

27/02/2019 Ordine medici di Bologna

Stati generali della professione medica

Dr. ssa Mirka Cocconcelli, Chirurgo ortopedico

Non possiamo nasconderci dietro un dito: bisogna avere il coraggio e l'onestà intellettuale di ripensare il ruolo del medico del XXI secolo, non solo sul piano puramente scientifico ma anche e soprattutto "etico, clinico, professionale" perché la crisi del medico e della medicina non è settoriale, ma strutturale.

Lo sfascio iniziò nel 1992 quando gli ospedali vennero trasformati in "Aziende", aziende che dovevano produrre profitti, mentre la mission del Sistema Sanitario era e deve essere la qualità delle cure erogate e non la quantità delle stesse.

E' necessario fare "un mea culpa" perché abbiamo tollerato che la medicina venisse volgarizzata a semplice merce di consumo da acquistare liberamente nei vari supermarket della salute.

Oggi il lavoro dei medici viene considerato un disvalore, un costo da abbattere e anche noi siamo corresponsabili di questo progressivo declino che ha permesso la proletarizzazione dell'intera categoria ed abbiamo assistito catatonici alla progressiva illegittima sostituzione dei medici con altri professionisti, a costo unitario più basso (1 medico costa come 2 IP), sacrificati sull'altare della logica del pareggio di bilancio e del più bieco aziendalismo.

Il grande bluff dell'aziendalizzazione è sotto gli occhi di tutti e con amarezza subiamo passivamente lo shift di competenze professionali e incarichi gestionali, mentre l'antica ars medica si è trasformata in subdola medicina amministrata da tecnocrati e lineaguidari che ben poco hanno a che fare con il miglioramento della qualità di cura.

La realtà desolante è che abbiamo perso ogni potere negoziale, siamo subordinati ai vertici aziendali o regionali ed il futuro che ci si prospetta è un mare tempestoso, ma l'onda o si surfa oppure ne rimarremo travolti.

E' arrivato il tempo di una santa alleanza fra professionisti della salute e malati, perché noi siamo il SSN e finora, noi, abbiamo garantito un adeguato standard di salute a tutti i cittadini, nonostante il blocco del turn over, i turni massacranti, i contratti co-co-co, le campagne mediatiche che ci dipingevano alla stregua di serial killer in servizio permanente effettivo e vittime, spesso innocenti, di liti temerariamente intraprese da loschi individui che speculavano sulla nostra

professione.

Non sono abituata a piangermi addosso, ma mi chiedo e vi chiedo, quale Azienda con 653.352 dipendenti (dati 2015, contro i 663.793 del 2014 Qs 19.1.2019, http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=47078) agisce per anni, solo sui costi generali e non si interessa alle condizioni di lavoro ed alla “soddisfazione” dei propri dipendenti?

La politica deve capire che è prioritario incentivare il capitale professionale sanitario, mentre attualmente ci demotiva, con stipendi bloccati, con il peggioramento delle condizioni lavorative, con una vistosa emorragia nelle dotazioni organiche e con medici ed infermieri affetti da burn out!

Ora basta, siamo stanchi di metterci quotidianamente la faccia (*come denunciavi in una lettera inviata a Qs del 31.07.2015* http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=30354 e del 12.12.2017

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=568839) a fronte di cronici disservizi da noi non voluti, ma subiti.

E ‘ indispensabile far risorgere una professione che è stata umiliata per troppi decenni da “ pseudo-esperti illuminati” e “lineaguidari” dell’ultima ora che ci insegnano come si deve curare un malato.

Prioritario non è il paziente al centro del sistema, ma è la relazione medico-paz. che deve ritornare al centro della sanità ed allora è giunto il tempo di migliorare il rapporto empatico fra noi ed il malato.

Tim Cook, Ceo di Apple, in un suo intervento ai giovani del Mit affermava: "*Non ho paura delle macchine che pensano come l'uomo, ma degli uomini che si riducono a pensare come automi trascurando valori e compassione*".

E' indispensabile che il mondo medico ritrovi la spinta, lo spirito, l'orgoglio di agire e appartenere ad una categoria e sono convinta che si debba rilanciare con forza la cultura del concetto di tempo clinico, ossia io voglio riappropriarmi di tutto il tempo necessario per instaurare una relazione di fiducia tra la persona che ha un problema di salute e quella che la deve curare. Basta con i tempari decisi a tavolino dall'amministrativo di turno che mi obbligano a eseguire una visita ortopedica ogni 15 minuti. Siamo solo noi a decidere quanto tempo dobbiamo impiegare per la valutazione clinica del malato perchè il numero di visite erogabili in 1 ora è in funzione del tipo e dalla complessità del paziente che ho di fronte.

Voglio ripartire dalla mia professionalità, voglio riprendermi il mio tempo ed il tempo

da dedicare al paz., non sono un medico centometrista, ma sono un medico fondista, un maratoneta della salute. Non mi interessa quanti pazienti faccio in un ora, ma come li faccio; la qualità al posto della quantità!

La medicina è una cosa seria, non è una catena di montaggio ed il malato non è un pezzo meccanico ma è una persona che va considerata e rispettata come tale, per questo dobbiamo restituire la sanità ai medici ed i medici alla sanità.

La relazione medico-paziente è fatta di disposizione all'ascolto, di comunicazione efficace e comprensiva, di atteggiamento empatico, dove la burocrazia e l'economicismo non possono e non devono sostituirsi al tempo di cura.

Nel rapporto medico-paziente non voglio essere cronometrata! Non voglio avere l'ansia da prestazione!

Voglio una sanità in cui ai medici venga riconosciuto il posto che meritano perché siamo pur sempre quelli deputati a far diagnosi e terapia quotidianamente. **Basta, con il dogma di una medicina, irragionevolmente, onnipotente e con l'idea che la malattia sia una ingiustizia gratuita che il medico deve debellare comunque !!**

E' indispensabile che le nostre associazioni ritornino a mettere al centro dell'agenda la qualità della cura, il valore intrinseco dell'atto professionale e il senso di sicurezza sociale che caratterizza l'ars medica. Quando si parla di salute, noi siamo i professionisti dell'assistenza, noi siamo i portatori di un bagaglio enorme di competenze ed esperienze che devono essere utilizzate per una rinnovata governance sanitaria.

Il governo del cambiamento spetta a noi ed è ora di finirla con leggi e regolamenti fatti senza interpellarci e subiti passivamente.

Il medico deve ritornare ad essere protagonista del cambiamento, deve esserne il primo attore e non semplice comparsa dietro le quinte, ma per affrontare le sfide del terzo millennio è indispensabile avere una tattica ed una strategia ed è fondamentale conoscere quali siano gli elementi di criticità che determinano la variegata e complessa "questione medica".

Io ho individuati 10 criticità:

1) **Io rivendico di non essere un medico M.P.M. (Medico Proceduralmente Modificato)**. Sono anni che tutti sono autorizzati ad insegnarci come dobbiamo curare e siamo preda di inadeguati lineaguidari che limitano fortemente la mia autonomia professionale, sacrificandola sull'altare di una inadeguata appropriatezza

che danneggia il malato e ingabbia il medico.

I lineaguidari mi soffocano, odio la medicina amministrata, con una tirannia delle linee guida al servizio di un economicismo esasperato che cozza con l'effettivo soddisfacimento terapeutico del medico e delle necessità cliniche del malato.

Linee guida spesso redatte da pseudo-associazioni autoproclamate autorevoli, spesso in competizione con le mie società scientifiche, non considerando il fatto che le Lg si applicano ex ante, non rispettando l'unicità del caso clinico reale.

E' ora di capire se è il medico che dipende dalle Lg o le Lg che dipendono dal medico? Io credo nell'autonomia professionale del medico e odio l'autoritarismo dei lineaguidari, sapendo che le Lg non possono comprendere le multiformi situazioni cliniche in cui, io chirurgo, mi vengo quotidianamente a trovare.

Colleghi, nel Dna umano sono presenti 20-22.000 geni, con 10 Mln di polimorfismi presenti, vi chiedo come sia possibile standardizzare tutto?

Ogni paziente è un unicum e recenti sentenze della Corte di Cassazione ridimensionano le LG, nei giudizi di responsabilità medica, affermando che :

”... una condotta può essere diligente anche se non si attiene alle LG e può non esserlo anche se vi si attiene, quando le particolarità del caso di specie impongono di agire in tal modo” (Sent.n.30998/2018 Corte Cassazione).

A ciò aggiungo che il PG della Corte dei Conti, Alberto Avoli, alla cerimonia inaugurale dell'anno giudiziario 2019 ha affermato: “L’Azione terapeutica per la sua complessità è difficilmente riconducibile alla rigidità di schemi cogenti quali le linee guida bollinate, ma il parametro deve essere quello della buona pratica terapeutica, all’interno della quale collocare la linea guida” (Roma, 15.02.2019, Relazione alla Cerimonia inaugurazione anno giudiziario 2019, pg.28-29); sbugiardando clamorosamente la Legge 24 Gelli-Bianco(www.quotidianosanita.it/emilia_romagna/articolo.php?articolo_id=44771)

Mi oppongo fermamente all'idea che i lineaguidari diventino i nostri amministratori di sostegno, relegandoci a meri esecutori di atti imposti da altri, in virtù di una assurda idea di una medicina autoritaria e amministrata che il malato non l'ha mai visto, nemmeno dipinto!

Io rivendico di avere la possibilità di curare il malato secondo scienza e coscienza, buon senso, esperienza, evidenza, metodo, risorse, insomma alla vecchia maniera “ippocratica” e come ci è stato insegnato dai nostri maestri, in primis il Prof. Boccanera, Prof. Perugia, Prof. Pipino, Prof. Giunti, Prof. Fontanesi, Prof. Marcacci, etc!

Tra un medico "lineguidato" e "amministrato", io scelgo il medico neo-ippocratico e "pro-eretico", come lo definisce Cavicchi, nel senso di "colui che sceglie", ossia il medico che è capace di scegliere ciò che è giusto, nell'esclusivo interesse del malato.

2) Sono decenni che parliamo di aumento spropositato del contenzioso giudiziario, risultato: aumento esponenziale dei premi assicurativi e della medicina difensiva, con carenza di specialisti nelle branche chirurgiche. La cultura della perenne ricerca del colpevole non porterà da nessuna parte perchè il vero colpevole è il sistema organizzativo inadeguato che consente condizioni lavorative usuranti che ti inducono in errore.

E' facile giudicare a mente fredda, ex post l'operato di un collega, senza peraltro aver mai preso in mano un bisturi ed è altrettanto facile prendere decisioni "al caldo" di uno studio, con tutto il tempo e tutta la bibliografia a disposizione, senza l'assillo di far presto, perchè decidere in urgenza ed in pochi minuti è quello che ci viene richiesto quotidianamente e, spesso, lo scopri solo dopo, se hai agito per il meglio!

Nel 2017 le spese legali da contenzioso sanitario ammontavano a 175 milioni di euro, 480.000 euro al dì (*Roma, 3 apr. 2018, AdnKronos Salute*).

Certo, voi mi eccepite, ma se il chirurgo è innocente, qual'è il problema, lo proverà in sede di giudizio. Sì colleghi, ma niente sarà più come prima .

I chirurghi sono terrorizzati da cause legali, Pierluigi Marini (Pres. Acoi, Ass.chirurghi osp.) afferma: "Quest'anno al concorso per la specializzazione, a fronte di 16.000 laureati in Medicina, meno di 90 hanno indicato chirurgia generale, come prima scelta, lasciando scoperti 270 posti (*Chiara Daina, il Fatto del 1.1.2019*).

Michele Saccomanno, Presidente della Nuova Ascoti (Sindacato degli ortopedici e traumatologi italiani) dichiara che gli ortopedici sono una razza in via di estinzione (*Ansa 09.02.2018*) concetto ribadito da Maurizio Righetti che dichiara: "**L'ortopedia? Potrebbe sparire per denuncia**" (10.07.2017).

L'ortopedia fa paura per colpa dello "stress da denunce facili": su circa 7.000 professionisti attivi in tutto il Paese pendono oltre 2.000 denunce per presunti errori e si assiste ad una fuga dei giovani medici dalle scuole di specializzazione; quest'anno sono 187 i posti disponibili per aspiranti ortopedici ma, molti, sono rimasti scoperti.

Negli ultimi 15 anni i contenziosi medico-legali sono cresciuti del 255 per cento e ogni anno vengono depositate in tutto il Paese circa 18.000 cause di responsabilità professionale, mentre sono circa cinquemila i siti internet che offrono assistenza

legale ai pazienti per casi di presunta “malpractice”. Così, nonostante l'80 per cento delle accuse finisca per decadere, fare il chirurgo è ormai diventata una professione “pericolosa”; in vent'anni di carriera quattro medici su cinque devono fronteggiare una denuncia e finiscono per trascorrere un quinto del loro tempo a barcamenarsi fra carte bollate e processi. L'unità operativa con richieste di risarcimento danni maggiore rimane quella di Ortopedia e Traumatologia (14,9%), seguita da Ostetricia e Ginecologia (11,4%), Chirurgia Generale (11,3), Pronto Soccorso (9,5%) (giovedì 14 giugno 2018 14.34 - Notizie Di Adele Lapertosa - Fonte Ansa).

A mio avviso anche la tendenza alle “denunce facili” è il segno di un momento difficile nel rapporto medico-paziente perchè abbiamo fatto credere ad una medicina miracolistica/onnipotente che non esiste ed a questa problematica deve necessariamente fornire una risposta la Federazione e le Associazioni di categoria perché nel diritto alla salute non rientra il diritto all'immortalità! L'opinione pubblica non può ritenere che alla base di qualsiasi evento imprevisto ci sia, sempre e comunque, una colpa sanitaria e deve passare il concetto che nel 2019 si nasce, ci si ammala e si muore e le complicanze/insuccessi fanno parte integrante del percorso di cura.

Il Registro implantologico protesico dell'Emilia-Romagna che analizza le protesi d'anca impiantate dal 2000 al 2012, evidenzia che su 74.161 protesi d'anca, si sono verificate: "154 paralisi di sciatico e 843 ematomi, pari rispettivamente allo 0.2% e 1,1 % di complicanze locali". Non necessariamente vi sono stati 154 ortopedici imperiti, negligenti, imprudenti che hanno lesionato il nervo sciatico; ma sono complicanze insite nell'intervento stesso.

Complicanze prevedibili, ma imprevedibili !!!!! Non vogliamo complicanze, bene, azzeriamo gli interventi chirurgici in quanto non conosco interventi senza possibili complicanze e/o insuccessi.

Su un totale di circa tre milioni di prestazioni ortopediche eseguite a Roma, dal 2008 al 2011, sono stati riconosciuti colpevoli di un errore medico 69 ortopedici - spiega Nicola Pace, Co-presidente del Congresso e primario di Ortopedia all'Ospedale Civile di Jesi .

Tiziana Siciliano, Procuratore aggiunto del Tribunale di Milano ha affermato: **” Negli uffici dei pm milanesi arrivano troppe denunce nei confronti dei medici, in pratica 300 fascicoli iscritti nel 2017, in pratica ogni giorno viene intentata una causa penale a carico di un medico. E' il segnale di una patologia.”** (Martedì 9 ottobre 2018 11.44 -di Igor Greganti – Fonte Ansa Italia).

Mi chiedo e vi chiedo se questa non è una questione medica, quale altra lo sia ?

3) Sono anni che affermiamo che gli specialisti sono una razza in via di estinzione e nulla abbiamo fatto per contrastare l'emorragia' di 45.000 medici in 5 aa. Allarme ancora maggiore a 10 anni, quando si pensioneranno 33.392 medici di base e 47.284 medici ospedalieri, per un totale di 80.676 (*Scotti, Federazione medici di medicina generale e Troise, sindacato dei medici dirigenti Anaa 09.02.2018*).

"Nei prossimi cinque-otto anni 14 milioni di cittadini verranno privati del MMG". Lo afferma il segretario nazionale della Federazione italiana dei medici di medicina generale (Fimmg), Silvestro Scotti.

L'Anaa lancia l'allarme e fra le Regioni più colpite dalla mancanza di specialisti ci saranno Piemonte, Toscana, Emilia-Romagna, Veneto, con chiare ripercussioni sull'attività assistenziale e sulle liste d'attesa (*Roma, 7 gen. 2019, AdnKronos Salute*) e con conseguente chiusura di reparti e di piccoli ospedali, posti in zone disagiate, dove rappresentano l'unico presidio sanitario.

Il fenomeno sta assumendo dimensioni preoccupanti, coinvolgendo le UO di : Emergenza/urgenza (-4.180), Pediatria (-3.323), Anestesia e rianimazione (-1.395), Chirurgia generale (-1.274), Ginecologia (-644), Ortopedia (-409) (*Anaa, Roma, 07.01.2019 AdnKronos Salute*).

Dal 2018 al 2025, in Emilia-Romagna, mancheranno oltre 700 medici, 145 cardiologi, 238 internisti, 95 pediatri, 96 psichiatri, 91 radiologi e 65 ortopedici (*Resto del Carlino, Bologna 13.11.2018, 26.1.2019*).

Nicolini DG dell'Asl di RE e Vicepresidente della Fed. italiana aziende sanitarie denuncia l'assenza di 10 ortopedici presso l'Osp. di S. Maria Nuova (*Resto del Carlino, Naz. pg 21, 26/01/2019*) ed al Maggiore di Bologna è stato richiamato in servizio di consulenza l'ex Primario ortopedico di Vergato, in pensione. Ester Pasetti, Segr. Gen. Anaa ribadisce: *"...Anche a voler assumere, gli specialisti non ci sono per una programmazione scellerata dei decenni precedenti "*, concetto ribadito anche dall'Ass. Venturi che ammette : *" ...abbiamo concorsi negli ospedali che vanno deserti, o con meno partecipanti delle esigenze, con ricorso ai gettonisti" (Carlino naz. pg. 21, 26/01/2019)*.

Il 16 marzo 2018 Paolo Scollo, Direttore della Ginecologia dell'Ospedale Cannizzaro di Catania e Past president Sigo (Società italiana di ginecologia e ostetricia) ha dichiarato che la Sigo è stata contattata dalla Regione Emilia Romagna per sapere se c'erano specialisti disposti ad andare al Nord, con assunzione diretta. *"Una richiesta che abbiamo girato a tutti i primari di ginecologia d'Italia"* e, aggiunge, *"...a un*

recente concorso per un posto a tempo indeterminato per un ginecologo, su 28 domande si sono presentati in due".(Cannizzaro, Roma, 16 marzo 2018, AdnKronos Salute)

A questo aggiungiamoci la carenza di vocazioni, testimoniata dal recente censimento ALS (Associazione Liberi Specializzandi) e pubblicata lo scorso ottobre. Da tali dati emerge come alcune specialità chirurgiche risultano scarsamente appetibili, come ad esempio chirurgia toracica (assegnate il 15,1% delle borse), chirurgia generale (assegnato il 31%), chirurgia vascolare (assegnato il 34,4%) e ortopedia e traumatologia (assegnato il 47,2%), medicina d'urgenza riportava infatti una percentuale di assegnazione del 32,8% e anestesia e rianimazione del 40,2%. Risultavano invece da tempo saturati al 100% i posti in chirurgia plastica, dermatologia, oculistica, endocrinologia, pediatria, oftalmologia e cardiologia, discipline che aprono sbocchi di carriera anche sul territorio e nel privato, con prospettiva di maggior guadagno e di una migliore qualità di vita

L'Ulss di Treviso, tramite la Camera di Commercio, ha cercato, in Romania, Polonia e Ungheria, medici disponibili a lavorare in Veneto; ebbene, hanno risposto picche, perché l'Italia oggi non è appetibile. In Francia, il primo stipendio mensile, in un ospedale pubblico è 5.500 euro, con una tassazione inferiore alla nostra" (Adn Kronos, Lunedì 07 GENNAIO 2019)

4) Sono anni che parliamo di contratti bloccati nella PA, risultato: nascita di cooperative che schiavizzano e precarizzano i medici nell'ottica di un nuovo caporalato 4.0 e conseguente fuga di giovani specialisti all'estero, quando per formare un medico lo Stato spende circa 200.000 euro, il costo di una Ferrari!

I figli dell'Erasmus e della Information technology scelgono di abbandonare un paese che li sottopaga, che li coinvolge nel quotidiano tritacarne mediatico delle denunce arbitrarie, senza prospettive future di carriera e sottomessi ai vari tecnocrati,

5) Sono anni che parliamo di inadeguata formazione medica specialistica quando sarebbe indispensabile incrementare i finanziamenti per le assunzioni ed attivare i diversi miliardi di risparmi effettuati dalle Regioni nell'ultimo decennio. Per quanto attiene la formazione post laurea, oltre ad incrementare ad almeno 10.000 i contratti annuali, è arrivato il momento di una riforma globale attraverso un contratto di formazione/lavoro da svolgere fin dal primo anno di specialità in una rete di ospedali di insegnamento che non siano solo le cliniche universitarie.

L'attuale formazione specialistica è inadeguata rispetto agli altri Paesi Europei ed occorre apportare modifiche all'impianto legislativo del D.lgs. 368/99 in cui risulti evidente un coinvolgimento equo tra Università e Ospedali nel percorso formativo

dello specializzando,

6) Sono anni che parliamo di burocratizzazione eccessiva della professione medica che ha ridotto il medico ad un semplice “Monsieur Travet”. Questo tipo di politica gestionale ha portato a dequalificare il personale dell’equipe sanitaria, altamente specializzato, che deve farsi carico di mansioni non inerenti alle proprie qualifiche, impoverendo il tempo dedicato alla cura, creando frustrazioni e demotivazioni, legate alla dequalificazione professionale,

7) Sono anni che i medici ospedalieri firmano un assegno da 500 mln di euro che rappresenta il valore di 15 mln.di ore annue di straordinario non pagato,

8) Sono anni che firmiamo una cambiale da 1 MLD di euro che corrisponde al blocco del turn-over che ha comportato una età media dei dirigenti medici di 54 aa; già nel 2015, il 67% dei medici dipendenti aveva più di 50 anni,

Il blocco del turnover, introdotto con la Legge n.296 del 2006, ha determinato una carenza nelle dotazioni organiche di circa 10 mila medici, con crescenti difficoltà a coprire i turni di guardia, sperando che nessuno si ammali o vada in gravidanza,

9) Sono anni che denunciemo i turni massacranti dei pochi medici rimasti, costretti a lavorare contravvenendo alle norme di sicurezza sui luoghi di lavoro e sul mancato rispetto del riposo compensativo (*Secondo Carmine Gigli, Fesmed, "lavoriamo con difficoltà crescenti, i turni superano le 48 ore continuative che sono assolutamente fuori legge, senza nessun rispetto per il riposo, abbiamo centinaia di giorni di ferie che non possono essere godute. (23 nov2018, AdnKronos Salute).*

Ogni turno di lavoro dovrebbe rispettare il riposo giornaliero (11 ore di riposo nelle 24 ore tra un turno e l’altro) e il riposo settimanale (35 ore cioè 24 +11 perché un diritto – **il riposo settimanale di 24 ore** – non può assorbire un altro diritto – **le 11 ore di riposo giornaliero**).

Vi chiedo quando mai ci si attiene a queste direttive?

In aggiunta, da giugno 2008, per la sola dirigenza sanitaria del SSN, è possibile derogare la durata massima di 48 ore dell’orario settimanale di lavoro (l’articolo 41 riguarda solo la dirigenza sanitaria) e il riposo giornaliero di 11 ore, ogni 24 lavorate. Queste deroghe, inserite sia dal governo di centrosinistra (governo Prodi) che di centrodestra (governo Berlusconi), sono servite a evitare le sanzioni amministrative legate ai sempre più scarni organici delle aziende sanitarie che non consentivano il rispetto della normativa comunitaria. Ma io mi chiedo perchè la classe medica deve massacrarsi oltre le 48 ore settimanali a fronte di sicure denunce e nessuna gratificazione economica/professionale?

10) Sono anni che chiediamo ci venga riconosciuta l'attività usurante, considerato che affrontiamo analoghi rischi e difficoltà delle professioni infermieristiche ed ostetriche, già incluse nel Decreto Ministeriale del 5 febbraio 2018 e che individua le 15 categorie di lavoratori che svolgono una attività “gravosa”.

Il riconoscimento dell'attività usurante è una questione medica che va risolta!

Ci sono innumerevoli studi scientifici che motivano l'ampliamento del riconoscimento di “lavoro gravoso” anche ai medici turnisti.

Non è un caso se, quasi un medico su due è colpito dalla 'sindrome del burnout', da stress, stanchezza, ansia e depressione (*indagine, 'Medscape National Physician Burnout, Report 2019', realizzata del portale scientifico online 'Medscape' su un campione di 15.069 dottori di 29 specialità diverse tra fine luglio e metà ottobre 2018 AdnKronos Salute*).

In uno studio della Consulta Interassociativa della Prevenzione (CIIP) viene precisato che i medici, con turni di lunga durata (24 ore e più) incorrono in un aumento degli errori :” *Una riduzione della memoria ,una riduzione della capacità di concentrazione, un incremento della sonnolenza in fase diurna, un incremento dello stress conseguente alla carenza di riposo, difficoltà a riadattarsi al normale alternarsi del ritmo sonno-veglia nei giorni di riposo, disturbi digestivi e malattie gastroenteriche, malattie cardiovascolari ed una riduzione dell'attenzione.*” (*Lokley et al. NEMJ 2004*).

Reason scriveva che gli uomini sono fallaci ed errori si verificano anche nelle migliori organizzazioni, **non potendo cambiare la condizione umana, però possiamo cambiare le condizioni in cui gli uomini lavorano!**

Non dimentichiamoci, poi, che tutti i lavoratori della sanità oltre agli specifici rischi collegati alla Sindrome del turnista sono sottoposti ad “umiliazioni, aggressioni fisiche e verbali” per cui è ancora più evidente la “gravosità” della loro attività ed il datore di lavoro è tenuto a valutare i rischi a cui è sottoposto il personale sanitario nell'espletamento delle proprie mansioni e ad adottare le misure di sicurezza idonee a garantirne l'integrità psico-fisica, attraverso una valutazione dei carichi di lavoro conformi alle regole in vigore e rispettose delle esigenze fisiche dei lavoratori.

(*Dott.Domenico Della Porta Docente Medicina del Lavoro Università Telematica Internazionale Uninettuno – Roma,Presidente Osservatorio Nazionale Malattie Occupazionali e Ambientali Università degli Studi Salerno*)

Concludo con uno studio di 2 ricercatori americani della Harvard Business University (Bob Kaplan e Robert Haas, articolo pubblicato sulla rivista Harvard Business Review, con il titolo provocatorio “How not to cut health costs”, febbraio 2016) che hanno stilato un vero e proprio vademecum sui 4 errori che vengono commessi da manager e amministratori nel

tentativo di contenere la spesa sanitaria:

L'indagine dei due ricercatori di Harvard è stata condotta con la collaborazione di cinquanta strutture ospedaliere tra le più qualificate degli Stati Uniti, oltre la collaborazione e la supervisione di validi professionisti sanitari europei.

Primo errore: i tagli al personale sanitario ed il blocco degli stipendi

Secondo errore: disinvestire nello spazio e nelle attrezzature ospedaliere, con chiusura di reparti

Terzo errore: stretta sugli appalti e i prezzi. Il prezzo minore può non rappresentare la soluzione migliore in termini di qualità e di soddisfazione del paziente e del medico stesso.

Quarto errore: massimizzare il numero dei pazienti. Gli autori affermano che non può essere applicato il target quantitativo della produttività industriale alle prestazioni sanitarie e ribadiscono che la produttività di un medico non può essere valutata in base al numero di persone visitate, ma in base alla qualità delle cure prestate ed in base ai risultati ottenuti.

I vari amministratori e politici che si sono succeduti dal 1992 questi 4 errori li hanno commessi tutti!!

Per risolvere la questione medica è indispensabile continuare a combattere, per far valere le nostre idee ed i nostri diritti, perché se è vero che quelli che combattono non sempre vincono, ma è altrettanto vero che quelli che vincono sono sempre quelli che combattono!