

Orario lavoro e direttiva UE. Remuzzi è male informato

05 NOV - Gentile Direttore,

non voglio certo polemizzare con il Prof. **Remuzzi**, che ha paventato crollo del sistema e negazione dei diritti dei malati applicando la Direttiva europea sull'orario di lavoro. Credo, senza voler essere offensivo, che sia stato male informato. Allo scopo di dissipare i dubbi espressi vorrei ricostruire brevemente l'impianto e le motivazioni della Direttiva europea sull'orario di lavoro e l'azione svolta da Anaa Assomed in questi anni.

In un articolo scritto con il collega **Carlo Palermo** qualche anno fa abbiamo fatto rilevare, analizzando prestigiose riviste statunitensi a firma delle migliori Università ad esempio Harvard, come l'eccesso orario e l'irregolarità dei turni potessero creare dei danni fisici agli operatori di settore ed in analisi più approfondita anche agli utenti cioè ai pazienti.

Danni non da poco studiati col metodo scientifico e verificati con importante significatività statistica. A questo ci siamo attenuti: al metodo scientifico.

Se la Commissione assicurativa/salute danese ha riconosciuto nei turni notturni un fattore di rischio indipendente di neoplasia mammaria nelle donne (a partire da 3 notti il mese) e se questa correlazione indipendente è stata poi confermata dallo IARC di Parigi una qualche domanda ce la si deve pur fare. Siamo medici in un significato omnicomprensivo e dobbiamo tutelare non solo il paziente ma anche noi stessi ed i danni che potremmo fare in condizioni di stanchezza.

In sede europea non si sono svegliati una mattina ed hanno detto beh ora facciamo una legge perché ci piace così ma hanno valutato esattamente gli studi scientifici, ahimè loro prima di noi, ed hanno considerato che vi sono dei limiti oltre i quali l'uomo fallisce in modo più frequente ed evidente. Se citassi il modello dell'errore organizzativo studiato da Reason non farei uno sproposito. Il soggetto medico od infermiere costretto a lavorare in un sistema organizzativo che non tiene conto della natura umana è quindi più facilmente indotto all'errore. Sì ma l'errore non è la tazza rotta o il piattino scheggiato sono vite umane che si spengono.

Uno studio statunitense rileva circa 300.000 errori evitabili gravi/anno che avvengono nelle ore del mattino (tra le 3 e mezza e fine turno), molto spesso per cattiva interpretazione dei dati o di utilizzo dei farmaci, un qualche significato lo dovrà pur avere.

Riconduciamo dunque la cura all'uomo, il paradosso è che ce lo abbiano fatto rilevare i legislatori europei quando invece è nozione pratica comune la fatica incombente dopo una notte insonne con alle spalle anche 19-20 ore di lavoro. Sì perché, anche se virtuosamente ci siamo adattati ai tagli lineari (sic) degli organici per non far mancare ai nostri assistiti le cure, dilatando le ore lavorative, a tutto c'è un limite ed è il limite della natura umana. Allora al posto di negarlo dobbiamo renderlo un punto di forza.

Le catastrofi annunciate nella maggior parte sono esagerazioni vere e proprie.

Nella organizzazione del lavoro su 5 giorni settimanali si tratta solo di spostare circa 3 ore di lavoro nel pomeriggio (per ogni turno di notte) ampliando l'offerta di prestazioni in quelle ore; fatto che si sposa alle indicazioni e richieste regionali. Quindi nessun abbandono nessun malato respinto solo una ragionevole redistribuzione dell'attività lavorativa. Ovviamente nessuno di noi si è mai negato in caso di urgenza od emergenza a sfiorare tali indicazioni.

Un vero paradosso è che mentre il sede europea si provvedeva ad una revisione della Direttiva, appunto nel 2003, in Italia si era da poco recepita quella del 1993 con solo 10 anni di ritardo e si è fatto di tutto negli anni successivi per non applicarla, quando per definizione europea è autoapplicativa. Ovvero non ha necessità che il governo la recepisca per essere vigente nel nostro paese.

Per un'erronea convinzione di comodo dei governi di quel tempo la Direttiva stessa ed il Decreto Legislativo italiano (66/2003) non si sarebbero dovuti applicare al personale del ruolo sanitario. Si sono però dovuti ricredere perché formalmente non era così ed una serie di interventi dell'Ispettorato del Lavoro su segnalazione dei lavoratori l'ha fatto capire. Allora la corsa alla deroga dapprima comprendente tutto il personale sanitario successivamente, nella trasformazione del decreto in Legge, solo quello medico (L 133/2008)

Secondo la Corte di Cassazione la normativa europea sospende le leggi del paese membro (della Comunità europea) Ciascun cittadino di qualsiasi Stato europeo, secondo la Corte di Giustizia europea, che applica le indicazioni della Comunità, ha diritto in qualsiasi paese (sempre della Comunità) allo stesso trattamento di tutela indipendentemente dal recepimento, nel caso specifico, della norma nel paese membro.

Quindi atti "maldestri" che la Commissione europea, su specifica nostra richiesta, ha corretto minacciando di sanzioni il nostro paese. Le deroghe improprie, non previste nella Direttiva con le modalità utilizzate, sono stato un atto di potere o un atto di scarsa conoscenza?

Trovo invece infelice l'espressione finale dell'articolo, che è ad effetto, ma non analizza i fatti in una prospettiva oggettiva: Quale sarebbe l'ipotesi migliore per il malato? Essere visitato/trattato da un medico ubriaco di stanchezza (e dico ubriaco perché a tale condizione viene paragonato in un lavoro di Harvard il medico che sia in servizio da troppe ore) oppure da chi agisca in perfetta efficienza? Efficienza che, come Harvard insegna, comincia pesantemente a scemare dopo sole 12 ore di veglia?

In alcune prestigiose istituzioni statunitensi nel consenso informato dato al paziente ci sono anche i dati relativi alla presenza in servizio di chi ti opererà, visto che anche la manualità e l'attenzione in test simulati si riducono di pari passo con la durata della veglia.

La questione è ben sintetizzata dalla definizione di riposo adeguato che le riporto pari pari: *«riposo adeguato»: il fatto che i lavoratori dispongano di **periodi di riposo regolari**, la cui durata è espressa in unità di tempo, e **sufficientemente lunghi e continui per evitare** che essi, a causa della stanchezza, della fatica o di altri fattori che perturbano l'organizzazione del lavoro, **causino lesioni a sé stessi, ad altri lavoratori o a terzi o danneggino la loro salute, a breve o a lungo termine.** (Art. 2 comma 9, 2003/88 CE)* Questa è una tutela in più anche per i pazienti e non altro. Non è solo ed unicamente un successo sindacale è un successo di tutti nella strada delle tutele perché, e le cito le premesse della Direttiva, ***"Il miglioramento della sicurezza, dell'igiene e della salute dei lavoratori durante il lavoro rappresenta un obiettivo che non può dipendere da considerazioni di carattere puramente economico."***

Non dobbiamo ne possiamo tuttavia dimenticare come la tecnologia e le aspettative dei pazienti e dei loro familiari siano cambiate nel corso degli ultimi 20-30 anni. Nel campo della cardiologia ad esempio si è passati dalla terapia dell'infarto con morfina e la malattia faccia il suo corso (e tanti ne morivano o rimanevano invalidi ma era così e nessuno sia aspettava altro) a riaperture di arterie durante la fase acuta dell'infarto cosa che definisce un differente assetto operativo e di impegno. Disostruire una piccola arteria di notte presuppone sia manualità che freschezza non indispensabili per le cure di un tempo. Altri due dati, che rendono ancor più difficoltosi i turni di guardia, sono l'incremento di richiesta sanitaria h24 con un

volume di accessi un tempo non presente (e basta solo l'arco di una carriera professionale per accorgersene) e dall'altro la senilizzazione del corpo medico.

Se il Prof. Remuzzi avesse piacere potremmo affrontare l'argomento in una tavola rotonda in cui ognuno possa esprimere le proprie convinzioni in un clima propositivo e possa condividere i molteplici dati della ricerca sull'argomento.

Sergio Costantino

Anaa Assomed Fondazione Ca' Granda Policlinico di Milano IRCCS