*SICUREZZA/ Secondo l'Anaao le evidenze scientifiche indicano la crescita degli errori evitabili*

# Un medico "stanco" aumenta i

## Un pericolo teorico dell'1 per mille rappresenta nel caso individuale

### Cosa prevedono l'Europa e il contratto

**Il Dlgs 66/2003 di recepimento delle direttive europee 1993/104 Ce e 2000/34 Ce in materia di organizzazione del lavoro, unificate successivamente nella direttiva 2003/88 Ce, fornisce all'articolo 1 la definizione del 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 la organizzazione del lavoro, causino lesioni a se stessi, ad altri lavoratori o a terzi o danneggino la loro salute a breve o a lungo termine».**

**La definizione è per altro ripresa, e quindi ulteriormente rafforzata, anche nell'articolo 7 dell'ultimo Ccnl della dirigenza medica e veterinaria siglato il 17 ottobre 2008.**

**In sintesi, ci si riferisce, scomponendo la definizione, sostanzialmente a due entità:**

**1. il causare lesioni (quindi danni):**
- **a se stessi;**
- **ad altri lavoratori (dell'équipe);**
- **a terzi (cioè i pazienti);**

**2. danneggiare la propria salute:**
- **a breve;**
- **a lungo termine (quindi anche con danni non immediatamente rilevabili e riconducibile esclusivamente a una osservazione epidemiologica).**

### L'«ergonomia» degli

- **Ridurre il più possibile il lavoro notturno e adottare schemi di turnazione rapida al fine di limitare il numero di turni di notte consecutivi (max 2) e interferire il meno possibile sui ritmi circadiani e sul sonno**
- **Adottare la rotazione dei turni in "ritardo di fase" (mattino/pomeriggio/notte), in quanto consente un più lungo riposo intermedio**
- **Prevedere almeno 11 ore di riposo continuativo tra un turno di lavoro e l'altro onde consentire un maggior recupero della fatica e del deficit di sonno**

Il Dlgs 66/2003 recepisce nel contesto italiano le direttive europee 1993/104 Ce e 2000/34 Ce in materia di organizzazione del lavoro, unificate successivamente nella direttiva 2003/88 Ce.

La direttiva originaria ha visto la luce nel 1993, dopo un lungo travaglio, per stabilire dei criteri "minimi" a tutela della salute del lavoratore, intendendo la salute nel senso più ampio del termine, comprendente, a esempio, il rispetto della vita familiare o il suo benessere psicologico. Sono quindi stati fissati dei criteri "minimi" relativi a riposi, pause, ferie, orario massimo di lavoro, lavoro notturno. Ma oltre ogni considerazione, emerge il tentativo da parte degli Stati membri di delineare una figura professionale comunitaria con un livello di garanzie minime, rivolte in particolare alla tutela dell'integrità psicofisica, valide per tutti i lavoratori a fronte del solo requisito di essere cittadino di uno di questi.

Dalla prescrizione dei riposi per i lavoratori del mondo sanitario emergono in tutta evidenza anche problematiche che coinvolgono la tutela degli utenti. Secondo la letteratura internazionale, nelle ore finali di turni prolungati, si nota circa un 30% di errori evitabili e nella reiterazione di turni prolungati, nell'arco di un mese, un netto peggioramento delle performance dei medici. Mentre in ambienti lavorativi diversi dal nostro, come in particolare quello dei trasporti, del volo e dell'industria nucleare il problema del rischio legato alla fatica dei soggetti addetti è stato affrontato molti anni fa, nel campo della Sanità ospedaliera il calo della performance o l'errore in campo clinico sono stati considerati come episodi sporadici anche quando vere e proprie catastrofi sono state attribuite a stanchezza derivante da turni di lavoro prolungati. Anche se scientificamente sono di difficile misurazione, esiste ormai ampia letteratura sugli effetti della mancanza di sonno e della fatica sulla capacità clinica.

L'importanza della direttiva europea è notevole perché dà fondamenta giuridiche alla nozione che periodi lavorativi prolungati producono effetti significativi sulla salute degli interessati e aumentano il rischio d'errore.

Appare, quindi, appurata una correlazione tra lavoro notturno e patologie a breve e a lungo termine, la cui unica terapia appare essere una maggiore quantità di ore dedicate al riposo.

Appare altrettanto assodata un'alterazione delle capacità, anche professionali, durante "esposizione" a turni di lavoro prolungati specie se comprendenti la notte, con prevedibile incremento del rischio per i pazienti che vengano visitati in particolare durante le fasi finali di questi turni.

Infatti sono dimostrate da più parti la difficoltà di concentrazione e la netta riduzione della memoria di fissazione a breve termine dopo turni di lavoro prolungati. Gli errori correlati alla fatica sono caratteristicamente condizionati da una riduzione della capacità di identificare l'importanza di un qualsiasi problema.

In alcuni campi, quale in esempio specifico quello delle cure sanitarie, è impossibile eliminare i turni notturni. L'unica possibilità per ridurre l'impatto di tali errori, è quella di mantenere una adeguata dotazione organica, di tutte le componenti, tale da consentire un ridotto numero individuale di turni di notte.

Nonostante queste indicazioni sempre più spesso si verifica negli ospedali un'organizzazione con turni estremamente faticosi e pericolosi e questo a causa della predominanza del fattore economico/amministrativo, tendente in ogni caso a "ridurre i costi" per problemi di bilancio e non considera le pericolose conseguenze delle scelte operate.

Con questa logica sembrano agire spesso anche alcuni esperti di risk management: non appiattire il rischio clinico ma ridurne l'impatto a termini "statisticamente accettabili".

Ma accettabili per chi? Per il paziente al quale anche se il rischio teorico fosse solo l'uno per mille rappresenterebbe nel caso individuale il 100%, per il medico che subisce lo stress di questa esposizione o più credibilmente per un mix di risparmio di costi fissi del personale accompagnato da un'ottimizzazione dei costi assicurativi e/o legali.

Il codice deontologico, all'articolo 70 «Qualità delle prestazioni», recita testualmente: «Il medico dipendente o convenzionato deve esigere da parte della struttura in cui opera ogni garanzia affinché le modalità del suo impegno non incidano negativamente sulla qualità e l'equità delle prestazioni nonché sul rispetto delle norme deontologiche. Il medico deve altresì esigere che gli ambienti di lavoro siano decorosi e adeguatamente attrezzati nel rispetto dei requisiti previsti dalla normativa compresi quelli di sicurezza ambientale.

---

**LE ANALISI INTERNAZIONALI**

# Al lavoro senza soste è come guidare ubriachi

Le indicazioni della Comunità europea sull'obbligo di riposo sono così arbitrarie o hanno un concreto substrato scientifico? Abbiamo passato al vaglio le più significative pubblicazioni in materia, tratte dai più prestigiosi giornali scientifici, raggruppandole ovviamente nei due filoni principali: danno alla salute del medico e danno potenziale alla salute dei collaboratori e dei pazienti. Iniziamo dall'analisi del rischio per collaboratori e pazienti.

In una review pubblicata sul New England Journal of Medicine, Gaba e collaboratori hanno affermato che: «La deprivazione di sonno dovuta a turni lavorativi prolungati è il tallone di Achille della professione medica. Il livello di presenza e di attività lavorativa del personale sanitario è di gran lunga superiore a quello che viene osservato sia nel settore dei trasporti sia nelle centrali nucleari. Il problema coinvolge sia i medici che gli infermieri. I medici che lavorino in condizioni di deprivazione di sonno croniche sono la chiara espressione di un sistema sanitario che ha evidenti problemi organizzativi. Il sistema così organizzato non può assicurare ai pazienti né uno standard di sicurezza adeguato né una elevata qualità delle cure».

**Le cattive condizioni fisiche allungano anche la durata di esami e interventi**

L'affermazione di Kenneth Shine (President of the Institute of the Medicine, National Academy of Science) è piuttosto emblematica: «Se potessimo progettare un sistema basato sulla qualità delle cure non vorremmo mai essere costretti a lavorare nelle condizioni attuali».

Laura K. Barger, che lavora presso la Harvard Medical School mette in risalto come «nelle ore finali di turni prolungati, si nota circa un 30% di errori evitabili e nella reiterazione di turni prolungati, nell'arco di un mese, un netto peggioramento delle performance dei medici». J. Todd Arnedt, professore di Psichiatria all'University of Michigan School of Medicine, in un lavoro pubblicato su Jama, studiando il comportamento dei medici "residents" , ha dimostrato che il peggioramento delle performance mediche durante un turno notturno prolungato è sovrapponibile a quello ottenibile con un tasso alcolemico compreso tra 0,04 e 0,05 g%. «Questo stato condiziona un evidente peggioramento di parametri quali l'attenzione sostenuta, la vigilanza e tests di guida simulati. La consapevolezza di queste limitazioni da parte dei soggetti interessati è abitualmente ridotta».

Sulla stessa linea di ricerca, sempre il gruppo della Harvard Medical School ha dimostrato come per i medici interni l'essere oggetto di turni prolungati incrementa il rischio di incidenti automobilistici di circa il 16 per cento.

Anche la destrezza nelle manovre chirurgiche può essere sensibilmente compromessa. Infatti in un lavoro pubblicato su Lancet è stato dimostrato che l'incremento di errori del medico che effettua una laparoscopia simulata, durante un turno con deprivazione di sonno, è di circa il 20% e la probabilità che l'esame sia di durata maggiore rispetto al necessario, è del 14 per cento.

Molto ricca e in crescita esponenziale è la letteratura riguardante i danni riportati dal medico, a breve e a lungo termine, di cui citiamo i riferimenti più significativi.

Per Czeisler e collaboratori, del Dipartimento di Medicina del sonno della Harward Medical School, i turni notturni prolungati sono associati a un evidente e significativo aumento del rischio di procurarsi lesioni percutanee. Tale affermazione diviene ancor più significativa qualora si riferisca a medici in training.

Brown, dell'Università del Michigan, ha posto in evidenza un incremento percentuale del 4% di rischio di ictus ischemico ogni 5 anni di lavoro a turni con turni notturni.

Schernhammer e Laden dell'Università di Harvard sul Journal of the National Cancer Institute ci fanno scoprire come l'attività a turni con almeno tre turni notturni mensili per un periodo di 15 o più anni sia collegata a una maggiore probabilità percentuale di sviluppare tumori del colon-retto del 35% rispetto ai lavoratori diurni. Sempre nella stessa pubblicazione si evidenzia il drammatico calo della produzione di melatonina a partire dalla seconda settimana di innaturale esposizione a stimoli luminosi notturni e correlano a ciò l'aumentato rischio.

**Se si dorme troppo poco cresce del 16% la probabilità di incidenti d'auto**

Olson e Ambrogetti in una review sul Medical journal of Australia hanno accentrato la loro attenzione sulle modificazioni ormonali e metaboliche, dipendenti dalla alterazione del ritmo circadiano conseguente alla turnistica notturna, e hanno rilevato un sensibile aumento del rischio di sviluppare diabete mellito, obesità e cardiopatia ischemica.

L'arretrato di sonno accumulato in casi di turni prolungati, secondo gli stessi autori, necessita di un riposo di almeno 48 ore per essere recuperato. In particolare vengono definiti come pericolosi quei turni che comprendano oltre la notte anche il mattino successivo o il pomeriggio senza alcun adeguato riposo intermedio. La review prosegue citando lo studio Helsinki Heart Study in cui veniva descritto un incremento del rischio di sviluppare patologie cardiovascolari compreso tra il 40 e il 50% rispetto ai lavoratori diurni.

Questo dato è sovrapponibile sia a quello ottenuto dal Nurse's Health Study statunitense, che indica nel 51% la maggiorazione del rischio dopo soli 6 anni di lavoro con turni notturni. L'analisi elaborata da Kawaki e pubblicata su Circulation rileva un rischio maggiore del 21% entro i 6 anni di attività anche notturna e del 51% quando sia superato questo limite.

Zheng e collaboratori della Yale University School of Medicine hanno dimostrato i medici che lavorano in terapie intensive, sottoposti a turni di lavoro prolungati e a lavoro notturno, un incremento di IL6 e della Pcr che sono considerati markers biologici di infiammazione vascolare correlati a eventi ischemici cerebrali e cardiaci.

Scheer del Dipartimento di Medicina del sonno della Harvard Medical School ha posto in risalto la presenza di notevoli disturbi del sonno, con riduzione delle fasi Rem, nei lavoratori a turni, con turni di notte, disturbi che tuttavia regredivano ritornando al lavoro diurno.

Sempre associate ai disturbi, le mialgie talora anche molto importanti.

In una review di Sleep sono riportati dati interessanti sui lavoratori coinvolti nei Dipartimenti di emergenza, costretti spesso a dover prendere difficili decisioni terapeutiche con pazienti a rischio per la vita, relativi a disturbi della vita di relazione e in specifico con i propri familiari sia per la "turnistica" in sé sia per una sorta di "deformazione professionale del pensiero" che sminuisce tutto ciò che non sia di

*verso i pazienti dovuti all'eccesso di attività*

# rischi del 30%

## il 100% di allarme per l'assistito

**orari di lavoro (*)**

- **Non iniziare troppo presto il turno al mattino in modo da limitare la perdita dell'ultima parte del sonno ricca di fase Rem**
- **Programmare il giorno di riposo preferibilmente dopo il turno di notte in modo da consentire un immediato recupero della fatica e del deficit di sonno**
- **Inserire pause nel corso del turno, in modo da permettere tempi adeguati per i pasti ed eventuali brevi pisolini, rivelatisi molto utili nel compensare il deficit di sonno**

*(*) Giovanni Costa, Medicina del lavoro dell'Università degli Studi di Milano*

Il medico non deve assumere impegni professionali che comportino eccessi di prestazioni tali da pregiudicare la qualità della sua opera professionale e la sicurezza del malato».

Ma chiunque abbia cercato di modificare organizzazioni discutibili "top down" sa bene a quali resistenze sia andato incontro e a quali pressioni sia stato successivamente sottoposto e consigliamo di leggere alcuni criteri di valutazione del dirigente medico sviluppati in aziende sanitarie tristemente note o il recente schema di Dlgs proposto dal ministro Brunetta per comprendere appieno l'importanza di quanto appena detto: una onesta resistenza professionale potrebbe sfociare in provvedimenti disciplinari severi sino alla risoluzione del rapporto di lavoro.

La stessa normativa vigente sul lavoro usurante non appare congrua rispetto alla realtà delle indicazioni scientifiche che propongono correlazioni tra "esposizioni" al lavoro notturno e sviluppo di patologie, correlate indipendentemente, di gran lunga inferiori a quelle previste dalla normativa italiana individuate in 80 notti di lavoro per anno.

Ci sarebbe quindi spazio per porre in discussione tali limiti arbitrari.

Ciò dovrebbe spingere tutte le organizzazioni sindacali a tentare di far modificare i parametri utilizzati nella definizione del lavoro usurante stesso.

Tutto questo ci deve indurre a difendere strenuamente in sede locale quanto previsto dalla Comunità in merito all'orario di lavoro e ai riposi.

Ci sono per altro dati sufficienti per coinvolgere le varie associazioni di tutela dei pazienti in questa difesa.

Infine, da un punto di vista esclusivamente giuridico si stanno consolidando le opinioni di molti esperti che riscontrano sia nella Finanziaria 2008 sia nella legge 133/2008 illegittimità tali, rispetto al diritto comunitario, da rendere necessaria la loro disapplicazione da parte del giudice nazionale.

*a cura di*
**Sergio Costantino**
*Segretario aziendale Anaao Assomed Policlinico di Milano*
**Carlo Palermo**
*Segretario regionale Anaao Assomed Toscana e Coordinatore Conferenza permanente dei segretari regionali e delle Province autonome*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**LE REGOLE ITALIANE**

# Norme a favore delle aziende ma di dubbia costituzionalità

*Illegittime secondo i giuristi le prescrizioni della Finanziaria e della legge 133 del 2008*

Il riposo minimo obbligatorio previsto dalla normativa europea si è trasformato nel nostro Paese, in poco meno di due anni, da "bene indisponibile" (tale che neppure per scelta personale vi si sarebbe potuto rinunciare) a oggetto di trattativa decentrata aziendale.

Il tutto per perseguire gli interessi "particolari" di alcuni direttori generali di aziende sanitarie pesantemente sanzionati, con multe in alcuni casi di milioni di euro, dalle direzioni provinciali del Lavoro per il reiterato mancato rispetto delle tutele minime previste dal decreto legislativo 66/2003.

Sono stati quindi creati supporti legislativi impropri per modificare l'articolo 7 (riposo giornaliero) e l'articolo 4 (durata massima dell'orario di lavoro settimanale).

Prima con la Finanziaria 2008, approvata nel dicembre 2007 (Governo Prodi) è stato stabilito (articolo 3, comma 85) che «le disposizioni di cui all'articolo 7 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 princìpi generali della protezione della sicurezza e della salute dei lavoratori».

**Negato il limite di durata di una giornata lavorativa e del relativo riposo**

Successivamente con la legge 133/2008 (Governo Berlusconi) il Parlamento all'articolo 41, comma 13, (Modifiche alla disciplina in materia di orario di lavoro), ha stabilito che «al personale delle aree dirigenziali degli Enti e delle aziende del Servizio sanitario nazionale, in ragione della qualifica posseduta e delle necessità di conformare l'impegno di servizio al pieno esercizio della responsabilità propria dell'incarico dirigenziale affidato, non si applicano le disposizioni di cui agli articoli 4 e 7 del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66. La contrattazione collettiva definisce le modalità atte a garantire ai dirigenti condizioni di lavoro che consentano una protezione appropriata e il pieno recupero delle energie psico-fisiche».

I ripetuti attacchi bipartisan degli ultimi due governi hanno voluto, quindi, negare al personale del ruolo sanitario quel diritto alla salute che è inalienabile e costituzionalmente garantito.

La questione è stata recentemente affrontata da un punto di vista giuridico da due tra i maggiori esperti italiani in materia, Vito Leccese, direttore del Dipartimento di Diritto del Lavoro dell'Università di Bari, e Andrea Allamprese, professore di Diritto del Lavoro presso l'Università di Perugia. In un articolo di analisi delle modifiche della direttiva europea per il personale del ruolo sanitario del Ssn, hanno affermato:

«Per quanto attiene al riferimento all'articolo 4 e all'articolo 7 del Dlgs 66/2003 introdotti con la Finanziaria 2008 e con la legge 133/2008, contrasta con la disciplina comunitaria e va disapplicata dal giudice nazionale se interpretato nel senso di sottrarre alla norma che tutela i rapporti di lavoro il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale (non dirigente e dirigente ma non dotato di alcun potere di autodeterminazione nella durata della propria prestazione)».

In sintesi, l'articolo 3, comma 85, della Finanziaria 2008 e l'articolo 41, comma 13 della legge 133/2008 sono da considerare illegittimi in quanto negano il diritto al riposo di 11 ore e la durata massima del lavoro settimanale (48 ore) al personale del ruolo sanitario del Ssn.

In merito all'abrogazione dell'articolo 7 del Dlgs 66/2003, si potrebbero sollevare anche dubbi di costituzionalità. Infatti, l'articolo 36, comma 2 della Costituzione italiana statuisce che «La durata massima della giornata lavorativa è stabilita dalla legge».

Ora l'articolo 7 sopra richiamato, anche se con una tecnica "a contrariis" realizzerebbe il dettato costituzionale, individuando la durata massima del lavoro giornaliero in 13 ore, essendo almeno 11 dedicate al riposo. Con le deroghe introdotte dal Parlamento relative a tutta la dirigenza del Ssn è di fatto negato il diritto costituzionale a un limite di durata del lavoro giornaliero.

"vitale importanza". Sono sintomi caratteristici uno stato di affaticamento "cronico" comportante irritabilità, calo delle prestazioni e diminuita agilità mentale.

La maggioranza degli studi evidenzia come, e qui il rimando specifico è al personale del comparto, spesso i lavoratori preferiscano settimane lavorative più brevi incrementando di conseguenza l'attività quotidiana sino a 12 e più ore.

I test effettuati su questi stessi lavoratori rilevano, senza ombra di dubbio, che il "prezzo pagato" è assai alto ed è caratterizzato da un eccessivo affaticamento, specie nelle ore finali dei turni, e da un'attenzione notevolmente diminuita. La distribuzione statistica degli errori notturni ha un picco catastrofico nelle ore comprese tra le 4 e le 8 del mattino.

**L'eccesso di stress fa crescere la probabilità di disturbi e patologie**

Diversi studi mettono in risalto una probabilità circa 3 volte maggiore (rispetto ai lavoratori diurni) di sviluppare disturbi che appaiono meno gravi, ma sono sicuramente fastidiosi, quali diarrea, dolori addominali, epigastralgie ed eccessiva flatulenza.

Tali fenomeni vengono messi in correlazione prevalentemente con l'inadeguata e irregolare alimentazione dei soggetti che lavorino a turni.

Eva Schernhammer, della Harvard Medical School, sul Journal of the National Cancer Institute riporta i dati relativi a circa 80mila lavoratrici osservate nel Nurses' Health Study.

Questi evidenziano un significativo incremento delle probabilità di sviluppare tumore al seno che appare proporzionale al periodo di "esposizione" ai turni di notte (1-15 anni, 16-29 anni, oltre i 30 anni) correlandolo alla perdita dell'azione oncostatica della melatonina (ridotta nei lavoratori a turni). Un recente dato che proviene dal sistema assicurativo danese Odc (Occupational diseases committee) pone in evidenza la rilevanza di studi che ritengono il turno di notte un fattore di rischio indipendente per lo sviluppo di tumori al seno. Attualmente tali dati sono al vaglio degli esperti della Iarc (International agency for research on cancer).

E, a corollario, giova ricordare le indicazioni per la strutturazione degli orari di lavoro secondo criteri ergonomici di Giovanni Costa, esperto di medicina del Lavoro dell'Università degli Studi di Milano illustrate nella tabella.

**FINANZIAMENTI DAL SETTIMO PROGRAMMA QUADRO**

# Priorità Ue, corsie sicure e qualità dei servizi

Verificare il rispetto delle norme di sicurezza negli ospedali dell'Unione europea e incrementare la qualità dei servizi. Sono gli obiettivi di uno studio che ha appena ricevuto finanziamenti da Bruxelles, tre milioni di euro, nell'ambito del tema "Salute" del Settimo programma quadro (7PQ) della Ue.

I ricercatori impegnati nel progetto - intitolato "Quality and safety in European Union hospitals: a research-based guide for implementing best practice and a framework for assessing performance" - puntano a sviluppare una guida delle migliori pratiche nei nosocomi del Vecchio continente e un quadro comune per la valutazione dell'adesione alle norme da parte dei presìdi ospedalieri.

Tra i partecipanti al progetto, coordinato dal King's College di Londra, ci sono il dipartimento di Politica e gestione sanitaria dell'Università Erasmus di Rotterdam (Paesi Bassi), il Centre for Patient Safety and Service Quality dell'Imperial College di Londra e l'Accademia Jonkoping per il miglioramento della salute e del benessere in Svezia.

I presìdi ospedalieri si stanno adattando, oramai da anni, ai profondi cambiamenti che stanno avvenendo nel campo della tecnologia, della tipologia delle malattie più diffuse, della composizione demografica della popolazione e delle aspettative dei pazienti. Cambiamenti che hanno implicazioni sul modo in cui vengono fornite le cure, sulle "skills" che medici e operatori sanitari devono possedere e sulla costruzione stessa delle strutture. Secondo quanto riportato nella pubblicazione del 2001 "Hospitals in a changing Europe" (di M. McKee and J. Healy) la spesa pro capite annua per le strutture ospedaliere varia nel Vecchio continente da meno di 50 euro a circa 14mila. Nel complesso però gli ospedali europei possono fare affidamento su una quota compresa tra il 40 e il 70% del bilancio nazionale previsto per la Sanità. Nella maggior parte dei Paesi dell'Europa occidentale circa la metà del totale dei finanziamenti dedicati per mantenere in buona salute i cittadini è dedicata alle strutture ospedaliere.

Anche sulla base di questi dati, **Gerd Ahlstrom**, direttore della scuola di scienze sanitarie di Jonkoping, ha detto che il progetto finanziato dalla Ue rappresenta la prova del fatto che la qualità e la sicurezza nei nosocomi assumono un rilievo sempre maggiore, e che la ricerca e l'istruzione potranno contribuire in maniera significativa all'assistenza sanitaria e sociale del futuro.

Uno degli obiettivi principali del programma di lavoro "Salute", in cui il progetto è inserito, è quello di elevare gli standard dei servizi offerti ai cittadini dei ventisette Stati membri, sostenendo l'efficienza e la solidarietà dei sistemi sanitari europei. Il progetto finanziato dalla Ue condurrà alla stesura di due importanti documenti (la guida per l'applicazione delle best practice e il quadro per valutare il rispetto delle norme) sulla base dei risultati di dieci casi-studio che avevano per obiettivo proprio il miglioramento della qualità e della sicurezza.

Le scoperte raggiunte forniranno all'industria sanitaria europea - in particolare ai responsabili delle decisioni, ricercatori, studenti e professionisti - una maggiore chiarezza sui sistemi attualmente adottati e su quanto questi siano efficaci nel fornire elevati livelli qualitativi e di sicurezza. «Possediamo al momento una conoscenza limitata su cosa funzioni meglio in circostanze diverse», ha spiegato **John Thor**, direttore dell'Accademia Jonkoping. «Tali informazioni - ha aggiunto - risultano particolarmente importanti ora che sempre più pazienti in Europa si rivolgono alla Sanità al di fuori dei propri confini nazionali». «Questo progetto - ha concluso - ci fornirà approfondimenti preziosi, grazie all'opportunità che ci offre di confrontare le esperienze di vari sistemi sanitari».

**I posti letto per 1.000 abitanti (2006-2007)**

| Paesi | 2006 | 2007 | Paesi | 2006 | 2007 |
|---|---|---|---|---|---|
| Austria | 7,6 | 7,8 | Ungheria | 7,9 | 7,1 |
| Belgio | 6,7 | 6,6 | Irlanda | 5,3 | - |
| Rep. Ceca | 7,4 | 7,3 | Italia | 4,0 | 3,9 |
| Danimarca | 3,6 | 3,5 | Paesi Bassi | 4,5 | 4,5 |
| Finlandia | 7,0 | 6,7 | Polonia | 6,5 | 6,4 |
| Francia | 7,2 | 7,1 | Portogallo | 3,5 | 3,5 |
| Germania | 8,3 | 8,2 | Spagna | 3,3 | - |
| Grecia | 4,8 | - | Regno Unito | 3,6 | 3,4 |

*Fonte: Oecd health data 2009 - Version: June 09*

**Giuseppe Di Marco**

© RIPRODUZIONE RISERVATA