

On. Beatrice Lorenzin
Ministro della salute

Dott.ssa Rossana Ugenti
Direttore Generale
Direzione generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane
del Servizio Sanitario Nazionale

LORO E-MAIL

OGGETTO: Metodologia per il calcolo del fabbisogno dei dirigenti medici e sanitari

La definizione del fabbisogno di personale rappresenta una priorità assoluta ai fini di quanto previsto dalla Legge 208/2015 art. 1 commi 541 e seguenti, per assicurare un'adeguata assistenza in tutte quelle strutture sanitarie che, da troppo tempo, sono in grave "sofferenza" di risorse umane per effetto del blocco del turnover o dei piani di rientro, nonché il rispetto della Legge 161/2014.

Resta infatti inteso che la definizione del fabbisogno del personale dovrà comunque essere rivista, con le modalità indicate nel testo condiviso dell'art. 22 del luglio u.s., quando le Regioni avranno portato a termine i processi di riorganizzazione previsti dal DM 70/2015.

Pur tuttavia, l'ipotesi di metodologia a tal proposito formulata dal tavolo tecnico ministeriale, basata sulla valutazione a valle del processo produttivo attraverso tempi medi di produzione, ricavati da rilevazioni statistiche e correlati con gli indicatori previsti dal sistema DGRs per le prestazioni e per le attività eseguite in regime di ricovero appare, a parere delle scriventi OO.SS., del tutto inadeguata e fortemente penalizzante, perché basata sulla valutazione a valle del processo produttivo attraverso indicatori quali il sistema di classificazione dei DRGs che, come è noto, si basa sul principio delle isorisorse, escludendo di fatto la complessità clinico-assistenziale delle prestazioni sanitarie a garanzia della sicurezza delle cure.

Si tratta di una ipotesi di calcolo ordinariamente utilizzata per gli addetti alle catene di montaggio delle industrie automobilistiche (metodo "fordista"), caratterizzate da lavori ripetitivi a bassa complessità con standard qualitativo predefinito all'interno di un intervallo, peraltro non applicabile nemmeno ai tempi industriali che richiedono una professionalità più elevata rispetto al semplice assemblaggio di lamiere e bulloni.

Le attività sanitarie, sia in regime di ricovero che ambulatoriale, comunque, sono ordinariamente troppo complesse sul piano tecnico ed organizzativo per poter essere, nella maggior parte dei casi, quantificabili in modo attendibile in tempi medi di produzione, a maggior ragione quelle diagnostiche e terapeutiche: sono molte, infatti, le variabili che incidono su tali tempi (ruolo dell'ospedale nella rete regionale, modelli organizzativi, dotazioni tecnologiche, diversa disponibilità di risorse strutturali e di competenze professionali nei diversi ospedali, complessità dei quadri clinici, etc.). I pazienti non possono essere standardizzati in formule matematiche.

È incomprensibile il motivo in base al quale le necessità di personale sono state individuate come "*contingenti massimi*", mentre tutti i documenti sino ad ora elaborati dal Ministero o dalle Regioni sotto forma di "*Linee Guida per la Rilevazione dei carichi di lavoro*" hanno determinato questi ultimi come "*contingenti minimi*".

Completamente assenti risultano i principi di sicurezza clinica ed organizzativa su cui devono poter contare i cittadini che accedono alle cure ospedaliere.

Senza soffermarsi, con la presente, ad elencare le restanti numerose incongruità ed illogicità del metodo utilizzato, le scriventi OO.SS. ritengono imprescindibile, per calcolare correttamente le dotazioni organiche di personale standard, e l'eventuale fabbisogno di nuove assunzioni, tenere conto:

- delle condizioni minime di sicurezza clinica ed organizzativa;
- delle norme legislative e contrattuali su orario di lavoro e riposi;
- delle soglie minime di attività sanitarie e soglie minime di rischio di esito indicate dall'AGENAS e riprese dal D. M. Sanità 70/2015 (punto 4, allegato 1);
- dei modelli organizzativi standard di riferimento per quella disciplina e/o gruppi di esse, esistenti in letteratura;
- degli indicatori di efficienza di cui al D. M. Sanità 70/2015.

Occorre inoltre definire tutti i servizi e tutte le attività sanitarie in cui deve essere garantita la presenza di personale h24 anche con la "guardia notturna e festiva", oltre che con la "pronta disponibilità", a titolo esemplificativo:

- individuando le discipline specialistiche e le UU. OO. per le quali la guardia notturna e festiva deve essere organizzata in forma "divisionale" e quelle per cui, anche in relazione al ruolo e alle condizioni logistiche dell'ospedale all'interno della rete ospedaliera regionale, ma nei limiti sostanziali dell'equipollenza/affinità delle discipline e delle competenze specialistiche necessarie, essa può essere organizzata in sicurezza in forma "interdivisionale";
- individuando le discipline specialistiche e le UU. OO. per le quali la "pronta disponibilità" deve essere organizzata in forma "integrativa della guardia" e quelle per cui può essere organizzata in sicurezza in forma "sostitutiva della guardia";
- definendo i limiti territoriali delle Pronte Disponibilità;
- rispettando il carico massimo mensile di Pronte Disponibilità.

Infine, si sottolinea che il fabbisogno di personale ospedaliero medico e sanitario non può essere declinato ignorando l'entità del bisogno di sanità e le liste di attesa che impediscono l'accesso alle cure e alla prevenzione che il SSN pubblico deve garantire.

Il fatto che milioni di italiani si siano in questi ultimi anni allontanati dalla sanità pubblica e dalla tutela della salute dimostra che "isorisorse" la domanda di salute non può essere soddisfatta appropriatamente.

Alla luce di tali presupposti, chiediamo, pertanto, l'attivazione di un tavolo tecnico utile ad un produttivo confronto che porti alla condivisione di un percorso comune per risolvere nel modo più adeguato.

Rimanendo in attesa di un positivo riscontro si inviano cordiali saluti.