

La direttiva europea sul lavoro medico. Lavorare meglio! Lavorare tutti!

2015-11-04 12:11:24 Redazione SI

pubblicato su:
SOS SANITÀ



Marco Geddes da Filicaia

La norma diverrà operativa il prossimo 25 novembre, mentre vige il sostanziale blocco delle assunzioni e in mancanza del rinnovo contrattuale. Solo un corposo e contestuale insieme di iniziative può rendere applicabile la normativa europea senza ridurre i diritti dei pazienti. Ciò comporterebbe un impegno finanziario da parte del Governo per sostenere il Servizio sanitario nazionale. Ma oggi, si legge sui quotidiani, sono previsti ulteriori tagli alla sanità. E allora?

La Direttiva Europea sul lavoro medico, che fissa un tetto massimo all'orario e riposi obbligati[1], è una improvvisa tegola che piomba sul sistema sanitario nazionale! Questa affermazione apparirà – giustamente – paradossale, dato che si sta parlando di una normativa di oltre 12 anni fa (2003/88/CE), recepita già per molte categorie lavorative (Dleg. 66/2003) e rinviata ripetutamente in deroga per i sanitari. Perché quindi definirla una “tegola improvvisa”? Perché risulta assente qualsiasi riflessione sul contesto economico e contrattuale nel quale si colloca la operatività della norma, messa in atto non in base ad una strategia che assicuri una più adeguata organizzazione del lavoro del personale e una sostenibilità delle attività assistenziali, ma quale **tardiva risposta alle ripetute infrazioni alle norme comunitarie**. Pertanto non mi sembra infondata la preoccupazione espressa da Giuseppe Remuzzi sul Corriere della Sera[2] in merito alla necessità di una

applicazione che, nei diversi contesti, tenga conto dei diritti dei pazienti.

La norma infatti diviene operativa dal 25 Novembre, mentre vige il “combinato disposto”, come si suol dire in termini giuridici, del sostanziale blocco delle assunzioni e dell’assenza di un rinnovo contrattuale che riguardi anche le modalità di svolgimento delle attività sanitarie, in termini di orari lavorativi, guardie, reperibilità etc.

Questo quadro è aggravato da una incapacità – anche nel corso di passati decenni – di gestione programmatica degli accessi alla laurea e all’attività professionale; conseguentemente vi è ormai in atto una ondata pensionistica[3], con gravi carenze su vari settori specialistici, fra cui in particolare la chirurgia, l’ortopedia, l’anestesiologia, che condiziona le attività chirurgiche complessive[4]. In tale situazione vi sono **due opzioni** che vengono prospettate, entrambe probabilmente necessarie, ma che presentano evidenti criticità:

La prima opzione è quella di una assunzione di personale che oscilla, secondo le stime, fra le 5.000 nuovi medici, oltre alla stabilizzazione dei precari già esistenti in sanità[5] e le 20.000 unità complessive indicate da Remuzzi nel citato articolo. Tale ipotesi, anche quando superasse le rigidità finanziarie che l’attuale Governo impone – effettuando tagli di finanziamento alle Regioni e quindi al sistema sanitario – avrebbe tempi di attuazione certamente non contestuali alla messa in opera della normativa sugli orari. Non siamo infatti in situazione analoga al settore scolastico, dove si è trattato essenzialmente di stabilizzare precari, ma abbiamo la necessità di tenere conto del carico assistenziale effettivo (in molte realtà siamo privi di indicazioni affidabili), del *turn-over* nelle diverse specialità in relazione ai pensionamenti, di una ridefinizione, nei policlinici universitari, del bilanciamento fra attività didattica e di ricerca e attività assistenziali etc. Solo su tale base si può attivare una adeguata selezione del personale attraverso i meccanismi concorsuali non certo rapidi.

La seconda opzione è quella avanzata sul Corriere della Sera, e cioè “...lasciare che siano i medici e chi dirige gli ospedali a decidere cosa fare in una certa circostanza o in un’altra...”. Al di là della opportunità di un richiamo al buon senso, si tratta in sostanza di fare come si è fatto fino ad ora, affidandosi all’impegno dei professionisti, alla loro buona volontà, con una situazione a macchia di leopardo e con il rischio di sovraccaricare i volenterosi e lasciare – in varie realtà – sacche di inefficienza.

L’unica certezza, a me sembra, è che questa normativa ci trova, pur dopo molti anni, sostanzialmente impreparati e privi anche di una revisione sistematica e aggiornata della letteratura su fatica–rischio in ambito sanitario riferibile alla realtà italiana e di una valutazione delle iniziative da intraprenderle per applicarla correttamente e saggiamente, senza mettere in crisi il sistema sanitario.

Solo qualche elemento per capire la problematica nel suo complesso:

1. **Gli orari di lavoro, contrattuali o effettivi sono in Europa assai diversi. In Italia l'orario è – contrattualmente – di 38 ore** (6,33 in una settimana di 6 giorni lavorati o 7,60 su 5 giorni) a cui vanno sottratte all'attività assistenziale diretta 208 ore annue (4 alla settimana) destinabili alla formazione. In Norvegia (fuori della Comunità) l'orario di lavoro è limitato a 45 – 46 per i giovani medici e a 46 – 47 per i senior, lasciando tuttavia alla contrattazione una eventuale estensione, che la Norwegian Medical Association ha definito, con la controparte, fino a 60 ore settimanali[6]. Nell'ultimo decennio la durata di lavoro dei medici in molti paesi europei è oscillata fra le 50 e le 90 ore settimanali[7].
2. **La letteratura su durata di lavoro e rischio offre alcune indicazioni certe e molte problematiche.** Esiste una recente revisione sistematica della letteratura epidemiologica che evidenzia la relazione fra LWH (Long Working Hours), di più di 48 ore per settimana, con un incremento (*moderate scientific evidence*) del rischio di lesioni e incidenti stradali[8].
3. **Vi sono vari studi che mettono in relazione l'errore medico e la performance con il sovraccarico, in particolare in termini di deprivazione del sonno.** I risultati appaiono consistenti ma, essendo di fonte inglese o americana, le “soglie”, in termini di ore lavorative, sono assai elevate. Ad esempio un aumento di rischio nel lavoro infermieristico è significativo dopo una durata di lavoro superiore alle 12.5 ore continuative; per i medici in formazione la soglia di correlazione con la riduzione della performance è riferita a una reperibilità superiore alle 24 ore[9]. Altri studi evidenziano che un aumento di rischio nelle procedure chirurgiche non è significativo se il chirurgo ha lavorato durante la notte, ma se ha dormito meno di 6 ore[10].

In sostanza l'elemento rilevante è la deprivazione del sonno e su tale problematica – il recupero di riposo dopo l'attività – punta l'attenzione sia la letteratura che la normativa. Assai diversa la realtà negli Stati Uniti dove – ad esempio – le raccomandazioni della Duty Hours Task Force, più che mirare a una riduzione del lavoro settimanale sotto le 80 ore (sic!) dei medici in formazione, pone limiti solo per il primo anno di lavoro, orientando le azioni ad un incremento della supervisione e della complessiva organizzazione[11].

La direttiva europea ha suscitato dibattito e attenzione in altri paesi, e in particolare in Inghilterra, dove il *British Medical Journal* ha promosso, nel 2014, un confronto “*Head To Head – Can doctors be trained in a 48 hour working week?*” da dove emerge anche la preoccupazione che la preparazione di un medico, in particolare chirurgo, possa essere inadeguata se limitata a 48 ore settimanali.

Una più ampia riflessione sull'effetto della normativa europea è stata presentata nel marzo dello scorso anno dall'*Independent Working Times Regulations Taskforce*[12], con un Rapporto che sarebbe opportuno valutare anche in riferimento alla nostra realtà. Le prime raccomandazioni che vengono espresse riguardano alcune questioni che non sono presenti nell'attuale

dibattito nazionale in Italia: la necessità di una revisione delle migliori pratiche nell'organizzazione del lavoro per una loro diffusione e l'avvio di trattative contrattuali.

Tornando alla realtà italiana l'applicazione della normativa dovrebbe essere accompagnata da un patto fra professionisti e servizio sanitario su tre questioni:

1. **Definire una linea guida di applicazione**, che accolga la flessibilità che indicava Giuseppe Remuzzi, per non lasciarla solo all'informale comportamento e buon senso, ma indicando alcuni criteri e alcuni settori di applicazione.
2. **Ripensare la organizzazione del lavoro medico:**
 - l'organizzazione dell'orario di lavoro e la presenza di medici in larghissima prevalenza solo in orario mattutino – un problema presente in molti paesi, ma che raggiunge forme patologiche in molte realtà italiane – è un fattore che determina anche le urgenze in periodo notturno, oltre ad una difficoltà dell'utilizzo delle strutture ospedaliere e di accesso dell'utenza.
 - sperimentare l'affidamento della guardia medica, per alcune specialità (ortopedia, chirurgia generale) agli internisti. E' noto che le urgenze post ortopediche e post chirurgiche sono, in larga parte, di natura internistica e, quando non lo sono, non è il medico di guardia che opera, ma la equipe di reperibilità. In alcuni paesi la presenza del medico in orario notturno è limitata al settore intensivo (e ad alcune specialità), ma per il resto dei reparti viene effettuata dallo staff del pronto soccorso, adeguatamente dimensionato.
 - attuare, in realtà urbane o per ospedali collocati a breve distanza, la reperibilità su più presidi ospedalieri.
3. **Avviare un confronto fra sindacati, Governo e Regioni** per sperimentare queste nuove forme di organizzazione e contestualmente avviare l'immissione di professionisti, medici e infermieri, nel servizio sanitario per adeguarne gli organici.

Solo un corposo e contestuale insieme di iniziative può rendere applicabile la normativa europea senza ridurre i diritti dei pazienti. **Ciò comporta – ovviamente – un impegno finanziario da parte del Governo per sostenere il Servizio Sanitario Nazionale.**

Ma oggi si legge sui quotidiani, sono previsti ulteriori tagli alla sanità. Il Presidente del Consiglio, di fronte allo sconforto delle Regioni avrebbe detto: *“Vi convoco e ci divertiamo”*.

Lui si diventerà, ma i pazienti molto meno!

Bibliografia

1. M. Bocci. [L'addio dei medici alle maratone in ospedale](#). Repubblica.it, 31.10.2015
2. Giuseppe Remuzzi. [Medici e nuovi orari: servono 20 mila assunzioni in più](#). Corriere.it, 01.11.2015
3. Sole 24 Ore Sanità 27 sett. – 3 ott. 2011
4. STUDIO ANAAO ASSOMED. [La programmazione del fabbisogno di personale medico nel decennio 2014-2023: curve di pensionamento, fabbisogni specialistici e numero chiuso per l'accesso alle scuole di Medicina e Chirurgia](#) [PDF: 979 Kb]
5. Massimo Cozza, segretario CGIL medici; *Il Fatto Quotidiano*, 1 novembre 2015.
6. Sir Norman Williams. Chairman of The Independent Working Time Regulations Taskforce to The Department of Health
7. Limb M. [Could UK doctors UK learn from Norwegian doctors' shorter working hours?](#) *BMJ Careers* 12 Dec 2014
8. Rodriguez-Jareno MC et al. [European working time directive and doctors' health: a systematic review of the available epidemiological evidence](#). *BMJ Open* 2014;4:e004916 doi:10.1136/bmjopen-2014-004916
9. Lockley SW et al. Effects of health care provider work hours and sleep deprivation on safety and performance, *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 331: 7-18, 2007.
10. Rotschild JM et al. Risks of Complications by Attending Physicians After Performing Nighttime Procedures. *Jama* 2009; 302, 14: 1565-72.
11. [The ACGME 2011 Duty Hour Standard Enhancing Quality of Care, Supervision and Resident Professional Development](#) [PDF: 961 Kb]. The members of the ACGME Task Force on Quality Care and Professionalism.
12. The Royal College of Surgeons of England. The Implementation of working time directive, and its impact on the NHS and health professionals, March 2014.

- Facebook
- Twitter
- LinkedIn
-