

CONTROLLI MEDICI DEL PERSONALE SANITARIO

Gentili colleghe, egregi colleghi

Desidero dapprima porgere ad ognuno di voi i migliori auguri per un Buon anno nuovo, ricco di salute e serenità.

Iniziamo quest'anno presentandovi le nuove *Direttive concernenti i controlli sanitari del personale attivo negli istituti di cura e nelle istituzioni sociosanitarie del Cantone Ticino*, la cui entrata in vigore è stata fissata al **1 gennaio 2001**. Queste direttive annullano e sostituiscono le precedenti del 23 marzo 1990 e sono il frutto del matrimonio tra le attuali conoscenze scientifiche e il necessario consenso fra i principali attori del sistema sanitario.

Le vecchie disposizioni erano ormai obsolete e molti istituti e operatori avevano sollecitato un loro rinnovo. Esse richiedevano per esempio molti esami di laboratorio che, alla luce delle nuove conoscenze, non sono più indicati. L'impatto finanziario delle nuove disposizioni è dunque ridotto rispetto a quanto finora richiesto. Ciò rappresenta un indubbio sollievo per ospedali, cliniche e istituti per anziani, così come per tutti i servizi di assistenza sociosanitaria, che devono assumere questi costi.

Le nuove Direttive vogliono essere un **minimo richiesto**, comune alle differenti strutture: beninteso ogni istituto è libero di proporre al suo interno tutte le misure supplementari che riterrà utile e necessario. L'esempio della poliomielite è illustrativo: pur non essendoci più "evidenza" per raccomandare il richiamo generalizzato, un istituto potrebbe - a titolo personale e legittimamente - continuare a proporre la dose di richiamo ai propri operatori sanitari adulti.

Queste Direttive si rivolgono - salvo alcune specifiche raccomandazioni - **a tutto il personale**. In un contesto di **medicina preventiva ospedaliera** una distinzione tra personale "a stretto contatto col paziente" e "altro personale", che escluda quest'ultimo da ogni azione proposta, non è a nostro avviso giustificato. Tutto il personale deve godere delle uguali opportunità d'accesso a misure preventive di provata efficacia. Ciò, beninteso, modulato dal rischio specifico di ogni figura professionale all'interno dell'istituto: la vaccinazione contro **la rosolia** sarà raccomandata solo a coloro che, se ammalati, possono realmente essere "a rischio" per taluni pazienti (per esempio le donne incinte o le persone immunodepresse), mentre la vaccinazione contro **l'influenza** deve essere appannaggio di tutti gli impiegati a tutela sia della loro salute, sia di quella dei pazienti, come pure dev'essere offerta a ognuno la possibilità di realizzare un **test HIV o HCV** (epatite C), intesa come un'occasione di **prevenzione individuale**.

Va poi considerato che tutto il personale gioca un ruolo nell'introduzione di malattie nell'istituto di cura, indipendentemente dal fatto che sia o meno a stretto contatto con i pazienti, o che sia o meno operatore sanitario. Le misure di medicina preventiva ospedaliera tutelano certamente il personale e, tramite lo stesso, tutelano in definitiva i pazienti.

Non cambiano invece la modalità di finanziamento dei controlli medici.

Come finora compete ad ogni Istituto di cura assumere la responsabilità per la sicurezza dei suoi pazienti e del suo personale (Legge sanitaria, LAINF, Legge sul lavoro). Inoltre compete sempre all'istituto – e in modo particolare alla sua direzione sanitaria - vigilare sulla diffusione delle malattie infettive e prendere ogni provvedimento in grado di prevenire o contenere queste malattie (Legge federale sulle epidemie, Legge sanitaria).

E' dunque compito dell'istituzione applicare le Direttive. La valutazione medica d'entrata dev'essere effettuata da un medico scelto dall'Istituto. Egli deve anche garantire la continuità e la conformità delle azioni attuate quale medico del personale. E' beninteso immaginabile che un Istituto confidi questo compito al Direttore sanitario dell'Istituto stesso. Una valutazione medica fatta dal medico di famiglia non rientrerebbe invece in questa politica di medicina preventiva ospedaliera, il cui obiettivo non è di rispondere a problemi di salute individuale del dipendente, bensì di prevenire individualmente malattie il cui impatto sull'Istituto sarebbe dannoso e minaccerebbe la sicurezza dei pazienti. La visita presso il medico di famiglia sarebbe inoltre impropriamente addebitata all'assicuratore malattia. Considerato comunque come le nuove Direttive rappresentano un alleggerimento dell'onere finanziario a carico del datore di lavoro, riteniamo che tutta la problematica sia stata affrontata con la necessaria ponderazione degli interessi.

Accanto alle Direttive, troverete anche l'invito a un corso di aggiornamento sulla lotta alla Tuberculosis, che rientra anche nel tema delle Direttive. Agli interessati chiedo gentilmente d'isciversi tramite l'apposito modulo.

Con i più cordiali saluti

dott. I. Cassis
Medico cantonale

Bellinzona, 4 gennaio 2001