

Il medico viene spesso visto come capro espiatorio, ma non è così: ecco perché

La sanità che non funziona si trova dietro i paraventi



Al medico viene incessantemente richiesto di migliorare la qualità delle prestazioni, ridurre i tempi di attesa, diminuire i costi. Il medico ha al centro del suo ruolo il benessere dell'uomo e la sua salute, ne ha la responsabilità morale e di fronte alla legge, dal concepimento al fine vita. Al medico viene chiesto di alleviare il dolore e il disagio delle condizioni del paziente e, pertanto, ha l'obbligo di essere costantemente aggiornato per garantire al meglio la sua competenza professionale.

Il medico ha l'obbligo di seguire i protocolli scientifici e burocratici, anche quando la burocrazia diventa ridondante e ne ostacola il percorso. Il medico deve garantire la migliore assistenza sempre e comunque, deve far fronte ad ogni emergenza e ad eventuali carenze. Il medico non si usura mai, non ha età, condizione psico-fisica, il medico è sempre lucido, sempre efficiente, non ha orario di lavoro ma raggiungimento dell'obiettivo, magari non suo ma dell'ospedale per cui lavora.

Il medico deve prima laurearsi, poi



Il depliant del congresso regionale Cimo, il 22 ottobre. A destra Riccardo Spampinato



nale o affaristica o di presunti privilegi. Insomma, siamo solo noi gli indiziati del presunto sfascio? Siamo solo noi a far saltare i bilanci con i nostri stipendi? Siamo solo noi che sperperiamo denaro pubblico per l'acquisto di farmaci e presidi? Siamo solo noi ad essere in

troppi e inefficienti? Siamo solo noi i colpevoli dell'emigrazione sanitaria? Siamo solo noi ad avere il privilegio e non il merito di un primario? Siamo

solo noi a vederci rinfacciata la libera professione, accusati di mercificare una... missione? No! non è così!

Noi crediamo che siamo solo noi a tenere al Sistema sanitario nazionale accessibile a tutti, a proporre sacrifici alla nostra stessa categoria nel rispetto del "bene salute". Noi che abbiamo perso più del 30% del valore dei nostri stipendi negli ultimi 6 anni, noi che abbiamo coperto le carenze di organico, regalando migliaia di ore di lavoro non retribuito, svolgendo funzioni superiori mai riconosciute, noi che ci adattiamo con quello che c'è e non possiamo accedere a quello che servirebbe davvero per fare una sanità di livello superiore, noi che in ospedali a volte fatiscenti abbiamo comunque garantito assistenza ai cittadini più svantaggiati che non possono permettersi i viaggi della speranza al nord, noi che di un diritto quale la libera professione ne abbiamo subito l'esclusione dall'offerta sanitaria a tutto vantaggio del privato.

Noi della CIMO possiamo dire tutto questo, perché non abbiamo creduto alle sirene della riforma Bindi, perché abbiamo lottato contro la riforma Balduzzi, perché abbiamo a cuore il paziente più di chiunque altro perché è Lui il vero nostro datore di lavoro, noi produciamo Salute, e, a dispetto di chi ha voluto trasformare l'ospedale in azienda, non vendiamo prodotti commerciali, noi siamo solo medici.

Riccardo Giuseppe Spampinato
segretario regionale CIMO

© RIPRODUZIONE RISERVATA

"Il medico non si usura mai, non ha età, condizione psico-fisica"

specializzarsi, poi sperare in una qualche allocazione professionale, spesso

precaria, per farsi stabilizzare. Il medico è sempre sotto esame, controllato nei modi e nei tempi nel suo lavoro. Noi medici che lottiamo per un

"Siamo solo noi che sperperiamo denaro pubblico per l'acquisto di farmaci?"

posto di lavoro, per il rispetto del contratto collettivo nazionale, contro linee guida spesso inapplicabili, contro assenza di personale e mezzi diagnostici, siamo facile bersaglio delle prime pagine dei giornali, comunque associati alla "malasanità", che sia professio-

"Il paziente è il nostro vero datore di lavoro, noi produciamo salute"

Noi medici che lottiamo per un

Stretta correlazione tra pazienti e operatori sanitari

Sicurezza negli ospedali: tante promesse, ma problema irrisolto



Il personale sanitario richiama l'attenzione sulla sicurezza nei luoghi di lavoro. A destra Guido Quici

La sicurezza degli operatori sanitari, all'interno delle strutture pubbliche e private soprattutto ospedaliere, rappresenta un tema di primaria importanza, non solo per i costi diretti, indiretti ed intangibili legati alla infelicità ma anche e soprattutto per i concreti risvolti in tema di sicurezza delle cure. Non a caso il Decreto 106/09 estende il concetto di sicurezza verso "terzi" con la finalità di garantire ad un lavoratore idonee condizioni di salute e di sicurezza riducendo l'esposizione al rischio lavorativo e, di conseguenza, anche l'esposizione del paziente al cosiddetto "rischio clinico". Se, infatti, per rischio clinico intendiamo la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso nelle strutture sanitarie, per rischio lavorativo intendiamo la probabilità che un lavoratore sia vittima di un danno nel luogo di lavoro.

La stretta correlazione tra paziente e lavoratore è legata al fatto che l'aumento del rischio lavorativo, per le cause più diverse (stress psicosociale, rischio chimico, fisico, biologico, ecc.), aumenta la probabilità di rischio

nella sicurezza delle cure in quanto il sanitario potrebbe causare un evento avverso a danno del paziente per omissioni, errori, difetti, violazioni legati alle proprie non perfette condizioni psico-fisiche. Ovviamente, sia che il danno interessi l'operatore sanitario o il paziente, le cause immediate sono frutto delle condizioni lavorative legate al surmenage o alla carenza di risorse umane, o alla cattiva manutenzione delle strutture e tecnologie, o alla mancata sicurezza delle stesse, ecc.

In altre parole la gestione delle risorse e l'organizzazione dei servizi assume una rilevanza assoluta e la stessa FIASO (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere) ha riconosciuto che l'85% degli eventi avversi sono legati all'organizzazione e solo il 15% agli errori umani. Occorre, quindi, garantire la sicurezza delle cure e degli operatori sanitari implementando un sistema di gestione della sicurezza intesa come l'insieme di personale, risorse, politiche e procedure che interagiscono in modo organizzato per assicurare che un compito assegnato è svolto, ovvero per rag-

giungere e mantenere uno specifico obiettivo e risultato. In via preliminare occorre, ovviamente, analizzare il contesto della struttura sanitaria interessata. Una volta analizzato il contesto occorre, successivamente, pianificare gli interventi. In fase preliminare, sviluppare la politica aziendale rivolta alla sicurezza delle cure e degli operatori; obiettivi, questi, che dovrebbero rientrare nella mission e vision aziendale.

Occorre, soprattutto, sviluppare il consenso tra tutto il personale dipendente nel perseguire le politiche tese alla sicurezza, avendo piena conoscenza dei rischi ma anche dei propri diritti e doveri ad esso legati. Segue la fase di identificazione, attraverso l'analisi dei luoghi di lavoro, delle mansioni e delle attività che si



svolgono in ogni singolo reparto/servizio della struttura interessata. Da qui la fase progettuale che, attraverso la predisposizione di check list, definisce gli standard di riferimento ed i relativi livelli di rischio. Infine la fase operativa finalizzata all'analisi dei rischi ed incarichi, alla pianificazione degli interventi ed alla gestione delle scadenze.

Servizi: nell'85% dei casi gli eventi avversi sono legati all'organizzazione

Occorre piena conoscenza dei rischi, ma anche dei diritti e dei doveri

dei rifiuti, la gestione dei farmaci e antiblastici, i sistemi di trasporto, le radiazioni ionizzanti, la movimentazione

A questo punto occorre dettagliare le principali aree di intervento. Ad esempio, all'interno di una struttura ospedaliera, le "aree sensibili" interessano l'edilizia, le tecnologie elettromedicali, i rischi elettrici, chimici, fisici, biologici, acustici, la gestione

zazione manuale dei carichi, l'organizzazione del lavoro con verifica del benessere organizzativo, la sorveglianza sanitaria, fino alla gestione delle emergenze e maxiemergenza ad iniziare dai piani di evacuazione ed al piano antiincendio. Altro ruolo importante è assunto dalla formazione del personale dipendente che non deve essere finalizzato solo alla formazione continua o all'addestramento o al mantenimento delle competenze ma deve riguardare un programma di inserimento del personale di nuova assunzione attraverso una fase di affiancamento al responsabile della struttura con funzioni di supervisore. Soprattutto occorre una formazione obbligatoria per tutto il personale secondo quanto previsto dai D.L. 626/94 e 81/08. In particolare la formazione aziendale deve prevedere una fase formativa finalizzata alle procedure sia generali che dettagliate da utilizzare in casi di emergenza, una formazione base relativa al piano per le maxiemergenze in ambito ospedaliero ed una formazione avanzata relativa al piano delle maxiemergenze con affidamento di specifiche responsabilità.

Ovviamente occorre assicurare anche un piano di comunicazione per i lavoratori e, al tempo stesso, garantire l'istituzione di apposita segreteria nelle strutture e servizi sanitari con particolare riferimento ai sistemi di emergenza (allarmi antiincendio, primo soccorso, ecc.) ed agli agenti chimici e fisici (esplosioni, radiazioni, formaldeide, ossigeno, sostanze tossiche, ecc.).

In conclusione, abbiamo la consapevolezza di trovarci di fronte ad un problema serio ma non approfondito in modo compiuto nelle singole aziende sanitarie ed ospedaliere perché, probabilmente, i costi di gestione sono elevati ma forse soprattutto perché, in Italia, non vi è ancora una vera cultura sul rischio in ambito sanitario.

Guido Quici
vice presidente vicario CIMO

© RIPRODUZIONE RISERVATA