

29 giu 2016

LAVORO E PROFESSIONE

Fabbisogni, Anaaò: «Ecco come superare l'impasse in quattro step»

di Giuseppe Montante (vice segretario nazionale Anaaò Assomed)



La crescente carenza di personale e, in particolare, di medici dipendenti è una delle criticità che maggiormente affligge negli ultimi anni il Sistema sanitario nazionale e che ne riduce l'efficacia e sicurezza clinica per i pazienti. Molteplici le cause: crisi economica con il blocco del turn over delle assunzioni, concomitante crescita elevata dei pensionamenti (gobba pensionistica) e il perdurante saldo significativamente negativo fra produzione annuale di specialisti e pensionamenti dei medici.

Questa criticità è resa ancora più acuta e grave nei suoi effetti dalla scelta miope di gran parte delle Regioni di mantenere in vita i piccoli ospedali (per motivi campanilistici!), anche in assenza di motivazioni tecniche oggettive, disperdendo così il personale medico dipendente, già insufficiente nei numeri. La definizione quantitativa di questa carenza è diventata sempre più negli ultimi tempi una necessità.

Recentemente tale definizione ha assunto il rango di dovere in conseguenza dell'obbligo imposto alle Regioni di provvedere alla misurazione delle necessità entro il 2016 dalla legge di Stabilità - al fine di garantire il rispetto delle

disposizioni dell'Unione europea sui riposi e sull'orario di lavoro dei medici- e dal Dm Salute 70/2015, dopo aver adottato i provvedimenti generali di programmazione previsti dallo stesso decreto.

L'individuazione corretta del fabbisogno, nell'attuale condizione di contrasto istituzionale fra il Governo nazionale e le Regioni, non appare però nelle priorità politiche di gran parte di quest'ultime. Le stesse hanno interessi differenti da quelli delle Oo.Ss. Mediche e presumibilmente preferiranno dimostrare che la carenza di medici non è elevata ed è compensabile in buona parte mediante l'affidamento di alcune competenze mediche ad altre professioni sanitarie, con il vantaggio del minor costo, e che le poche necessità di assunzione ineludibili sono concentrate soprattutto nei Pronto soccorsi dove sono previste risorse finanziarie finalizzate e deroghe a tale scopo, spendendo in tal modo il meno possibile.

Queste Regioni sanno bene che, una volta certificato il bisogno reale (di norma più alto), saranno costrette ad assumere, se i bilanci lo consentono, ovvero a rivedere l'organizzazione della propria rete ospedaliera, mettendo così in crisi i loro rapporti con i "campanili", con le possibili ripercussioni elettorali.

Le conseguenze negative sull'efficienza e sulla qualità delle attività ospedaliere non sarebbero poi un loro problema diretto, perché verrebbero presumibilmente ribaltate sulle carenze professionali dei singoli medici!

In questo difficile panorama di interessi contrapposti, assume una importanza strategica la scelta da parte di ciascuna Regione di una metodologia tecnica per il calcolo del fabbisogno adeguata alle peculiarità della Sanità e che permetta anche una programmazione attendibile dei costi per il personale e la valutazione corretta dell'efficienza e dell'efficacia rispetto alla dotazione organica. Una scelta errata potrebbe dare una patente di attendibilità scientifica a dei dati profondamente errati con inevitabili risultati disastrosi.

Purtroppo le scelte prese in passato dalle Regioni in tale campo e reiterabili nel presente sono state due, con risultati inattendibili e conseguenze disastrose per la programmazione delle attività sanitarie e la valutazione della loro efficienza e del rapporto di questa con l'efficacia clinica.

La prima basata sul calcolo dei carichi di lavoro individuali mediante la definizione dei tempi medi di esecuzione (Tempari) di una prestazione e/o attività sanitaria. Il metodo prevalentemente scelto per i medici è stato quello utilizzato dell'industria manifatturiera (sistema Top down di origine anglosassone) nella produzione dei prodotti a bassa complessità nelle catene di montaggio.

Lo strumento tecnico utilizzato è stato quello dell'analisi statistica ponderata al livello regionale dei tempi lavoro rilevati al livello aziendale. Le motivazioni più importanti di questo fallimento sono da imputare all'elevata complessità del

lavoro medico (a questo non si possono applicare i modelli organizzativi e di misurazione propri delle catene di montaggio delle industrie) e la forte influenza esercitata dal ruolo gerarchico dell'ospedale, dal livello tecnologico esistente, dai modelli organizzativi utilizzati e dai piani di lavoro attuati nei reparti.

La seconda basata invece sulla sfiducia preconcepita nei riguardi di qualsiasi metodologia e il conseguenziale utilizzo in alternativa di criteri soggettivi e opportunistici, ben più pericolosi dei Tempari. Esiste, allora, una metodologia corretta per la definizione del fabbisogno di medici in sanità e per la valutazione dell'efficienza e dell'efficacia dei risultati in rapporto alla dotazione organica presente? Da anni è stata definita al livello internazionale una metodologia che tiene conto di queste condizioni e che si basa, quindi, sull'utilizzo di una procedura articolata nel susseguirsi di azioni organizzative e programmatiche e non su standards quantitativi di tempi di produzione o, peggio ancora, solamente su scelte soggettive avulse da qualsiasi validazione scientifica.

Perché allora non usarla? Questa procedura nel suo adattamento al Sistema sanitario italiano si articola in quattro tappe sequenziali:

I tappa - definizione al livello regionale di modelli organizzativi standard specifici individuati per area funzionale e in alcuni casi per disciplina, tenendo conto del ruolo gerarchico dell'ospedale, delle condizioni organizzative e tecnologiche storicamente esistenti e delle eventuali criticità accertate;

II tappa - calcolo nelle aziende sanitarie regionali della dotazione organica di medici dipendenti per ciascun reparto, risultante dall'attuazione dei modelli organizzativi della I tappa e invio dei risultati in Regione;

III tappa - confronto al livello regionale dei risultati con quelli già esistenti e valutazione delle discordanze;

IV tappa - individuazione conclusiva dei bisogni certi di personale, nel rispetto dei principi di sicurezza organizzativa e clinica. La definizione della dotazione organica dei medici e la valutazione del rapporto della stessa con l'efficienza ed efficacia delle attività necessitano di una profonda conoscenza delle competenze professionali di questi.

Giuseppe Montante