dei rischi);
- programmi formativi integrati sull'uso del modello di analisi infortunistica per l'implementazione di misure migliorative a supporto del riesame della valutazione dei rischi e della efficace gestione dei rischi per la salute e la sicurezza;
- analisi dei dati provenienti dagli strumenti di approfondimento utilizzati (es. questionari);
- vigilanza e verifica di efficacia dell'intervento di prevenzione (monitoraggio buone prassi, ecc.);
- presentazione risultati.



## 6. Sorveglianza Sanitaria Efficace

- Formula: Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 Dlgs 81/08)
- Standard:
  - (per tutti gli anni): realizzazione di un Report annuale (art. 40 Allegato 3B)
  - 2022: presenza documento di buone prassi condivise inerente alla sorveglianza sanitaria
  - 2023: formazione degli operatori dei servizi e dei medici competenti
  - 2024, 2025: verifica dell'applicazione delle buone prassi nell'ambito dell'attività di vigilanza
- Fonte: Regione

<https://www.cerimp.it/>

# SORVEGLIANZA SANITARIA

## ATTIVITÀ IN COLLABORAZIONE CON I MEDICI COMPETENTI

FORMAZIONE, BUONE PRATICHE, TAVOLO REGIONALE

### LE BUONE PRATICHE CONDIVISE PER LA SORVEGLIANZA SANITARIA EFFICACE

- Documenti elaborati nell'ambito del PP08 e PP07 del Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025

Scopo delle presenti indicazioni è supportare l'attività del Medico Competente (MC) fornendo indicazioni utili, in funzione dei rischi specifici e delle evidenze scientifiche, per l'efficacia e l'efficienza della propria attività, indicando modelli per una sorveglianza sanitaria, appropriata o più specifica in particolare per valorizzare il contributo del MC ai Piani Mirati di Prevenzione (PMP) e ai programmi del Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 della Toscana, in particolare i PP07 e PP08, che prendono in considerazione settori a particolare rischio come l'edilizia e l'agricoltura e la prevenzione di rischi come i cancerogeni professionali, i fattori ergonomici e quelli all'origine dello stress lavoro-correlato

Il tema della appropriatezza e della efficacia della sorveglianza sanitaria risulta di particolare rilievo per l'emersione delle patologie professionali e per prevenire l'insorgenza, attraverso la puntuale valutazione delle condizioni di salute del lavoratore, l'espressione del giudizio di idoneità e la valutazione della collocazione e dei compiti lavorativi assegnati ai lavoratori.

- Documento di Buone Pratiche condivise per la Sorveglianza Sanitaria efficace

Si sottolinea l'importanza della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica condotta dai medici competenti, promuovendo buone pratiche per garantire efficacia e uniformità.

**Buone pratiche per una sorveglianza sanitaria efficace:**

- **Coerenza tra DVR e protocollo sanitario:** Assicurare che i rischi indicati nel protocollo siano gli stessi del DVR.
- **Scelta adeguata degli accertamenti:** Adattare gli accertamenti alle specifiche situazioni di rischio e aggiornarli secondo le normative vigenti e le evidenze scientifiche più recenti.
- **Organizzazione delle visite mediche:** Facilitare l'accesso alle visite mediche e utilizzare questionari standardizzati.
- **Gestione della cartella sanitaria e di rischio:** Mantenere le cartelle aggiornate e leggibili, rispettando la privacy e il segreto professionale.
- **Formulazione precisa del giudizio di idoneità:** Basare le prescrizioni e limitazioni su criteri scientifici e una conoscenza approfondita del lavoro svolto, coinvolgendo le figure di riferimento aziendali.

Decreto Dirigenziale 25803 del 28/12/2022

Allegato Decreto Dirigenziale 25803 del 28/12/2022

- Documento di Buone Pratiche condivise per la Sorveglianza Sanitaria in edilizia

Decreto Dirigenziale 25595 del 22/12/2022

Allegato Decreto Dirigenziale 25595 del 22/12/2022

- Documento di Buone Pratiche condivise per la Sorveglianza Sanitaria in agricoltura

Decreto Dirigenziale 25594 del 22/12/2022

Allegato Decreto Dirigenziale 25594 del 22/12/2022

### FORMAZIONE

- PRP 2020-2025: Promozione dell'appropriatezza e della qualità della sorveglianza sanitaria svolta dai Medici Competenti



Regione Toscana



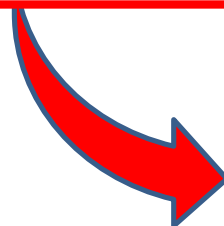
Servizio Sanitario della Toscana

## Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025

*Programma Predefinito PP8: Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro.*

### Sorveglianza Sanitaria Efficace

Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 del D.Lgs. 81/08)



Ministero della Salute

Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria

# Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025

|  |    |
|--|----|
| .....  | 3  |
| 1. Definizione.....  | 4  |
| 2. Aspetti generali della sorveglianza sanitaria                       |    |
| 2.1. Riferimenti normativi specifici.....                              | 4  |
| 2.2. Rischi non normati e attività ad alto rischio infortunistico..... | 6  |
| 2.3. Aspetti e categorie particolari                                   |    |
| a. Minori, apprendisti e studenti scuole professionali.....            | 7  |
| b. Lavoratrici madri.....  | 8  |
| c. Lavoratori disabili.....  | 8  |
| 3. Buone pratiche per una sorveglianza sanitaria efficace.....         | 9  |
| 3.1. protocollo sanitario.....   | 10 |
| 3.2. organizzazione della sorveglianza sanitaria.....                  | 11 |
| 3.3. cartella sanitaria e di rischio.....                              | 12 |



## TAVOLO REGIONALE

E' stato istituito un tavolo regionale composto da rappresentanti dei MC individuati tramite l'Allegato 3B fra coloro che seguono aziende poste nel territorio toscano, da MC proposti dalla SIML e dall'ANMA regionali e da Medici del Lavoro Pubblici delle UF PISLL regionali e del CerIMP. Il Tavolo affronta tematiche di interesse relative alla salute dei lavoratori nei luoghi di lavoro anche allo scopo di approfondire particolari argomenti di interesse specifico, comprese eventuali criticità relative all'interpretazione della norma ed eventuali istanze relative alla Sorveglianza Sanitaria provenienti dal territorio.

- Convocazione del 24 gennaio 2024

Verbale Tavolo Regionale per la promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria svolta dai Medici Competenti

- Convocazione del 14 aprile 2024

Verbale Tavolo Regionale per la promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria svolta dai Medici Competenti

- Convocazione del 11 giugno 2024

Verbale Tavolo Regionale per la promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria svolta dai Medici Competenti

- Convocazione del 30 settembre 2024

Verbale Tavolo Regionale per la promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria svolta dai Medici Competenti

**OGGETTO: Verbale Tavolo Regionale per la promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria svolta dai Medici Competenti**

**DATA: 8 APRILE 2025 14.00 – 16.30 ON LINE**

### 1. conferma e/o revisione dei documenti prodotti dai 3 sottogruppi

- **Documento Collaborazione del MC alla Valutazione dei Rischi**

(sottogruppo composto da Spisso, che coordina, Ficini, Galassi, D'Haw)

Viene confermata l'ultima stesura inviata da Spisso, lasciando gli ultimi punti del documento al confronto e alla eventuale discussione che ci sarà alla presentazione del 4 giugno.

- **Documento Reinserimento lavorativo ed accomodamento ragionevole**

(sottogruppo composto da Cristaudo, che coordina, Bianchi, Bigotti, Farenza, Simoncini, Talini)

- **Documento Alcool nei luoghi di lavoro normativa e buone pratiche**

(sottogruppo composto da Montalti, che coordina, Bigotti, Caroleo, Ferrero, Pantani)

# Il tavolo regionale Medici del Lavoro del Servizio Pubblico Medici Competenti del territorio: confronto sull'esperienza effettuata e prospettive

Videoconferenza

4 giugno 2025 dalle 9.00 alle 13.00

## Programma

L'evento formativo si svolgerà da remoto su piattaforma GoToWebinar e si articola in 1 giornata formativa di 4 ore secondo il seguente programma:

|  | Relatore/Moderatore                                  |
|--|--|
| 8.30 Collegamento dei partecipanti alla piattaforma                              |  |
| 8.45 Saluti istituzionali e presentazione della giornata                         | Simone Bezzini<br>Giovanna Bianco                    |
| 9.00 L'esperienza del Tavolo Regionale MdL Servizio Pubblico – Medici Competenti | Franca Luongo  |
| 9.20 Presentazione dei documenti prodotti dai Sottogruppi del Tavolo Regionale   |  |
| • La Collaborazione del MC alla Valutazione dei Rischi                           | Maria Spisso   |
| • Il reinserimento lavorativo e l'accomodamento ragionevole                      | Alfonso Cristaudo                                    |
| • Il punto sull'alcool   | Manfredi Montalti                                    |
| 10.20 I documenti sulle buone pratiche strumenti di verifica e applicazione      | Giulia Ficini  |
| 10.40 Confronto e discussione sui documenti presentati                           | Donatella Talini<br>Manfredi Montati                 |
| 12.40 Proposte e prospettive   | Roberta Consigli<br>Luigi Mauro<br>Domenico Viggiano |
| 13.00 Termine dei lavori   |  |

Il reinserimento al lavoro dei soggetti con malattie croniche e con esiti di infortunio, disabili, giudicati parzialmente idonei alla mansione specifica

A cura di:

Alfonso Cristaudo, Tiziano Bianchi, Martina Bigotti, Rodolfo Buselli, Daria Farenza, Marina Simoncini, Donatella Talini

## Introduzione

Fra i vari compiti del medico competente si sottolineano i seguenti;

- Proteggere e sorvegliare tutti i lavoratori (consulenza globale, monitoraggio sanitario, collaborazione alla VdR, alla prevenzione e protezione).
- Migliorare le condizioni di salute e benessere e tutelare i lavoratori appartenenti a gruppi particolari («diversi») e soprattutto con problemi di salute a fini inclusivi nell'ambiente di lavoro.

Per quanto riguarda il primo punto sono state approntate diverse indicazioni, linee guida, documenti di orientamento, prassi consolidate, per quanto riguarda il secondo punto vi è ancora incertezza e poche sono le esperienze validate di reinserimento dei soggetti con problematiche varie di salute e di genere nei luoghi di lavoro.

Le condizioni che necessitano di un'attenzione particolare da parte dei medici competenti riguardano in particolare i lavoratori disabili con invalidità riconosciuta dalle varie commissioni medico-legali e i lavoratori giudicati dai medici competenti con inidoneità totali o parziali e i soggetti anziani.

Anche inconsapevolmente le pratiche più "burocratiche" di gestione dei giudizi di idoneità determinano spesso una "selezione" dei soggetti «diversi» (patologici, anziani, altri diversi) con conseguenze che vanno dal demansionamento, all'isolamento ed anche al licenziamento.

Occorre quindi che vengano trovate strade per facilitare concrete pratiche di "inclusione".

Sono diverse le indicazioni che inducono a questa riflessione.

In primis occorre citare il Codice Etico dell'ICOH che, nella parte introduttiva così recita:

*"Obiettivo della medicina del lavoro è quello di proteggere e promuovere la salute dei lavoratori, sostenere ed incrementare le loro capacità lavorative, contribuendo ad istituire e a mantenere un ambiente di lavoro salubre e sicuro per tutti, promuovendo altresì l'adattamento del lavoro alle capacità dei lavoratori, tenendo in dovuto conto il loro stato di salute".*

Molte sono le norme che indicano la necessità di reinserire i lavoratori con problemi di salute e/o con problematiche di genere, come l'età.

Ricordiamo fra queste le norme a tutela dei disabili (L.68/99), il D.Lgs 81/08 e s.m.i. per i lavoratori con giudizi di idoneità con limitazioni, l'accomodamento ragionevole (L. 99/2013).

Da non sottovalutare la portata dell'Articolo 18 d. Lgs 81/08 e s.m.i. che al comma c) così recita "nell'affidare i compiti ai lavoratori, tenere conto delle capacità e delle condizioni degli stessi in rapporto alla loro salute e alla sicurezza".

|  |   |
|--|---|
| <b>Accomodamento ragionevole per il reinserimento al lavoro dei soggetti con malattie croniche e con esiti di infortunio, disabili, riconosciuti o no dalle Commissioni medico-legali, giudicati parzialmente idonei alla mansione specifica</b> |   |
| <b>Obiettivo</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proteggere e sorvegliare tutti i lavoratori (consulenza globale, monitoraggio sanitario, collaborazione alla VIG, alla prevenzione e protezione, alla promozione della salute).</li> <li>- Migliorare le condizioni di salute e benessere e tutelare i lavoratori appartenenti a gruppi particolari e soprattutto quelli con problemi di salute a fini inclusivi nell'ambiente di lavoro per un proficuo e sicuro reinserimento lavorativo</li> </ul>  |
| <b>Inquadramento normativo</b>   | <p>DLgs 81/08 e DLgs 106/08<br/>         Legge 68/99: "Norme per il diritto al lavoro dei disabili".<br/>         DLgs 216/2013 poi modificato dal decreto-legge 76/2013 convertito in legge 99/2013.<br/>         Legge 300/70<br/>         Jobs Act (Decreto legislativo 151/2015)<br/>         ISO 90415:2021<br/>         Legge n. 190 del 23 dicembre 2014</p>   |
| <b>Beneficiari</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tutti i lavoratori con malattie croniche ed esiti di infortunio giudicati parzialmente o totalmente idonei alla mansione specifica</li> <li>- Invalidi civili con percentuale di invalidità dal 46 al 100%, A) in fase di assunzione (sufficiente invalidità del 46%) B) in occasione di computo con invalidità superiore al 60% insorta contestualmente a rapporto di lavoro preesistente</li> <li>- Invalidi del lavoro con percentuale di invalidità superiore al 33%.</li> <li>- Invalidi per servizio (ex dipendenti pubblici) compresi i</li> <li>- Invalidi di guerra e civili di guerra (minorazioni) categoria da 1 a</li> <li>- non vedenti</li> <li>- sordomuti</li> </ul>  |
| <b>Ruolo del Datore di Lavoro</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitare discriminazioni sul posto di lavoro a causa della <u>disabilità</u>.</li> <li>- Eliminare le barriere architettoniche e sensoriali che impediscono o limitano l'accesso ai luoghi di lavoro, nonché l'utilizzo delle attrezzature e dei dispositivi di protezione individuale e collettiva.</li> <li>- Adattare le postazioni di lavoro alle esigenze dei lavoratori disabili, in modo da renderle accessibili e sicure.</li> <li>- Predisporre percorsi di formazione specifici in materia di salute e sicurezza sul lavoro, in modo da informare e adeguare i lavoratori disabili ai rischi specifici del loro ambiente di lavoro.</li> <li>- Fornire ai lavoratori disabili i dispositivi di protezione individuale e collettiva adeguati alle loro esigenze.</li> <li>- Evitare il licenziamento ingiustificato a causa della <u>disabilità</u>. Prevedere il diritto al congedo straordinario e alla priorità di accesso allo <u>sviluppo</u>.</li> </ul> |
| <b>Ruolo del MC</b>  | <p>Il ruolo del medico competente per l'assunzione e nel mantenimento del lavoro della persona disabile è centrale, in quanto <u>deve</u> interfacciarsi con tutti, supportare il datore di lavoro nella realizzazione di misure tecniche ed organizzative per garantire un proficuo reinserimento lavorativo con adeguati livelli di sicurezza ed di igiene nei luoghi di lavoro. In determinati casi, il medico competente risulta essere la figura idonea per supportare il lavoratore disabile alla cessazione del rapporto lavorativo, aiutandolo nell'usufruire di benefici sociali che gli consentano di avere una vita dignitosa. Il suo ruolo (specificato nel doc allegato) è cruciale per i seguenti aspetti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- VDR</li> <li>- Giudizio di idoneità</li> <li>- Accomodamento ragionevole</li> <li>- Piano di lavoro personalizzato</li> </ul>   |
| <b>Visita ex art. 5 Legge 300</b>  | <p>La visita medica collegiale per accertare l'idoneità fisica di un lavoratore può essere richiesta dal Datore di lavoro a Enti Pubblici e Istituti Specializzati di Diritto Pubblico.</p> <p>La richiesta di visita ex art. 5 L.300/70 può essere effettuata nei casi in cui il lavoratore non sia soggetto a sorveglianza sanitaria ai sensi del DL 81/2008, nei periodi intercorrenti le scadenze previste dal programma sanitario delle visite periodiche qualora il datore di lavoro abbia necessità di adempiere all'art 18 oppure qualora i rischi non siano legati alla mansione specifica.</p>  |
| <b>Ruolo del Disability Manager</b>  | <p>Oggi il DM è obbligatorio solo per le Pubbliche Amministrazioni con più di 200 dipendenti, la legge estende l'obbligo a tutti i datori di lavoro pubblici, includendo anche il compito di garantire l'accomodamento ragionevole per l'inclusione e il benessere dei lavoratori disabili. Anche se non richiesto, il ruolo del DM è cruciale nelle aziende private, dove può facilitare l'integrazione lavorativa delle persone con disabilità, sintetizzando le esigenze espresse dai vari pareri medici e dalle strutture aziendali</p>   |
| <b>Si allega un breve report esplicativo inerente il tema trattato</b>   |   |
|  |   |



# I rapporti con le ASL



- **Ricorso avverso il giudizio del medico competente art. 41/81**
- **Visita richiesta alla Commissione ex art 5 c.3 L.300/70**
- **Tutela per il lavoratore disabile ai sensi della legge 68/99**
- **Modifiche all'art. 18 Dlgs 81/2008 ed il reinserimento lavorativo**

## Ricorso avverso il giudizio del medico competente art. 41/81



- Difformità regionali
- Linee di indirizzo DGR (Regione Toscana) 16 Aprile 2018, n. 42 → previsto il confronto con il MC per acquisire tutte le necessarie informazioni

# Regione Toscana, DGR 16 aprile 2018, n. 421 - Adozione linee di indirizzo per l'espressione del giudizio di idoneità del Medico Competente e della Commissione ex Art. 41 c. 9 del D.lgs 81/08 e ss.mm.ii in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro

Dettagli

Categoria: [Normativa regionale](#)

Visite: 4167

Regione Toscana

Delibera della Giunta Regionale 16 aprile 2018, n. 421

Adozione linee di indirizzo per l'espressione del giudizio di idoneità del Medico Competente e della Commissione ex Art. 41 comma 9 del D.lgs 81/08 e ss.mm.ii in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro

## **Aspetti tecnico professionali nella formulazione del giudizio di idoneità**

### **Premessa**

L'attività del medico del lavoro, sia in quanto medico competente che in quanto componente della commissione esaminatrice dei ricorsi ex art. 41 comma 9 D.Lgs. 81/08, nella espressione del giudizio di idoneità alla mansione, deve uniformarsi, oltre che alle norme vigenti, alle evidenze scientifiche, alle linee guida delle società scientifiche ed al codice etico ICOH.

L'attività dalla Commissione si inserisce nell'ambito delle attività amministrative delle Unità Funzionali PISLL.

L'individuazione da parte del legislatore dell'Organo di Vigilanza territorialmente competente quale soggetto destinatario del ricorso ha finalità di garantire l'obiettività del giudizio.

La commissione e il medico competente, pur nei differenti ruoli, sono chiamati entrambi a formulare un parere in ordine alla idoneità alla mansione specifica. Pertanto è opportuno che medici competenti e commissioni discutano sui criteri generali da seguire per esprimere i giudizi di idoneità e li condividano quando possibile, anche attraverso momenti formativi e di condivisione scientifica comuni.

### **Indicazioni per i medici competenti e per le commissioni esaminatrici dei ricorsi ex art. 41 comma 9 D.Lgs. 81/08**

La commissione si esprime sulle eventuali inidoneità del lavoratore senza formulare ipotesi o valutazioni in merito ad una sua diversa ricollocazione; tale compito è invece proprio del datore di lavoro che può avvalersi, ove lo ritenga opportuno, del contributo del medico competente, anche per valutare se la nuova assegnazione lavorativa è compatibile con le limitazioni espresse dalla commissione.

Si ritiene legittimo che il medico competente possa fornire al datore di lavoro consigli/indicazioni, a latere e distintamente dal giudizio di idoneità; tale comportamento non appare opportuno nell'attività della commissione che deve esclusivamente annullare, convalidare o modificare il giudizio di idoneità espresso dal medico competente.

Si ritiene utile che nei casi in cui non viene confermato il giudizio del medico competente le motivazioni siano esplicitate al medico competente stesso, eventualmente fornendo indicazioni e consigli circa le limitazioni impartite.

### **Lavoratori disabili (L. 68/99 smi)**

Il datore di lavoro è obbligato ad inserire e mantenere al lavoro il lavoratore disabile inserito con il collocamento mirato (cfr. art.1, c.1, L.68/99) secondo le indicazioni della Commissione sanitaria, ed eventualmente del Comitato tecnico.

Il medico competente può essere chiamato dal datore di lavoro a collaborare per individuare la compatibilità dell'attività lavorativa assegnata con le eventuali limitazioni espresse dalla commissione e nel caso di non ritenuta compatibilità, rinviare il lavoratore alla commissione stessa.

Nei confronti di questi lavoratori deve essere applicata anche la sorveglianza sanitaria in quanto misura generale di tutela della salute (art.15, c.1, lett.I, D.Lgs.81/08), che non può essere omessa proprio per lavoratori riconosciuti ope legis più fragili. Il lavoratore disabile può ricorrere ai sensi dell'art. 41, come gli altri lavoratori.

### **5.5 Attività collegate**

Di norma viene contattato il Medico competente per i necessari ragguagli sul caso in esame.

## Commissione ex art 5 c.3 L.300/70



- Visita richiesta qualora il lavoratore non sia soggetto a Sorveglianza Sanitaria ai sensi del DLgs 81/2008, nei periodi intercorrenti le scadenze previste dal programma sanitario delle visite periodiche qualora il DL abbia necessità di adempiere all'art 18, oppure qualora i rischi non siano legati alla mansione specifica
- Questa richiesta amplia le modalità di verifica delle condizioni di salute dei lavoratori in funzione anche del loro possibile reinserimento lavorativo
- Difformità regionali riguardo la composizione delle commissioni

## Modifiche all'art. 18 Dlgs 81/2008 ed il reinserimento lavorativo



- Estensione della Sorveglianza Sanitaria a tutti i rischi valutati
  - Rinsalda il rapporto che deve intercorrere fra la Valutazione dei Rischi e le scelte di Sorveglianza Sanitaria, anche nel caso del reinserimento al lavoro per lavoratori vittime di IL e/o MP o che presentano disabilità
  - Introduce ulteriori strumenti per affrontare le sfide legate all'inclusione sociale
  - Possibile modulazione del percorso di accesso all'art 5
  - Necessario esplicitare con chiarezza le scelte adottate
- **E' comunque necessario intervenire per risolvere dubbi interpretativi ai sensi di quanto riportato all'art.41 !!**

# Legge 68/99

(modificata e integrata da D. Lgs. n. 151/2015 D. L. 244/2016 con mod. e int. L. 19/2017)



- Quando l'accertamento sanitario è finalizzato al collocamento mirato al lavoro di cui alla legge 68/99, è presente uno specialista in medicina del lavoro
- Comitato Tecnico (ex art 8 L 68/99 e smi): Istituito con la riforma del 2015, è espressione cardine del sistema dell'integrazione dei servizi- sociali, sanitari e del lavoro operante presso i servizi per il collocamento mirato che svolge un'attività tecnico-specialistica, con compiti di tipo gestionale propedeutici all'avviamento lavorativo.

In Toscana, il Comitato Tecnico è operante presso il Servizio Collocamento Mirato dell' Agenzia Regionale Toscana per l'Impiego, ed è composto da:

- funzionari ARTI,
- assistente sociale,
- esperti medico-legale e di medicina del lavoro.

**Arti**  
Agenzia Regionale  
Toscana per l'impiego



## Effectiveness of telemedicine: A systematic review of reviews

Anne G. Ekeland<sup>a,\*</sup>, Alison Bowes<sup>b</sup>, Signe Flottorp<sup>c,d</sup>

<sup>a</sup> Norwegian Centre for Integrated Care and Telemedicine, University Hospital of North Norway, P.O. Box 6060, N-9038 Tromsø, Norway

<sup>b</sup> Department of Applied Social Science, University of Stirling, Scotland, UK

<sup>c</sup> Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, Oslo, Norway

<sup>d</sup> Department of Public Health and Primary Health Care, University of Bergen, Norway

### ARTICLE INFO

**Article history:**  
Received 23 April 2010  
Received in revised form  
11 July 2010  
Accepted 29 August 2010

### Keywords:

Telemedicine  
Telecare  
Systematic review  
Effectiveness  
Outcomes

### ABSTRACT

**Objectives:** To conduct a review of reviews on the impacts and costs of telemedicine interventions. **Methods:** A review of systematic reviews of telemedicine interventions was conducted. Interventions included all e-health interventions, information and communication technologies for communication in health care, internet based interventions for diagnosis, and social care if important part of health care and in collaboration for patients with chronic conditions were considered relevant. Each potential systematic review was assessed in full text by one member of an external expert panel using a revised check list from EPOC (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care).

### Summary points

“What was already known on this topic”

- Evidence regarding the effectiveness of telemedicine is patchy and incomplete.
- The quality of much of the research conducted is poor.

“What this study added to our knowledge”

- The evidence base is accumulating robust knowledge about the effectiveness of telemedicine.
- As the field is rapidly evolving however, new knowledge is constantly needed.
- Continuing areas of weakness but also of great interest include economic analyses, understandings of patient perspectives, of effectiveness and outcomes as complex and ongoing collaborative achievements, and formative assessments.

## Conclusion

This umbrella review finds that telemedicine interventions can improve glycemic control in diabetic patients; reduce mortality and hospitalization due to chronic heart failure; help patients manage pain and increase their physical activity; improve mental health, diet quality and nutrition; and reduce exacerbations associated with respiratory diseases like asthma. In certain disease and specialty areas, telemedicine may be a less effective way to deliver care. While there is evidence that telemedicine can be cost-effective, generalizability is hindered by poor quality and reporting standards. This umbrella review also finds that patients report high levels of acceptance and satisfaction with telemedicine interventions, but that important barriers to wider use remain.

### RESEARCH ARTICLE

## Telemedicine in the OECD: An umbrella review of clinical and cost-effectiveness, patient experience and implementation

Nkiruka D. Eze<sup>1,\*</sup>, Céu Mateus<sup>1</sup>, Tiago Cravo Oliveira Hashiguchi<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Division of Health Research, Health Economics at Lancaster, Lancaster University, Lancaster, United Kingdom, <sup>2</sup> Health Division Organisation for Economic Co-operation and Development, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, Paris, France

\* [nkiru.eze@outlook.com](mailto:nkiru.eze@outlook.com)

Journal Pre-proof

## Telemedicine in Chronic Wound Management: A Systematic Review And Meta-Analysis

Lihui Cheng<sup>2,3</sup>, Wei Gao<sup>1</sup>, Dawei Chen<sup>1</sup>, Chun Wang<sup>1</sup>, Xingwu Ran<sup>1</sup>

expand

PMCID: [PMC7381084](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/PMC7381084/) DOI: [10.2196/15574](https://doi.org/10.2196/15574)

Chronic wounds have been a great burden to patients and the health care system. The internet and smart devices, such as mobile phones and tablets, has made it possible to use telemedicine (TM) to improve the management of chronic wounds. However, studies by different researchers have reported contradictory results on the effect of TM on chronic wound management.

The aim of this work was to evaluate the efficacy and safety of TM in chronic wound management.

**Methods:** We systematically searched multiple electronic databases (MEDLINE, EMBASE, and Cochrane Central Register of Controlled Trials [CENTRAL]) to identify eligible studies published from inception to June 12, 2019. Inclusion criteria were randomized controlled trials (RCTs) and interventional cohort studies that investigated the use of TM in chronic wound management. RCT and observational data were analyzed separately. A meta-analysis and qualitative analysis were conducted to estimate endpoints.

**Results:** A total of 6 RCTs and 6 cohort studies including 3913 patients were included. Of these, 4 studies used tablets or mobile phones programmed with apps, such as Skype and specialized interactive systems, whereas the remaining 8 studies used email, telephone, and videoconferencing to facilitate the implementation of TM using a specialized system. Efficacy outcomes in RCTs showed no significant differences in wound healing (hazard ratio [HR] 1.16, 95% CI 0.96-1.39; P=.13), and wound healing around 1 year (risk ratio [RR] 1.05, 95% CI 0.89-1.23; P=.15). Noninferiority criteria of TM were met. A decreased risk of amputation in patients receiving TM was revealed (RR 0.45, 95% CI 0.29-0.71; P=.001). The result of cohort studies showed that TM was more effective than standard care (HR 1.74, 95% CI 1.43-2.12; P<.001), whereas the outcome efficacy RR of wound healing around 1 year (RR 1.21, 95% CI 0.96-1.53; P=.56) and 3 months (RR 1.24, 95% CI 0.47-3.3; P=.67) was not significantly different between TM and standard care. Noninferiority criteria of TM were met for wound healing around 1 year in cohort studies.

**Conclusions:** Currently available evidence suggests that TM seems to have similar efficacy and safety, and met noninferiority criteria with conventional standard care of chronic wounds. Large-scale, well-designed RCTs are warranted.

## Telemedicina: attuali principali riferimenti



- Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in Telemedicina” approvate dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le PA il 17 dicembre 2020, che modificano e aggiornano le precedenti “Linee di indirizzo nazionale sulla telemedicina” del 2014;
- Decreto Ministero della Salute n. 77 del 23 maggio 2022
- Decreto del Ministero della Salute del 21 settembre 2022 recante “Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina – Requisiti funzionali e livelli di servizio”
- Allegato A- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 Salute, individua nella telemedicina uno strumento importante per abilitare una più efficace copertura territoriale dei servizi sanitaria per gli assistiti.
- In quanto assimilati a qualunque altra prestazione o servizio diagnostico/terapeutico/assistenziale/riabilitativo, le prestazioni e i servizi di telemedicina devono sempre rispettare tutti i diritti e gli obblighi propri di qualsiasi atto sanitario.

# Telemedicina: attuali principali riferimenti



Decreto Ministro della salute 77/2022 del 23 maggio 2022

Allegato 1, Punto 15 Telemedicina

*... Le diverse prestazioni e servizi di telemedicina, quali la televisita specialistica, la teleassistenza, il telemonitoraggio, la teleriabilitazione, il teleconsulto medico, la teleconsulenza medico sanitaria, o la telerefertazione, **costituiscono un'opportunità e un fattore abilitante la strutturazione di modelli di gestione integrata dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria a rilevanza sanitaria, in grado di rispondere sia alle necessita' dei sistemi sanitari, con particolare riferimento alla gestione della cronicità, sia, in un'ottica di medicina personalizzata, a quelle individuali del singolo assistito, così come previsto anche dal "Patto per la Salute 2019-2021".***

# Telemedicina: attuali principali riferimenti



Codice di deontologia medica

Art. 78 – Tecnologie informatiche.

Il medico, nell'uso degli strumenti informatici, **garantisce l'acquisizione del consenso, la tutela della riservatezza, la pertinenza dei dati raccolti e, per quanto di propria competenza, la sicurezza delle tecniche.** Il medico, nell'uso di tecnologie di informazione e comunicazione di dati clinici, persegue **l'appropriatezza clinica** e adotta le proprie decisioni nel rispetto degli eventuali contributi multidisciplinari, garantendo la **consapevole partecipazione della persona assistita.** Il medico, nell'utilizzo delle tecnologie di informazione e comunicazione a fini di prevenzione, diagnosi, cura o sorveglianza clinica, o tali da influire sulle prestazioni dell'uomo, **si attiene ai criteri di proporzionalità, appropriatezza, efficacia e sicurezza, nel rispetto dei diritti della persona e degli indirizzi applicativi allegati.**

# Telemedicina: attuali principali riferimenti



Nel Decreto del Ministero della Salute del 21 settembre 2022 - Approvazione delle linee guida per i servizi di Telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio, nell'Allegato A è riportato lo schema delle attività di Telemedicina secondo l'Accordo Stato Regioni del dicembre 2020\*.

La Televisita, come previsto anche dal Codice di deontologia medica, **non può essere mai considerata** il mezzo per condurre la **relazione medico-paziente esclusivamente a distanza**, né può essere considerata in modo automatico sostitutiva della prima visita medica in presenza. Si tratta quindi di un servizio avente **natura complementare rispetto all'esecuzione dell'atto medico in presenza**.

Le prestazioni di telemedicina costituiscono una **integrazione e rafforzamento delle prestazioni sanitarie erogate in presenza**, e non possono quindi essere erogate (né organizzate o implementate) autonomamente rispetto a queste ultime.

Sono erogabili in Televisita le prestazioni ambulatoriali che **non richiedono la completezza dell'esame obiettivo del paziente ... (tradizionalmente composto da ispezione, palpazione, percussione e auscultazione)\***

## Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento (art 1, c. 3, L 219/2017)



**3.** Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, **ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi.** Può rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni ovvero indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece se il paziente lo vuole. Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni e l'eventuale indicazione di un incaricato sono registrati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

# Responsabilità



- La prestazione sanitaria deve essere svolta in osservanza dei requisiti richiesti dalle norme che ne disciplinano l'esecuzione
- Ripartizione della responsabilità medica nel caso di diversi soggetti coinvolti nell'esercizio dell'attività di medicina digitale
- Danno derivato dallo strumento utilizzato: è necessario stabilire se lo stesso sia stato cagionato dal suo malfunzionamento ovvero dipenda da un uso non corretto del medesimo
- Vi è già un precedente giurisprudenziale, sentenza n. 9279 del 28 marzo 2003, dalla Corte di Cassazione penale, per aver preferito seguire un paziente telefonicamente, omettendo di effettuare la visita in presenza.

# Occupational health services in the UK—challenges and opportunities

P. J. Nicholson

**Background** A small minority of the UK workforce currently has access to an occupational physician. Reduction in the size of enterprises, the emergence of atypical work patterns and problems recruiting and training occupational health specialists risk making this minority even smaller.

**Aim** This paper considers the challenges currently facing occupational medicine and how we can improve access to occupational health services (OHS). It aims to highlight some of the diverse internal and external factors that restrict the UK's ability to provide all workers access to OHS.

**Method** A literature review was carried out and combined with awareness of current trends in business and new legislation together with provision of occupational medicine in other countries.

**Results** Potentially controversial solutions that might help to make OHS more widely accessible were identified and are discussed. It is hoped that these will provoke further debate.

**Conclusion** Individually and organizationally, we must examine and improve capabilities if we are to improve worker access to OHS and deliver targets to reduce occupational ill-health. It is suggested that this requires a strategic shift to apply resources differently. There is need to explore delegation of tasks traditionally performed by doctors to nurses and other staff together with the outsourcing of non-core work. The increased use of telemedicine and the enhanced use of information technology for training, risk assessments, wellness programmes and questionnaire-based health assessments are other developments that should be explored.

Downloaded from https://academic.oup.com/occmed/article/54/3/147/1390834 by Azienda

**Table 1.** No. of physicians working in OHS by country

| Country     | Labour force (millions) | No. of physicians | No. of physicians per 100 000 workers |
|-------------|-------------------------|-------------------|---------------------------------------|
| Finland     | 2.3                     | 1400 [11]         | 61                                    |
| Netherlands | 7.2                     | 1900 [12]         | 26                                    |
| Norway      | 2.4                     | 500 [13]          | 21                                    |
| UK          | 28.2                    | 1400 [14]         | 5                                     |

**Allegato 3B 2023**

|                |            |             |             |
|----------------|------------|-------------|-------------|
| <b>Toscana</b> | <b>1,6</b> | <b>1092</b> | <b>67,5</b> |
|----------------|------------|-------------|-------------|



**Table 1** No of Workers, Occupational Physicians, GDP, Health expenditure and GINI index by country

| Country     | No of Workers (Thousands) | OP     | Ratio OP/worker | GDP per capita | Health expenditure | GINI Index |
|-------------|---------------------------|--------|-----------------|----------------|--------------------|------------|
| Nigeria     | 51,778                    | 90     | 575,311         | 1,891          | 68                 | 0.43       |
| Brazil      | 95,333                    | 10,000 | 9,533           | 8,642          | 726                | 0.54       |
| Mexico      | 55,131                    | 255    | 216,200         | 9,287          | 512                | 0.45       |
| CR*         | 5,185                     | 500    | 10,370          | 18,466         | 1,110              | 0.26       |
| Spain       | 23,034                    | 5,500  | 4,188           | 29,600         | 2,655              | 0.35       |
| South Korea | 28,800                    | 540    | 53,350          | 42,908         | 3,500              | 0.31       |
| Italy       | 25,986                    | 9,856  | 2,637           | 32,407         | 2,810              | 0.36       |
| Japan       | 65,639                    | 83,000 | 791             | 48,603         | 5,250              | 0.33       |
| Germany     | 41,542                    | 12,787 | 3,249           | 38,432         | 3,939              | 0.28       |
| Austria     | 4,202                     | 2,000  | 2,101           | 39,384         | 3,753              | 0.28       |
| Australia   | 11,254                    | 270    | 41,681          | 40,095         | 3,308              | 0.33       |
| France      | 26,376                    | 5,694  | 4,632           | 40,144         | 4,649              | 0.29       |
| Finland     | 2,540                     | 2,369  | 1,072           | 40,873         | 3,916              | 0.26       |
| UK          | 34,129                    | 1,207  | 28,276          | 46,372         | 4,549              | 0.35       |
| Israel      | 3,967                     | 90     | 44,078          | 42,912         | 3,218              | 0.35       |
| Netherlands | 8,290                     | 2,400  | 3,454           | 45,079         | 4,575              | 0.29       |
| Sweden      | 4,907                     | 1,262  | 3,888           | 46,946         | 4,117              | 0.27       |
| Denmark     | 2,931                     | 191    | 15,345          | 53,254         | 5,443              | 0.28       |
| USA         | 164,268                   | 4,725  | 34,766          | 57,951         | 9,875              | 0.41       |
| Norway      | 2,523                     | 340    | 7,421           | 85,139         | 6,854              | 0.27       |

Krakov et al.  
Journal of Occupational Medicine and Toxicology (2023) 18:21  
https://doi.org/10.1186/s12995-023-00386-2

**RESEARCH**

## Disparities in occupational health services: an international comparative study

Ayala Olga Krakov<sup>1,2</sup>, Oren Zack<sup>1</sup>, Oren Y. Sagiv<sup>1,2\*</sup>, Dan Slodownik<sup>1,3</sup>, Rachel Raanan<sup>1,4</sup>, Deborah Alperovitch-Najenson<sup>1,5</sup>, Lilah Rinsky-Halivni<sup>6,7,8</sup> and Shlomo Moshe<sup>1,2</sup>

**Abstract**

**Background** Occupational Health Services (OHS) are comprehensive, multidisciplinary services for trained workers, including occupational physicians (OP), whose specialty is focused on work-related health issues.  
**Aims** Our study questions are whether the OP/worker ratio may reflect the scope and availability of OHS.  
**Methods** This comparative study, conducted on globally different OHS, was based on literature reviewed articles published in journals covering topics of occupational medicine and public health parameters on the type and scope of OHS provision.

**Results** We described the number of OP/worker ratio, and the correlation to economic parameters—GDP, health expenditure, Gini Index—GI by country. We found that among countries with a higher than US\$30,000, only three (US, South Korea and Israel) had a very low OP/worker ratio compared to 1:5,000 in other countries). Looking at all the countries together, there was a statistically significant correlation between health expenditure percentage of GDP per capita and OP/worker ratio ( $r_s = -0.54$ ,  $p = 0.01$ ) and a significant positive correlation between GI and OP/worker ratio ( $r_s = 0.47$ ,  $p = 0.04$ ).

**Conclusions** The lesser the percentage of health expenditure of GDP and the subsequent greater general inequality as reflected by the GI, the lower the OP/worker ratio. The data collected in our comparative study show that the OP/worker ratio is a parameter both easy to define and obtain which best represents the status and disparity of OHS in each country.

**Keywords** Occupational health services, Occupational physicians, Disparity in occupational medicine

\* CR Czech Republic, UK United Kingdom, No of Workers—Workers, Labor force by thousands, OP Occupational Physicians, Ratio of Workers per OP, GDP—Gross domestic product—per capita, US\$; Health expenditure—Health expenditure of GDP per capita, US\$

# Rispetto al quadro di riferimento

- E' sempre necessario considerare la SS come strumento di prevenzione
- La SS deve essere condotta secondo i principi etici della MdL !
- Assolve al principio di sussidiarietà all'art. 2087 c.c. per il Datore di Lavoro
- E' necessaria cautela nell'individuazione della modalità (piattaforme digitali ufficiali, procedure ben definite, privacy e consenso/assenso, cipersicurezza, assistenza di altri operatori/terzi, etc ...)
- Il MC deve avere conoscenza dei punti di forza e di debolezza (anche in relazione al lavoratore, al settore produttivo, alla mansione...ecc) e deve averli valutati
- Possono essere individuati eventuali strumenti integrativi (es. questionari, ecc)
- E' necessario approfondire le conoscenze, discuterle e condividerle (tavoli di discussione, BP ...)

# Un esempio (reale) di convocazione per una “televisita” in SS



La televisita è fissata per il giorno mercoledì 15/05/2020 tramite Skype.

Dovrà **videochiamare** all'orario stabilito l'account del Dottore che è il seguente: XXXXXXXXXX

Il recapito telefonico dello studio medico se dovesse avere problemi con la televisita è il seguente: 02 47811111

Si ricorda che al momento della televisita dovrà fornire al dottore i seguenti dati:

- Temperatura corporea
- Pressione arteriosa
- Frequenza cardiaca

N.B= Se ha a disposizione la strumentazione per la misurazione a casa potrà farlo in autonomia, altrimenti dovrà recarsi in farmacia prima di effettuare la televisita.

# DISABILITY MANAGEMENT: IL LAVORO INCLUSIVO

CONVENTION NAZIONALE DEI MEDICI COMPETENTI SIML 2025



Grazie  
dell'attenzione!