

Turn-Over. Nuovi modelli organizzativi. Nuovi percorsi formativi. Trasferimento di competenze. Che fare?

Aldo Grasselli

È il momento di ri-aprire l'accesso dei veterinari nel sistema sanitario anche in assenza del titolo di specializzazione?

Possiamo accettare la sostituzione dei veterinari dirigenti con colleghi specialisti ambulatoriali? Quale futuro vogliamo progettare per la Sanità pubblica veterinaria?

Un considerevole invecchiamento del personale che presenta una voluminosa "gobba generazionale" tra i dirigenti che hanno superato i 55 anni e guardano con interesse alla pensione, un blocco persistente del *turn-over* che impedisce di sostituire i pensionati, dimensioni delle aziende sanitarie che assumono proporzioni paragonabili a piccole Regioni, necessità di implementare i servizi con nuove competenze professionali, urgenza di ridurre la spesa sanitaria anche spostando competenze mediche e veterinarie su professioni sanitarie più a buon mercato, tutto questo impone al sindacato una attenta riflessione, a cominciare dai requisiti per l'accesso dei veterinari nel SSN.

Non è in discussione il ruolo dirigenziale dei medici, dei medici veterinari e dei sanitari, ma l'idea stramba che un atto attribuito oggi alla dirigenza debba essere di particolare complessità specialistica o, in caso perda questa caratteristica molto manipolabile, che debba essere affidato a infermieri e tecnici mini-laureati, in quanto i medici, i medici veterinari e i sanitari in possesso della sola laurea sembrerebbero inadatti per svolgerli.

Abbiamo iniziato a ragionare nel Direttivo nazionale del SIVeMP, e continueremo a discutere serenamente, sulla logica che determina la inutilizzabilità dei medici laureati dopo sei anni di università o dei veterinari che si laureano dopo cinque, mentre grazie all'innovativo principio del *task shifting* - e al comma 566 della Legge di stabilità così come dall'art. 22 del Patto per la salute - Governo e Regioni si apprestano ad affidare compiti tolti ai medici e veterinari specializzati per affidarli a infermieri e tecnici laureati. Decretando inutilizzabili, per legge, e disoccupati medici e veterinari anch'essi laureati.

Il *task shifting* è la ridistribuzione razionale dei compiti all'interno di un gruppo di lavoro sanitario grazie alla quale competenze tecniche specifiche sono spostate da operatori sanitari a qualificazione formale più elevata ad altri di qualificazione formale meno elevata ma specificamente formati e certificati con l'obiettivo di raggiungere un'utilizzo più efficiente delle risorse disponibili.

Secondo alcuni "esperti" si tratta di «*Una modalità razionale di organizzare il lavoro che deve trovare applicazione anche nelle attività di prevenzione del nostro Paese che presenta una situazione di "ingessamento" corporativo particolarmente elevato a causa del peso che viene attribuito al conseguimento di un titolo di studio*». Il DPR 20 dicembre 1979, n. 761 - Stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali, definiva i Ruoli del personale come riportato integralmente di seguito. Si può

Editoriale

facilmente comprendere dalle diverse attribuzioni che il decreto prevedeva come, già allora, che atti più semplici - i quali esistevano sempre in un processo preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo - fossero attribuiti ai giovani medici, veterinari e sanitari laureati nei primi anni di servizio. Ed era previsto che le responsabilità fossero graduate e proporzionali al livello gerarchico e conseguentemente, come è ovvio, alla retribuzione.

Sorprendentemente oggi ci si attarda a discutere se e quali siano gli atti di "non elevata complessità" che i medici e i veterinari dirigenti specializzati possono lasciare ai tecnici della prevenzione o agli infermieri, senza renderci conto che la "complessità" - se segmentata in atti sanitari sempre più semplici - può essere erosa all'infinito e che le professioni sanitarie stanno assumendo ruoli sempre più ampi, ma le responsabilità, specialmente quelle che imputa la magistratura, pare siano sistematicamente ricercate nella dirigenza apicale medica e veterinaria.

Che senso avrebbe altrimenti essere dirigenti e addirittura in taluni casi responsabili di strutture semplici e complesse?

Ma rileggiamo il "vecchio" 761:

«2. *Ruolo sanitario.* - Nel ruolo sanitario sono iscritti in distinte tabelle, per i rispettivi profili, i medici, i farmacisti, i veterinari, i biologi, i chimici, i fisici, gli psicologi, nonché gli operatori in possesso dello specifico titolo di abilitazione professionale per l'esercizio di funzioni didattico-organizzative, infermieristiche, tecnico-sanitarie, di vigilanza e ispezione, e di riabilitazione.

Le tabelle del personale laureato sono articolate in quadri corrispondenti agli specifici settori di attività.

Le tabelle del personale infermieristico, tecnico-sanitario, di vigilanza e ispezione e di riabilitazione sono articolate in quadri corrispondenti al livello di qualificazione professionale degli iscritti. Il personale iscritto nei quadri relativi alla qualificazione più elevata è classificato in due posizioni funzionali.

Il personale laureato del ruolo sanitario è classificato in tre posizioni funzionali.

17. *Assunzione nelle posizioni funzionali di assistente medico e di veterinario collaboratore.* - Alla posizione funzionale di



assistente medico si accede mediante pubblici concorsi per titoli ed esami, ai sensi dell'art. 12, distinti per le aree funzionali di medicina, di chirurgia, di prevenzione e di sanità pubblica.

Alla posizione funzionale di veterinario collaboratore si accede mediante pubblici concorsi per titoli ed esami, ai sensi dell'art. 12, distinti per l'area funzionale della sanità animale e igiene dell'allevamento e delle produzioni animali per l'area funzionale dell'igiene della produzione e commercializzazione degli alimenti di origine animale.

I concorsi sono indetti per ciascuna area funzionale nei limiti dei posti complessivamente vacanti negli organici dei diversi

reparti di specialità, servizi e settori di attività.

Gli assistenti medici e i veterinari collaboratori durante il primo anno di servizio sono utilizzati in servizi, reparti e settori delle aree funzionali, anche diverse da quella di appartenenza, secondo criteri di avvicendamento che devono favorire la formazione interdisciplinare e l'acquisizione di esperienze professionali di carattere generale. Nel successivo biennio sono utilizzati esclusivamente nell'ambito dell'area funzionale di appartenenza.

Al termine del triennio di formazione gli assistenti medici e i veterinari collaboratori sono, a domanda, inquadrati defini-

tivamente nei posti di organico vacanti dei diversi reparti di specialità, servizi e settori di attività nei quali si articola l'area funzionale di appartenenza, sulla base di obiettivi criteri di precedenza, che devono tener conto del servizio prestato, delle attitudini dimostrate e dei titoli professionali e scientifici posseduti. Ai fini dell'inquadramento nella posizione funzionale di assistente radiologo e anestesista è richiesto comunque un servizio continuativo nella disciplina di almeno un anno.

La dotazione organica dei medici assistenti è, nell'ambito dei servizi ospedalieri, di norma pari alla dotazione organica complessiva degli aiuti corresponsabili e vice-direttori sanitari.

18. Concorsi a coadiutore sanitario o vice direttore sanitario o aiuto corresponsabile ospedaliero e a veterinario coadiutore. - Alle posizioni funzionali di coadiutore sanitario o vice direttore sanitario o aiuto corresponsabile ospedaliero e di veterinario coadiutore si accede mediante pubblici concorsi per titoli ed esami, ai sensi dell'art. 12, ai quali sono ammessi coloro che abbiano prestato, dopo il triennio di formazione interdisciplinare di cui al precedente art. 17, due anni di servizio nella disciplina per la quale il concorso è bandito, coloro che abbiano prestato cinque anni complessivi di servizio in detta disciplina e coloro che siano in possesso della libera docenza o specializzazione nella disciplina stessa. Per i concorsi ad aiuto radiologo e aiuto anestesista è comunque richiesta la libera docenza o la specializzazione nella corrispondente disciplina.

19. Concorsi a dirigente sanitario o sovrintendente sanitario o direttore sanitario o primario ospedaliero, a veterinario dirigente e a farmacista dirigente. - Alle posizioni funzionali di dirigente sanitario o sovrintendente sanitario o direttore sanitario o primario ospedaliero, di veterinario dirigente e di farmacista dirigente si accede mediante concorsi pubblici per titolo ed esami, ai sensi dell'art. 12, ai quali sono ammessi coloro che siano in possesso dell'idoneità della disciplina per la quale il concorso è bandito, conseguita mediante l'esame previsto dal successivo art. 20.».

Era inoltre stabilito che il veterinario appartenente alla posizione iniziale svol-

gesse funzioni di supporto e funzioni di studio, di didattica e di ricerca, nonché attività finalizzate alla sua formazione, all'interno dell'area dei servizi alla quale è assegnato, secondo le direttive dei medici veterinari appartenenti alle posizioni funzionali superiori. Il veterinario collaboratore, assunto senza essere specialista, aveva la responsabilità per le attività professionali a lui direttamente affidate e per le istruzioni e direttive impartite nonché per i risultati conseguiti. La sua attività è soggetta a controllo e gode di autonomia vincolata alle direttive ricevute.

Come è facilmente intuibile le cose, nei fatti, non sono molto cambiate.

Il DPR 761 ha 40 anni, ma non disegna scenari obsoleti e totalmente desueti e abbandonati, dice con un lessico solo un po' diverso come funzionano nella realtà i servizi e le strutture. Ma è acqua passata che non macina più.

Quando nel 1992 si inaugurava il processo di aziendalizzazione del SSN e soprattutto la "dirigenza" acquisiva una particolare enfasi anche nel mondo sanitario non era possibile prevedere gli attuali problemi di grave recessione e di riduzione delle disponibilità per il pubblico impiego e per la sanità pubblica. La precedente organizzazione piramidale e gerarchica stava per essere "demolita" in vista di un processo di corresponsabilizzazione collettiva dei sanitari diventati tutti dirigenti, quindi professionisti autonomi nelle personali decisioni operative durante le attività istituzionali loro affidate.

Si trattò di una prospettiva entusiasmante, portatrice di una svolta culturale e professionale storica. Ma non sempre le leopardiane «*magnifiche sorti e progressive*» trascinano automaticamente e con la dovuta convinzione verso nuovi abiti culturali, specialmente se si tratta di esercitare autonomia professionale e assumere responsabilità giuridicamente rilevante.

Quel grande cambiamento è stato utile ai fini contrattuali e al fine di «*mettere a tutta la dirigenza il bastone del comando nello zaino*». Ma tutto questo ha progressivamente perso valore, perché il lavoro in sanità segue strade che non vengono segnate dai decreti e spesso ciò che cambia nome non cambia in realtà natura e modo di essere.

La Dirigenza, anche dopo le riforme del 1992, si articolava in due distinti livelli (I e II) che, pur lasciando sufficienti spazi di autonomia professionale per i singoli, manteneva di fatto ferma la differenza di responsabilità col Direttore di Struttura (II livello) che a tutti gli effetti assumeva su di sé il peso maggiore delle responsabilità correlate agli aspetti organizzativi e gestionali. Questo tipo di gerarchia riproduceva di fatto il modello con un "capo" contornato da una schiera di collaboratori più o meno indipendenti. Ben presto, però, si giunge alla vera svolta che avrebbe dovuto risolvere ogni problema, in particolare quello dei medici non apicali/primari che smaniavano di ottenere la piena autonomia clinica.

Nel 2000 il livello dirigenziale diviene quindi unico e ciò che differenzia i medici e i veterinari sono il contratto individuale e gli incarichi assegnati a ogni singolo dirigente. Divisioni e Servizi, articolati gerarchicamente, avrebbero dovuto diventare per decreto vere e proprie équipes democratiche e paritetiche. Ma qui inizia il problema dell'attribuzione delle responsabilità e dello svolgimento del lavoro di base.

Il Direttore di servizio o struttura complessa diventa un coordinatore incaricato di lavorare per obiettivi, organizzare l'Unità operativa per linee di attività, stimolare e motivare il gruppo, valutare ed esaltare le attitudini individuali nel rispetto della massima autonomia professionale di ciascuno.

In sintesi il suo compito è armonizzare le attività attraverso una "programmazione" adeguata alle reali esigenze gestionali e ai veri bisogni dell'utenza. Nasce così la necessità di definire e concordare con la direzione strategica il cosiddetto *budget*. Con questo passaggio si determina la necessità di un confronto tra direzione strategica e unità operative per una valutazione obiettiva delle risorse necessarie a attivare le linee di attività e volumi prestazionali da garantire nelle diverse strutture.

Questa valutazione avrebbe dovuto anche essere preliminare alla definizione, condivisa e programmata, delle risorse strutturali e di personale da assegnare alle singole unità operative. Un sistema così concepito doveva, quindi, fondarsi su organici ade-

guati costituiti da personale specialista, assolutamente ben formato ed esperto, in grado di affrontare adeguatamente l'impegno richiestogli dal SSN sin dal momento del primo ingresso in servizio.

L'accesso al SSN, regolamentato dalla normativa concorsuale dei decreti 483/97 e 484/97, tiene infatti conto di tutto questo. Tutto questo però non tiene conto dei diversi percorsi formativi specializzanti che, per quanto riguarda i veterinari, non hanno la copertura delle borse di studio invece attive per i medici, non tiene conto della necessità di una formazione specialistica adeguata alle innovazioni dei sistemi agro-zootecnico-alimentari, adeguata a gestire le novità e le criticità epidemiologiche emergenti delle patologie infettive globali, o delle sensibilità etiche verso il benessere animale, né delle complesse innovazioni giuridiche di origine nazionale ed europea. Qualcosa di nuovo, però, si sta purtroppo profilando. Nell'ambito della discussione sull'ex articolo 22 del Patto della Salute, il Governo, in una prima bozza, aveva previsto che al SSN si potesse accedere direttamente anche senza specializzazione con il solo possesso, quindi, del diploma di laurea e abilitazione, ma con un trattamento economico inferiore e senza qualifica dirigenziale.

In una bozza successiva, è stata cassata questa possibilità del "doppio canale" di accesso (con e senza specializzazione) prevedendo un nuovo *iter* per le specializzazioni con creazione di reti regionali formative ospedale/università e realizzazione di un nuovo contratto di formazione e lavoro a partire dall'ultimo anno di specializzazione. Inutile sottolineare che verrebbe necessariamente cambiata anche la normativa di accesso alla dirigenza che, come ricordato, è regolamentata dai Decreti 483/97 e 484/97.

Le Regioni ripropongono il doppio canale d'accesso con inquadramento non dirigenziale e con percorsi di carriera e livelli retributivi determinati dai CCNL. Tutte queste novità, però, riguarderebbero solo i medici.

Dimenticanza o esclusione voluta? Nonostante due nostre richieste inviate al Ministro della Salute, al Ministro dell'Istruzione, alle Regioni e alle Direzioni generali non ci è dato di sapere. O me-

glio: ci è stato fatto intendere che i veterinari avranno un loro provvedimento specifico, insieme ad altre professioni dirigenziali non mediche. In ogni caso, nella considerazione che ciò che è stato previsto per i medici dovrà concettualmente essere esteso anche ai medici veterinari è necessario elaborare la nostra posizione su una problematica che è di importanza decisiva per il futuro della nostra professione all'interno del SSN. Si tratta in primo luogo di non subire una *reformatio in peius*, ma anche di non resistere arroccati su qualche posizione ormai antistorica.

Il doppio canale ci rimanda a una dirigenza veterinaria più esigua, riservata esclusivamente ai responsabili di struttura? Conservando il modello attuale, ma dopo i massicci pensionamenti che la gobba generazionale ci consegnerà nei prossimi 5-10 anni pensiamo di ristabilire i numeri dell'attuale dirigenza o aumenteranno a dismisura i tecnici della prevenzione mentre i colleghi veterinari perderanno la possibilità di essere assunti da semplici laureati, e molto probabilmente anche da laureati specializzati? Difendere il modello attuale con dipendenti solo veterinari specializzati si basa su un'idea qualitativa e anche quantitativa degli organici veterinari futuri?

Aprire una riflessione su questo tema è di rilevanza storica, come lo furono altre che abbiamo affrontato in questi decenni. Non si tratta di demonizzare semplicemente e sbrigativamente questo o quel modello. Si tratta di cogliere le possibilità e governare il cambiamento con intelligenza professionale e sindacale. Quello che viene confusamente prospettato rappresenta plasticamente una delle tante facce della crisi del sistema.

L'assunzione di veterinari non specializzati da collocare in un limbo normo-economico dal quale forse mai potranno uscire per approdare alla dirigenza ci pone ovviamente degli interrogativi. È meglio un servizio veterinario popolato da molti veterinari di base con uno stipendio inferiore a quello della dirigenza, ma comunque a tempo indeterminato e con la prospettiva di reintegrare i ranghi della dirigenza o è meglio rinunciare da subito a questi posti di lavoro per mantenere solo

le figure dirigenziali e sbolognare il lavoro di base ai tecnici della prevenzione? Non dimentichiamo che i veterinari sono professionisti della prevenzione mentre i tecnici sono prevalentemente operatori della repressione. Oppure accettare, più o meno dichiaratamente, una composizione dei servizi in cui la Veterinaria dirigente si restringe a favore della Veterinaria convenzionata che eroga prestazioni specialistiche, ma mantiene una identità libero professionale a tempo indeterminato?

Occorrerà fare anche valutazioni di opportunità sindacale e di rappresentatività in sede contrattuale. È infatti da definire se i veterinari non dirigenti possano costituire rappresentatività per le sigle sindacali dei dirigenti o miste, se il nuovo contratto che si dovrà fare li contemplerà o meno, se il CCNQ delle prerogative sindacali della dirigenza si possa applicare per contiguità anche a loro ecc..

Gli attori sulla scena sono molti, ma poco attivi e spesso ondivaghi. Ministero della Salute e Università tardano a creare corsi di specializzazione in cui siano attivate in convenzione borse di studio come quelle dei medici e convenzioni con i servizi veterinari e con gli IZS per specializzare i veterinari con robuste esperienze sul campo.

Il Ministero della salute non apre un tavolo di confronto sul futuro della nostra professione e, forse, ci riserva una coda applicativa di criteri decisi per i medici. Le regioni sembrano interessate solo a risparmiare abbassando il costo delle prestazioni, quindi ad abbassare il livello degli operatori che devono produrle.

Nonostante il problema del *turn-over* professionale dei servizi del SSN sia all'ordine del giorno, la medicina veterinaria, nelle diverse istituzioni, è in grande difficoltà e non ha ancora provato a darsi un progetto di innovazione e potenziamento sia a livello centrale che periferico. Si tratta quindi di assumere un ruolo proattivo, non solo per offrire uno sbocco lavorativo e professionale ai giovani colleghi, ma anche per garantire l'ingresso nel SSN a giovani veterinari adeguatamente formati e le condizioni perché possano essere specializzati per assolvere il compito sempre più delicato e complesso di tutela della salute umana e animale.