

Orario di lavoro, nuove regole anche contro burnout

Pierluigi Altea

Dallo scorso novembre, finalmente, anche i medici italiani possono godere degli stessi trattamenti riservati ai colleghi europei sull'orario di lavoro. Una conquista che tuttavia sta mettendo in evidenza i limiti dei modelli organizzativi, ma anche la necessità di arruolare nuova forza lavoro da destinare alla macchina ospedaliera



“*L*e disposizioni contenute nella direttiva sull'orario di lavoro 2003/88/CE, che consolida e sostituisce le precedenti direttive 93/104/CE e 2000/34/CE, si applicano anche ai medici in formazione”. È quanto ha chiarito recentemente il ministero della Salute rispondendo a una nota di Anaa-Assomed, l'Associazione medici dirigenti del Ssn, che aveva sollevato il problema. A distanza di pochi mesi dall'entrata in vigore della nuova norma che ha modificato le regole sull'orario di lavoro (vedi box), siamo andati a vedere com'è stata accolta la novità tanto attesa dai medici e quali conseguenze ha generato sull'economia complessiva ospedaliera.

Una norma a tutela dei cittadini

Sulle norme riguardanti l'orario di lavoro dei medici ospedalieri, Anaa-Assomed lavora da lungo tempo, almeno dall'epoca delle scelte politiche introdotte prima dal Governo Prodi, poi da quello Berlusconi su alcuni aspetti della direttiva 88/2003 CE attraverso le quali venivano per legge introdotte deroghe alle tutele disposte dalla normativa europea. «In particolare era derogata la normativa relativa ai riposi – ricorda Carlo Palermo,



Carlo Palermo, vice segretario nazionale vicario di Anaa-Assomed

vice segretario nazionale vicario di Anaa-Assomed – che prevedeva un intervallo di almeno 11 ore tra un turno di lavoro e quello successivo e quella che pone un limite di 48 ore al tempo di lavoro massimo settimanale. Per questo attivammo la Commissione europea, in particolare il commissario per gli Affari Sociali e l'Italia fu messa in infrazione, con la minaccia del ricorso alla Corte dei Conti europea nel caso non fosse stata modificata la normativa: l'obiettivo è stato raggiunto con la legge 161/2014, anche se l'applicazione è stata rimandata di un anno, e l'entrata in vigore di fatto è avvenuta il 25 novembre 2015». La norma tutela i medici, ma soprattutto i cittadini, con una premessa doverosa. «Va segnalata una cosa – spiega Palermo. – Questa norma non ha ridotto l'orario di lavoro dei medici, ma ha portato alla luce quella quantità di lavoro in eccesso svolto dai medici ospedalieri e che noi calcoliamo in circa 10 milioni di ore extra, svolte durante l'anno, ore che mai saranno retribuite o recuperate. Adesso che le timbrature mattino-notte, pomeriggio-notte, notte-mattino non

sono più possibili, e i cittadini sono più tutelati, perché farsi curare da un medico stanco può essere rischioso, il problema sarà come reperire queste ore dall'organizzazione complessiva». È evidente che una norma di questo genere può essere sostenuta solamente incrementando l'organico. Per questo Anaa-Assomed ha calcolato necessaria l'assunzione di almeno 6-7.000 medici. «La questione è stata recepita nella Legge finanziaria – ricorda Palermo. – Quindi è stata presa in considerazione e per noi questo rappresenta un successo, anche se qualcuno può giudicare il fatto di scarsa rilevanza. Il problema è che il sistema di finanziamento è stato demandato alle regioni e a quanto esse potranno destinare della loro parte del Fondo sanitario nazionale; quest'ultimo, però, è già sottodimensionato e se a breve, entro il 2017, non ci sarà un incremento adeguato con finalizzazione anche all'assunzione di medici e di altre figure sanitarie, ovviamente i nostri ospedali non potranno ottemperare alle norme sull'orario di lavoro».

A quel punto, prevede Palermo, il rischio è che si inneschi un meccanismo di denuncia alle Direzioni territoriali del lavoro che, dopo avere controllato i cartellini nelle varie aziende sanitarie e ospedaliere, commineranno le multe a chi di dovere. Si chiede Palermo: «Che cosa sarà meglio fare dunque? Sprecare i soldi pagando le ammende alla Direzione territoriale del lavoro o le sanzioni alla Commissione europea, oppure spendere le poche risorse finanziarie disponibili per risolvere realmente il problema?».

I problemi sul campo e le soluzioni possibili

Prima dell'entrata in vigore della

I LIMITI IMPOSTI DALLA LEGGE

Secondo le nuove norme sull'orario di lavoro entrate in vigore il 25 novembre 2015, il medico non può più superare le 48 ore settimanali calcolate come media in un arco di 4 mesi e comprensive delle ore di straordinario (4 mesi, elevabili a 12 mesi per ragioni eccezionali; lo sfioramento deve però essere comunicato alla Direzione provinciale del lavoro). Lo straordinario è ammesso nel limite massimo di 250 ore annuali. Ogni 24 ore il lavoratore ha diritto a 11 ore di riposo consecutivo. Se il lavoro giornaliero eccede le 6 ore il lavoratore deve beneficiare di pausa non inferiore a 10 minuti. Ogni 7 giorni il lavoratore ha diritto ad almeno 24 ore consecutive di riposo, da cumulare con le ore di riposo giornaliero. Il lavoratore ha poi diritto ad almeno 4 settimane di ferie nell'anno non sostituibili dal pagamento dell'indennità per ferie non godute (salvo risoluzione del rapporto di lavoro). L'orario dei lavoratori notturni non può superare le 8 ore in media nelle 24 ore.

nuova norma sull'orario di lavoro, c'era una certa elasticità negli ospedali. In generale c'era un sovraccarico di lavoro per i medici, i quali spesso ottemperavano a due turni consecutivi senza nessun riposo, lavorando quindi molte ore in più rispetto a quelle contrattuali: una situazione non certo ottimale, perché rendeva meno efficienti i medici, anche se consentiva di erogare i servizi ai pazienti. «Con l'entrata in vigore della normativa, che io trovo assolutamente giusta – dice Roberto Labianca, direttore del Dipartimento provinciale di Oncologia presso l'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo, – si è imposta una serie di vincoli: non si può timbrare oltre un certo numero di ore di lavoro, e si deve avere uno stacco di 11 ore tra un turno e



Abbiamo chiesto a Costanzo Gala, direttore del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera San Paolo di Milano, a quali rischi può andare incontro il medico sottoposto a ritmi di lavoro troppo intensi.

Dottor Gala, innanzitutto, quali ricadute ha avuto, sino a ora, l'applicazione della direttiva europea sull'orario di lavoro?

Da un punto di vista organizzativo, sono state riviste una serie di prestazioni, alcune attività ambulatoriali sono state ridotte, perché non era possibile continuare il lavoro al di là delle ore consentite dalla legge. Tuttavia, da un punto di vista pratico, non abbiamo avuto un peggioramento del servizio nei confronti del paziente: quel che è accaduto, sostanzialmente, è stata una riorganizzazione dello stile di vita di medici e infermieri.

Quindi questo ha portato benefici agli operatori...

Sì, perché questa è una norma che vuole

IL PRIMO PASSO PER EVITARE IL BURNOUT

in qualche modo rispettare la qualità di vita dal punto di vista psicosomatico del personale sanitario. Anche il paziente ne trae giovamento, perché ha a disposizione personale meno stressato e caricato dal punto di vista lavorativo.

A proposito di stress e di burnout, si può fare qualcosa per eliminarlo o è una patologia connaturata al mondo sanitario?

A mio modo di vedere, è in parte connaturata al mondo sanitario, in quanto l'attività sanitaria è un'attività di assistenza a persone sofferenti che richiede impegno e supporto. Il mestiere del medico, come quello dell'infermiere, è a maggior rischio di burnout proprio perché i coinvolgimenti sono decisamente maggiori. In una certa misura, possiamo dire che non è casuale che alcune persone scelgano il mestiere di medico se hanno la possibilità di fare anche altro: dentro di loro già c'è un'attitudine alla relazione di servizio, per cui il tipo di attività lavorativa per loro è coerente con la vocazione personale. La situazione era differente per l'infermiere, che non sempre in passato faceva questo lavoro per scelta, mentre oggi, visto l'iter di studio molto più specializzato a cui è sottoposto, anche per questa figura diventa preponderante l'aspetto vocazionale. La situazione in cui viene a trovarsi sia l'infermiere sia il medico, di fronte alla sofferenza del paziente, mette a dura prova, anche da un punto di vista morale.

Che cosa si può fare per ridurre questo carico emotivo?

Si può innanzitutto agire con un'igiene della vita lavorativa, evitando ritmi lavorativi

stressanti: è un primo passo per scongiurare la sindrome. Sul piano specifico, quello che noi psicologi suggeriamo sono delle esperienze il più possibile in team, in modo che all'interno del gruppo di lavoro ci sia una distribuzione delle responsabilità e delle scelte oltre che una situazione atta a disperdere le tossine dell'eccessivo coinvolgimento. In alcune realtà cliniche più pesanti, con reparti di oncologia oppure, come nel nostro caso, con il reparto carcerario, sono stati messi in atto dei gruppi di supporto psicologico per discutere i momenti di stress del personale medico e paramedico. L'unica possibilità di intervento è dunque offrire uno spazio per condividere queste esperienze stressanti.

Quanto è diffusa questa pratica?

Abbastanza, perché sebbene a livello ospedaliero questo servizio non sia imposto dalla legge, è comunque fortemente richiesto. Sicuramente un miglior stato psicologico del personale ottimizza la relazione con il paziente e anche le possibilità di cura. Per la mia esperienza nelle realtà milanesi, dove è più alto il carico emotivo indotto dagli stati di malattia, è abbastanza diffuso l'intervento di supporto psicologico al personale. Al San Paolo, per esempio, abbiamo un servizio di psicologia che si occupa anche del burnout da pronto soccorso, dove c'è una pressante richiesta di intervento. Insomma, secondo me, oltre che far rispettare le norme sull'orario di lavoro, primo passo per avere un'igiene della vita lavorativa, le direzioni sanitarie dovrebbero proporre anche questo servizio in ogni struttura ospedaliera.

quello successivo. Si tratta sicuramente di una norma corretta, tuttavia, a causa della carenza di organico esistente nei nostri ospedali questo può comportare delle difficoltà; inoltre quel che pesa molto nel lavoro del medico è il sovraccarico burocratico che rischia di

rubare ulteriore tempo ai pazienti». Qual è dunque la soluzione? «La soluzione più logica, quella ottimale, ma anche la più difficile da attuare – afferma Labianca – sarebbe l'assunzione di nuovo personale. Tuttavia ci sono alternative: per alcune

attività, per esempio quella oncologia o per le cure palliative, dove c'è un forte coinvolgimento psicologico e sociale, si potrebbero attivare borse di studio, contratti per giovani medici che già vengono attuati ma che dovrebbero essere potenziati. L'altra



Roberto Labianca, direttore del Dipartimento provinciale di Oncologia presso l'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo

soluzione è quella di essere più rigidi sull'accoglienza dei nuovi pazienti». E puntare di più sul medico di medicina generale, potrebbe essere un'altra soluzione valida? «Sì – chiarisce Labianca – soprattutto in alcuni ambiti, come quello oncologico, dove anche noi in effetti stiamo cercando di spostare i controlli dei pazienti con una storia di tumore alla mammella o al colon, dall'ospedale al medico di famiglia, liberando così risorse da destinare ad altri malati. Questa alternativa, molto ragionevole, peraltro condivisa dalle società scientifiche, però non è così facile d'applicare. La mia speranza è che le difficoltà che incontreremo nell'applicazione di questa norma, di per sé giusta, spingano tutti i soggetti coinvolti, medici, amministrazioni locali e regionali, a essere più creativi e collaboranti, così da trovare insieme una soluzione che porterà benefici, ne sono certo, ai medici del Ssn, ma soprattutto ai pazienti». ■



I SERVIZI OSPEDALIERI, GIÀ RIDOTTI ALL'OSSO

Per alleggerire il carico di lavoro ospedaliero e ridurre il fabbisogno di ore di lavoro in capo ai medici, si potrebbe deviare parte dei pazienti sul territorio? Secondo Anaa-Assomed, questa è una soluzione impraticabile.

«In Italia, i posti letto per acuti (3,4 ogni mille abitanti) sono tra i più bassi d'Europa – chiosa Carlo Palermo, vicesegretario nazionale di Anaa-Assomed. – Siamo agli ultimi posti nella classifica, molto distanti da Paesi come la Germania che di posti letto ne ha 8 ogni mille abitanti, dall'Austria che ne conta 7 ogni mille abitanti, ma anche dai 6 della Francia, mentre la Svizzera ne ha 5 di posti letto per ogni mille abitanti». In Italia, il livello di disponibilità dei posti letto, dunque, è al limite. Lo si riscontra anche quando c'è un evento di interesse epidemiologico che incrementa l'accesso dei pazienti al pronto soccorso e l'ospedale va in tilt. «L'altro elemento, spesso dimenticato – aggiunge Palermo – è che i pazienti ospedalieri sono e saranno sempre di più nei prossimi anni: pazienti anziani, affetti da polipatologie, disabili, fragili che richiedono in caso di instabilizzazione clinica una struttura di cura e di assistenza difficilmente disponibile sul territorio». Semmai, ammette Palermo, andrebbe costruita una rete di cure intermedie, così da favorire il flusso dei pazienti dall'ospedale al territorio, cosa però non facile da realizzare nell'immediato. «Come dotazione di servizi ospedalieri non possiamo scendere al di sotto del livello attuale – dice. – Piuttosto dovremmo pensare a un incremento, soprattutto dei posti letto nell'area medica, quantomeno per avvicinarci ai dati europei, pur sapendo che il nostro Ssn ha una forma di finanziamento diverso dagli altri e dunque non sempre è facile fare confronti».