

Legge 161/2014 Sogno o realtà? Lo stato dell'arte

L'entrata in vigore della legge europea 161/2014, che prevede il riposo di 11 ore tra un turno di lavoro e l'altro dovrebbe regolamentare i turni di lavoro del personale sanitario. Dovrebbe, perché in tutta Italia vi è stata una non omogenea applicazione delle disposizioni vigenti

Ripercorriamo insieme le tappe salienti della vicenda.

In primis l'Unione Europea con la Direttiva 93/104/Ce del 23 novembre 1993 (modificata dalla Direttiva 22 giugno 2000, n. 2000/34/Ce) ha disposto degli standard che uniformassero gli orari di lavoro di tutti i comparti economici.

Successivamente la Direttiva del 4 novembre 2003 n. 2003/88/Ce ha disciplinato alcuni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro in particolare turni di lavoro diurno e notturno, ferie, riposo.

L'attuazione delle direttive europee 93/104/Ce e 2000/34/Ce arriva in Italia con il D.lgs. 66/2003

Con la Legge 244 del 2007 (legge Finanziaria per il 2008) si apporta una modifica al D.lgs. 66/2003, stabilendo che "le disposizioni di cui all'articolo 7 dello stesso decreto legislativo (ovvero quelle sul riposo giornaliero - 11 ore di riposo consecutive ogni ventiquattro ore), non si applicano al personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale, per il quale si fa riferimento alle vigenti disposizioni contrattuali in materia di orario di lavoro, nel rispetto dei principi generali della protezione della sicurezza e della salute dei lavoratori". E ancora il Legislatore nel 2008 (art. 41, co. 13, della L. 133/2008) aveva escluso l'applicazione per i dirigenti sanitari della normativa di legge sull'orario di lavoro contenuta nel D.lgs. n. 66/2003 attuativo delle Direttive europee direttive 93/104/Ce e 2000/34/Ce.

In particolare l'art. 41, comma 13 della legge citata prevede che al personale dirigenziale dell'area sanitaria, in ragione del ruolo professionale ricoperto, non vengano applicate le disposizioni degli articoli 4 e 7 del decreto legislativo 2003, n. 66. La contrattazione collettiva ga-



MARCO DEPLANO
Responsabile
Anaaio Giovani
Sardegna

rantisce che il lavoro sia organizzato in sicurezza e con possibilità di garantire adeguati riposi.

Praticamente venivano disattese le disposizioni europee!

Tuttavia, la Corte di Giustizia Ce ha stabilito che la suddetta esclusione violava la disciplina comunitaria.

Pertanto, lo Stato italiano, con la Legge n. 161/2014, ha stabilito che a decorrere dal 25 novembre 2015 trovano applicazione anche per i dirigenti sanitari i limiti di legge all'orario di lavoro giornaliero e settimanale.

Il mancato rispetto delle disposizioni e dei limiti contenuti nel D.lgs. 66/2003 può determinare l'applicazione delle pesanti sanzioni amministrative a carico dell'Azienda, comminate dai competenti Uffici della Direzione Territoriale del lavoro.

In Italia però ancora oggi, a distanza di anni, tali disposizioni non vengono rispettate omogeneamente.

Perché? Non sono applicabili?

Il rispetto delle normative europee ha

imposto un radicale cambiamento dei turni di lavoro causando notevoli disagi da parte del personale interessato in primis e poi anche dei pazienti perché i servizi assistenziali sono stati sicuramente riorganizzati e purtroppo in molti casi anche sospesi.

L'equazione pochi medici e turni più lunghi e rigidi è un'equazione dal risultato catastrofico per la sanità italiana per altro già colpita in lungo e in largo dal blocco del turnover.

Tale risultato è stato anche messo in evidenza da un'importante ricerca effettuata dalla Fiaso in collaborazione con Cergas e l'Università Bocconi dove si riscontra una strettissima (ma non sempre ovvia) correlazione tra personale, turni di lavoro e servizi erogati. In Italia la presa di coscienza e ancor peggio la messa in pratica della legge in questione è stata confusa e frammentaria.

Di recente è stata pubblicata una classifica nella quale il Ssn è al 4° posto nel mondo in termini di efficienza. Efficienza vuol dire in questo caso rispar-

In questo momento vi è un numero di “camici grigi” (medici nel limbo tra la laurea e la specializzazione) inoccupati che non possono accedere al percorso di formazione specialistica per cui sarebbe auspicabile non l’abolizione del numero chiuso in facoltà ma l’eliminazione dei vincoli per entrare in scuola di specializzazione

mio. Ma a quale prezzo? Personale non adeguato numericamente, risparmio su strumentazione e medicinali.

Purtroppo vi sono molti fattori oltre il rispetto della legge, che negativizzano sia la qualità di vita dei lavoratori del Ssn e la qualità e quantità dei servizi offerti ai pazienti: blocco del turnover, riduzione degli incarichi di struttura, marcato invecchiamento degli organici aziendali. Inizialmente sono stati trovati stratagemmi di fortuna come effettuare turni di 12 ore diurne e notturni di 11, integrando l’orario con prestazioni aggiuntive, inversione di inizio turno e suddivisione per i turni di pronta disponibilità. Per la Sanità Italiana non è sufficiente la sola e mera razionalizzazione di numeri e spese ma è assolutamente necessaria l’adozione di strategie di analisi e intervento non solo strutturali e strumentali ma soprattutto umane. È necessario salvaguardare la funzionalità degli operatori tenendo conto del progressivo invecchiamento del personale in servizio aziendale con l’innalzamento dell’età pensionabile.

È doveroso integrare alla perfezione il rapporto tra sfera privata e lavorativa salvaguardando le esigenze familiari ma anche quelle dell’ambiente di lavoro. Sarebbe basilare valorizzare la specificità del lavoro femminile in sanità. Sarebbe auspicabile migliorare il rapporto operatore/paziente in termini di empowerment e miglior partecipazione alle cure, maggior efficacia terapeutica e riduzione dei contenziosi medico legali magari incrementando e migliorando la comunicazione Aziende sanitarie e mass media.

Si è definito il concetto di Salute Organizzativa come la capacità di un’azienda sanitaria di essere non solo efficace e produttiva ma anche di crescere e svilupparsi promuovendo e mantenendo un livello di benessere fisico e psicologico, alimentando costruttivamente la convivenza sociale di chi vi lavora.

Promozione della salute organizzativa in questi tempi di crisi significa analizzare, gestire e realizzare norme di good practice aziendali atte a migliorare qualità di lavoro, dei servizi erogati evitando malesseri da entrambe le parti, eliminando criticità correggibili.

Lavorare in serenità e sicurezza è fon-



“**Un medico ospedaliero su due supera i limiti di orario previsti dalla legge, fino a 5 notti al mese nel meridione**”

“**Ogni giorno la cronaca mette in evidenza tali aspetti che non sono altro che il manifestarsi di un disagio e malessere psicologici sia di chi lavora sia di chi si rivolge alle aziende sanitarie**”

damentale considerando che l’individuo trascorre a lavoro la maggior parte della sua giornata e se vi sono condizioni di lavoro ottimali la rendita e il profitto saranno maggiori.

Infatti si è notato che nelle aziende dove le condizioni di lavoro sono aumentati il tasso di assenteismo legato a malattia, la demotivazione, il mancato impegno e carenza di fiducia mentre diminuisce la propositività al miglioramento, la qualità dei servizi e le lamentele dei cittadini.

Quotidianamente la cronaca mette in evidenza tali aspetti che non sono altro che il manifestarsi di un disagio e malessere psicologici sia di chi lavora sia di chi si rivolge alle aziende sanitarie.

La riduzione della qualità di vita lavorativa diventa anche onerosa per le aziende sanitarie in quanto sono in primis i lavoratori che contribuiscono attivamente all’organizzazione e al successo dell’azienda.

Non essendo rispettate ovunque le normative europee vigenti in merito ai turni di lavoro e il mancato adeguamento degli stipendi dei dirigenti sta causando un depauperamento delle risorse umane nel Ssn in quanto i medici scelgono di poter gestire il proprio lavoro con adeguate retribuzioni.

Questo aggrava ulteriormente la già precaria situazione del Ssn in quanto spesso e volentieri i medici non vengono sostituiti e chi rimane non viene di certo gratificato... anzi!

Chi rimane spesso deve subire orari di lavoro ai limiti della schizofrenia, con ore in plus non pagate, impossibilità a fruire non solo delle ferie ma anche dei fisiologici riposi.

Ovviamente diventa anche pressoché impossibile potersi aggiornare, formazione professionale obbligatoria per altro. Non sono parole dure buttate a caso perché quotidianamente assistiamo a queste situazioni limite.

Recentemente è balzato alla cronaca il fatto in cui un’azienda sanitaria siciliana ha dovuto risarcire gli eredi di due medici morti a causa del troppo lavoro usurante in impieghi usuranti.

La Corte di Cassazione ha riconosciuto che turni successivi usuranti in ospedali dove vi è carenza organica possono uccidere operatore sanitario e la colpa ri-

cade sul datore di lavoro anche se la parte offesa non presenta ufficiale lamentela. Oppure nel Lazio ben 18 chirurghi hanno presentato denuncia al Tribunale del lavoro per l’inadempienza dei turni di lavoro. Di accadimenti come questi sono centinaia sulla carta stampata immaginiamoci quanti sono realtà. Probabilmente quella conosciuta è la punta dell’iceberg.

Anche l’Anaa ha effettuato uno studio in merito a questa problematica su un campione di mille medici.

Un medico ospedaliero su due supera i limiti di orario previsti dalla legge, fino a 5 notti al mese nel meridione.

I tassi di occupazione dei posti letto elevatissimo con dimissioni spesso affrettate (6 medici su 10) e uno scarso coordinamento ospedale/territorio. Inoltre in molte regioni italiane è stato fatto un processo di riorganizzazione delle aziende sanitarie locali con una centralizzazione dei servizi, chiusura posti letti e addirittura commissariamento con unico comune denominatore che è il risparmio, specie sul personale che si ritrova quotidianamente a sostenere incarichi di lavoro maggiori con minori risorse. L’unica soluzione che permette a lungo termine di garantire prestazioni efficienti e personale adeguatamente riposato per poter lavorare in sicurezza è senza dubbio quella di assumere personale sbloccando il turnover.

Sicuramente saranno necessarie risorse economiche aggiuntive ma a lungo termine si avrà una sanità più efficiente e dunque meno spendiosa.

In questo momento vi è un numero di “camici grigi” (medici nel limbo tra la laurea e la specializzazione) inoccupati che non possono accedere al percorso di formazione specialistica per cui sarebbe auspicabile non l’abolizione del numero chiuso in facoltà ma l’eliminazione dei vincoli per entrare in scuola di specializzazione.

Inoltre incentivi ai medici già operativi affinché non abbandonino il pubblico impiego per andare nel privato.

È auspicabile in tal senso che il Governo prenda provvedimenti urgenti al fine di arginare questo problema che è strettamente collegato ad altri gravi carenze organico-organizzative affinché il SSN torni a nuova vita.