

DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE

Metodologie per definire il fabbisogno di veterinari

Aldo Grasselli

Si dovrà ragionare per specialità di campo se si vorranno tutelare appropriati livelli occupazionali della dirigenza veterinaria

Il Ministro della Salute, insieme ad esponenti tecnici delle Regioni, ha convocato il 31 gennaio 2017 i sindacati della dirigenza medica per discutere sulle “Metodologie per l’individuazione della dotazione organica e del fabbisogno di personale medico”.

In base al combinato disposto legislativo delle norme del DM Salute n. 70/2015 e dell’art- 1 comma 541 della Legge di Stabilità 2016, le Regioni devono determinare la dotazione organica necessaria di personale medico e l’eventuale fabbisogno di nuove assunzioni, anche al fine di rispettare la normativa europea sui riposi e sugli orari di lavoro dei dirigenti medici, veterinari e sanitari del SSN (art. 14, Legge 161/2014).

Il Ministro ci ha consegnato un documento illustrativo dal quale si evince la costituzione di una Commissione tecnica mista Ministero-Regioni che avrebbe licenziato il primo documento tecnico sulla materia.

Il documento, di cui non è dato conoscere in persona gli estensori che vengono individuati genericamente come “Comitato tecnico Ministero Regioni” è irricevibile per tutta una serie di approssimazioni, incongruità, errori metodologici e illogicità.

Il proposito delle parti pubbliche di limitarsi all’ambito ospedaliero ci risparmia come professionisti della prevenzione, ma c’è da temere - comunque - che qualche metodologia venga traslata dal modello ospedaliero e con ancor maggiore inappropriatezza venga a danneggiare il settore prevenzione di

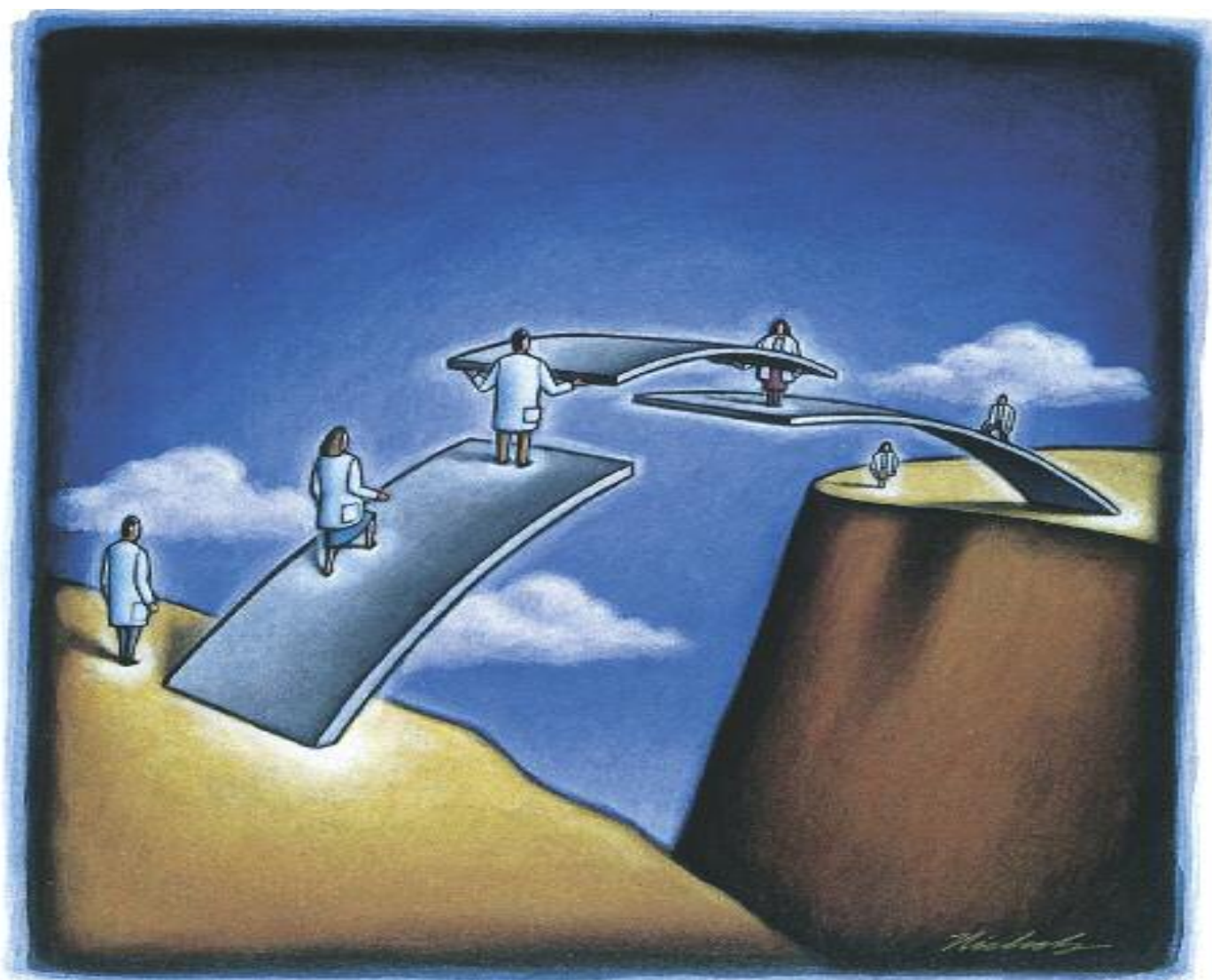
cui, onestamente occorre dire, a nessuno dei politici importa (economicamente vale poco per fortuna) e, in particolare, ben pochi dei tecnici che si occupano dell’argomento per le Regioni hanno una vaga idea della prevenzione veterinaria.

Ciò non vuol dire che si possa immaginare di escludere il territorio e in generale tutti coloro che sono impegnati nella “produzione” di prestazioni da un sistema di misurazione dei fabbisogni occupazionali.

Ciò che sino ad ora è dato comprendere è che Ministero e Regioni hanno un palese bisogno di ridurre la spesa per il personale. Fa freddo e allora bruciamo mobili, porte e finestre.

Questo progetto/non progetto comporterà la concentrazione ulteriore dei presidi, verranno chiusi gli ospedaletti di montagna per le patologie più elementari (chi mai curerà a casa l’anziano con la polmonite? E allora lo sposteranno di 80-100 km nel mega presidio - efficiente come una fabbrica di bulloni - dove morirà in barella?), chiuderanno i punti nascita sotto il numero fatidico di nati/anno etc., mentre le patologie che prevedono interventi programmabili di elezione - molto più remunerative - saranno lasciate al “far west-eldorado” della sanità privata.

Dai tempi delle scuole elementari ci hanno insegnato che è sbagliato contabilizzare pere con mele; nel sistema prospettato per le reti ospedaliere, invece, si cerca di farlo, non dando indici di complessità di struttura o presidio e quant’altro occorre per differenziare e



decidere secondo il principio di appropriatezza, tanto caro agli economisti, ai futuri manager durante i corsi per diventare direttori generali, ai giornalisti di settore e... ai comici.

I tempi di lavoro individuati contengono grossolane inesattezze e per intere specialità non prevedono ad esempio i periodi di congedo per rischio, inoltre non tengono conto delle attività di formazione che, invece, sono oggetto di attenzione quasi religiosa da parte di Agenas (forse per via dei soldi che frutta alla medesima agenzia il sistema ECM). A detta dei colleghi sindacalisti medici chirurghi ospedalieri il modello Veneto mostra una discreta logicità su cui poter lavorare, non ci pare però che altret-

tanto, ad oggi, si possa dire sul Veneto per la Medicina veterinaria pubblica. La segreteria nazionale del SIVeMP ha avviato una serie di consultazioni tra i segretari regionali che dovranno confrontare le diverse esperienze e unificare la nostra proposta metodologica in modo che tenga conto delle specificità agro-zootecniche, artigianali e industriali dei territori, delle caratteristiche sociologiche (urbane, rurali, turistiche, stagionali), dell'ambiente (città, pianura, collina, montagna), delle necessità di poter sopperire in ogni territorio a situazioni emergenziali epidemiche o non epidemiche, della capacità di identificare, seguire e soddisfare il bisogno di salute inespreso.

Proposta di metodologia per il sistema ospedaliero

La metodologia proposta per il settore ospedaliero, incoerente per la prevenzione, ma interessante per capire le modalità di approccio individuate, si articola in due livelli: metodologia per la definizione di un fabbisogno teorico di personale e metodologia per la valutazione dei piani di fabbisogno regionali.

Metodologia per la definizione di un fabbisogno teorico di personale

La metodologia per la definizione di un fabbisogno teorico di personale fa riferimento esclusivamente al fabbisogno

teorico di personale sanitario medico, infermieristico e OSS, che svolge la propria attività in ambito ospedaliero.

I criteri utilizzati per definire il fabbisogno teorico hanno avuto tre driver principali e nello specifico:

1. L'organizzazione della rete di offerta: identificazione del ruolo delle strutture nella rete ospedaliera e di emergenza-urgenza secondo la classificazione del DM n. 70/2015.

2. La produzione: l'attività ospedaliera, specialistica e di emergenza urgenza, erogate in ambito ospedaliero nel corso del 2015.

3. Il tempo di lavoro: rispetto dell'orario di lavoro e della turnistica come previsto dalla Legge n. 161/2014.

Relativamente alla rete di offerta si è tenuta in considerazione la programmazione regionale approvata, o in corso di approvazione, delle reti ospedaliere rispondenti alle disposizioni e ai criteri previsti dal DM 70/2015.

Non tutte le Regioni, però, hanno completato il percorso di definizione/revisione delle reti ospedaliere e di emergenza – urgenza ai sensi del DM 70/2015 e nessuna ha completato l'attuazione del programma.

Per quanto concerne l'attività sono stati utilizzati: i ricoveri ospedalieri (SDO); i flussi di specialistica ambulatoriale (*ex art. 50*); il flusso di prestazioni del pronto soccorso EMUR.

Con particolare riferimento ai flussi di specialistica ambulatoriale occorre tener presente che i dati sono classificati con nomenclatori differenti tra Regione e Regione e non esiste una univoca attribuzione delle prestazioni dei nomenclatori regionali alle discipline di riferimento.

In relazione al tempo è stato utilizzato, come parametro, il numero di ore lavorate per *Full Time Equivalent* (FTE), il quale è stato identificato sulla base delle ore lavorabili a tempo pieno al netto di ore di non presenza per festività infrasettimanale, festività soppresse, ore non assistenziali (formazione), assenza per malattie professionali; aspettative per maternità, motivi di famiglia, per cariche

pubbliche elettive, Legge 104/92, congedo parentale *ex D.lgs. 151/2001*.

È stato pertanto stimato un numero di ore lavorate per la dirigenza medica pari a 1.454 ore, e per il personale del comparto (infermieri, operatori socio sanitari e operatori tecnici dell'assistenza) pari a 1.418 ore.

E la veterinaria pubblica come può entrare in una griglia di questo tipo?

C'è da presumere che con una tale approssimazione descrittiva, allorché si dovrà trattare il tema territorio non verrà fatta attenzione alcuna all'ambito urbano/rurale/montano, alla diversa complessità zootecnica delle grandi aziende di pianura o delle micro aziende rurali, alla disseminazione dei punti di commercializzazione/somministrazione, alla presenza/assenza di canili sanitari/ricovero, alla dimensione stessa e alla conseguente disomogeneità interna alle nuove mega aziende sanitarie.

Metodologia per la valutazione dei piani di fabbisogno regionali

Per la valutazione dei Piani di fabbisogno elaborati dalle Regioni ai sensi di quanto previsto dalla Legge 208/2015 e in coerenza con le indicazioni operative della circolare ministeriale del 26 febbraio 2016 sono stati condivisi dal Tavolo *ex DM 70/2015* i seguenti elementi di valutazione.

a) Requisiti della documentazione trasmessa dalle Regioni:

- completezza della documentazione;
- richieste di assunzioni con il dettaglio delle aziende/strutture e per le discipline;
- dotazione al 31/12/2015 con il dettaglio richiesto;
- la descrizione della metodologia con la quale è stato individuato il fabbisogno di personale;
- l'impatto economico delle richieste di fabbisogno in coerenza con quanto previsto dal c. 544.

b) Approvazione del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera e dell'emergenza-urgenza ai sensi del DM 70/2015.

La valutazione prevede quindi:

- esame della metodologia utilizzata dalla Regione;
- confronto con il fabbisogno teorico (in termini di differenza tra il fabbisogno minimo (FTE min) e la dotazione del personale a tempo indeterminato presente al 31/12/2015 rispetto del limite di spesa di cui all'art. 2 comma 71 della Legge 191/2009).

La metodologia prevede anche l'utilizzo del fabbisogno teorico massimo di personale per tener conto di peculiarità organizzative locali e delle differenti quantificazioni e composizioni del personale con limitazioni funzionali.

A tal fine, viene effettuato anche un confronto tra il fabbisogno teorico massimo di personale (FTE max) e la dotazione a tempo indeterminato al 31.12.2015, al fine di rendere disponibile l'informazione sul surplus di personale da ricollocare in altri settori assistenziali.

Ancora una volta la domanda è: ma i medici veterinari come li determiniamo?

Per il personale medico la metodologia viene applicata per le singole specialità, aspetto che ci impone con urgenza di ragionare per specialità della reale veterinaria di campo (igiene urbana, farmaco e antibioticoresistenza, importazione di alimenti comunitari ed extra comunitari, esportazione delle nostre produzioni alimentari, alimenti esotici, animali esotici, benessere animali allevati per reddito, benessere animali commercializzati, benessere animali custoditi nei rifugi protezionistici, alimentazione animale, fauna inurbata, fauna selvatica, animali marini, malattie indotte dal cambiamento climatico, emergenze non epidemiche etc.), non solo in modo sintetico e anonimo per le tre aree A-B-C, o addirittura per mono servizio veterinario.

Attrezziamoci perché il problema incombe e i nostri livelli territoriali si devono dotare di una nuova cultura negoziale in materia e devono unitariamente elaborare una proposta forte per tutelare appropriati livelli occupazionali della dirigenza veterinaria.