3° CONFERENZA NAZIONALE
DELLA PROFESSIONE MEDICA E ODONTOIATRICA

GUARDIAMO AL FUTURO

Quale medico, quale paziente, quale medicina nel SSN?

19/21 MAGGIO 2016 - PALACONGRESSI - RIMINI

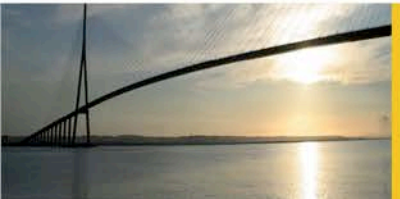
FNOMCeO
Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
www.fnomceo.it

ORGANIZZAZIONE DELL'OSPEDALE

Rimini, 20 maggio 2016

FABBISOGNO DEL PERSONALE

A cura di:
Giuseppe Montante
Vice Segretario Nazionale ANAAO ASSOMED



GUARDIAMO AL FUTURO
Quale medico, quale paziente,
quale medicina nel SSN?

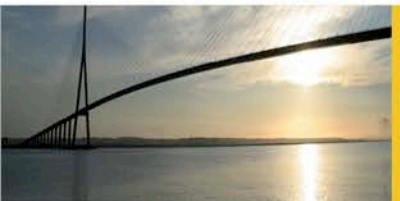
FNOMCeO
Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
www.fnomceo.it

CARENZA DEL PERSONALE E SUE CAUSE

La crescente carenza di personale ed in particolare di medici dipendenti è una delle criticità che maggiormente affligge negli ultimi anni il S. S. N..

Le cause più importanti di tale carenza sono:

- **la crisi economica con il blocco del turnover delle assunzioni;**
- **la concomitante crescita elevata dei pensionamenti dei medici (*gobba pensionistica*);**
- **il perdurare della eccessiva differenza quantitativa fra la produzione annuale di medici specialisti da parte dell'Università e i pensionamenti annuali dei medici;**
- **il perdurare della dispersione del personale in tanti ospedali per l'atteggiamento tiepido delle Regioni nei riguardi degli indirizzi di riorganizzazione ed ottimizzazione della rete ospedaliera.**



GUARDIAMO AL FUTURO
Quale medico, quale paziente,
quale medicina nel SSN?

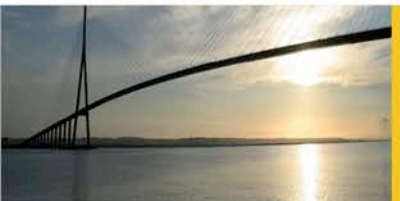
FNOMCeO
Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
www.fnomceo.it

IMPORTANZA DELLA MISURAZIONE DELLA CARENZA

QUANTI MEDICI DIPENDENTI MANCANO NEL S. S. N. ?

La definizione di questa carenza dipende dalla metodologia di misurazione utilizzata e la sua risoluzione recentemente ha assunto ancor più una elevata importanza strategica in conseguenza dei seguenti doveri imposti alle Regioni dal D.M. Salute n. 70/2015 e dal co. 541 dell'art. 1 della Legge di Stabilità 2016:

- **Determinare il fabbisogno di personale dopo aver adottato i necessari provvedimenti generali di programmazione, in coerenza agli standards ed indirizzi programmatori previsti dal suddetto del D.M. Salute.**
- **Garantire il rispetto delle disposizioni dell'Unione Europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro.**



INTERESSE DELLE REGIONI

Nell'attuale situazione del F. S. N., le Regioni avrebbero interesse a spendere il meno possibile per nuove assunzioni e pertanto dimostrare che:

- **la carenza di medici non è poi così elevata ed è soprattutto concentrata nell'area dell'urgenza ed emergenza, dove sono già previsti deroghe finanziate alle assunzioni;**
- **le dimensioni ridotte di questa permetterebbero in parte di compensarla con minor costo, affidando alcune competenze professionali mediche alle altre professioni sanitarie;**
- **non sarebbe necessario modificare l'organizzazione della rete ospedaliera e mettere in crisi i rapporti con i "campanili", con possibili ripercussioni elettorali.**

Da tutto ciò ne deriverebbe che le eventuali inefficienze e carenze qualitative degli ospedali dipenderebbero soprattutto da carenze professionali dei singoli medici e non dalle dimensioni insufficienti delle attuali dotazioni organiche.

IMPORTANZA STRATEGICA DELLA METODOLOGIA TECNICA UTILIZZATA

In questo difficile panorama di interessi contrapposti, assume una elevata importanza strategica la scelta tecnica di una metodologia adeguata alle peculiarità della Sanità e ai seguenti obiettivi collegati alla definizione del fabbisogno di medici:

- **programmazione corretta del costo necessario per il personale;**
- **valutazione del rapporto fra dotazione organica (*costo*) e risultati di produttività ottenuti (*efficienza*);**
- **valutazione del rapporto fra dotazione organica (*costo*) e risultati clinici (*efficacia*).**

METODOLOGIA TECNICA PREVALENTEMENTE UTILIZZATA IN SANITÀ

Si basa sul calcolo dei Carichi di Lavoro di ciascuna figura professionale attraverso la definizione dei tempi medi di esecuzione di una prestazione e/o attività sanitaria (TEMPARI).

Lo strumento tecnico prevalentemente scelto per i Medici è stato fino ad ora quello utilizzato dall'industria manifatturiera (sistema TOP DOWN di origine anglosassone) per misurare i tempi medi di produzione dei prodotti nei lavori ripetitivi a bassa complessità (catene di montaggio).

Il metodo utilizzato è stato quello dell'analisi statistica ponderata al livello regionale dei tempi lavoro rilevati (BENCHMARKING).

RISULTATI E CONSEGUENZE IN SANITÀ

Risultati

Nell'uso concreto, chiaramente inattendibili ed inutilizzabili per soddisfare i suddetti obiettivi.

Conseguenze negative

- **Disastrose per la programmazione delle attività sanitarie e per la valutazione dell'efficienza e del rapporto di questa con l'efficacia clinica.**
- **Sfiducia nei riguardi di qualsiasi metodologia e conseguenziale prevalenza di criteri soggettivi ed opportunistici.**

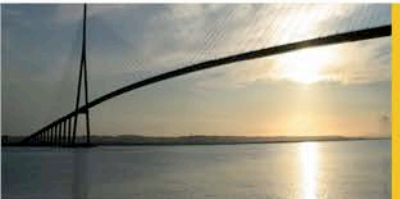
ESISTE UNA METODOLOGIA CORRETTA ?
Riflessioni

1° Riflessione

Il lavoro medico è ad elevata complessità e a questo non si possono applicare i modelli organizzativi e di misurazione propri della catena di montaggio delle industrie.

2° Riflessione

La definizione della dotazione organica necessaria è fortemente influenzata dal ruolo gerarchico dell'ospedale, dal livello tecnologico esistente, dai modelli organizzativi utilizzati e dai piani di lavoro attuativi del reparto e pertanto NECESSITA DI COMPETENZE E CONOSCENZE PROFESSIONALI PROPRIE DEI MEDICI.

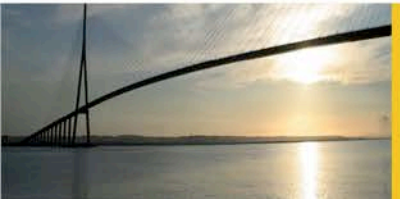


ESISTE UNA METODOLOGIA CORRETTA ?
Riflessioni

3° Riflessione

Da anni è stata definita al livello internazionale una metodologia corretta che tiene conto di queste condizioni e si basa quindi sull'utilizzo di una procedura articolata nel susseguirsi di azioni organizzative (definizione dei modelli organizzativi) e programmatorie (piani di lavoro attuativi) e non su standards quantitativi di tempi di produzione o, peggio ancora, solamente su scelte soggettive avulse da qualsiasi validazione scientifica.

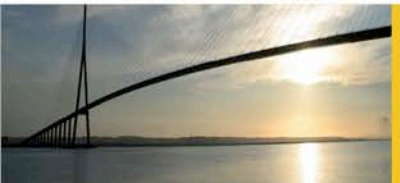
PERCHÉ NON USARLA ?



DESCRIZIONE DELLA METODOLOGIA UTILIZZABILE

La **metodologia corretta** per la definizione della dotazione organica necessaria di medici si articola pertanto nelle seguenti 4 tappe:

I° Tappa — **Definizione al livello regionale di modelli organizzativi standard** specifici individuati per area funzionale ed in alcuni casi per disciplina, tenendo conto delle condizioni organizzative storicamente esistenti e delle eventuali criticità accertate, del ruolo gerarchico dell'ospedale all'interno della rete ospedaliera e della dotazione tecnologica.

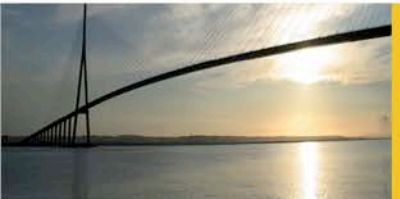


DESCRIZIONE DELLA METODOLOGIA UTILIZZABILE

II° Tappa — **Calcolo nelle az. sanitarie della dotazione organica** di medici dipendenti per ciascuna Unità Operativa, **risultante** dalla formulazione dei **Piani di Lavoro attuativi** dei modelli organizzativi suggeriti nella I° tappa ed **invio al livello regionale** dei risultati.

III° Tappa — **confronto al livello regionale** di tali risultati con quelli già esistenti ed **analisi e valutazione** delle discordanze.

IV° Tappa — **individuazione conclusiva** dei bisogni certi di personale, nel rispetto del D. Lgs. 66/2003 e dei principi di sicurezza organizzativa e clinica.



CONCLUSIONI

Cosa non fare come medici

- **Disinteressarsi a tutti i livelli del problema o sottovalutarlo.**
- **Essere acquiescenti per timidezza o timore.**
- **Demandare per pigrizia ai dirigenti amministrativi regionali e/o aziendali la scelta della metodologia.**

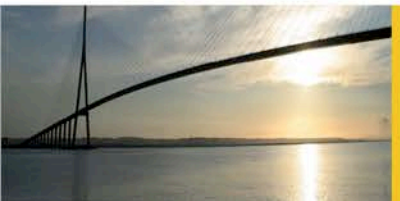
Cosa fare come medici

- **Sorvegliare sulle scelte in merito da parte della Regione e della Azienda.**
- **Criticare a tutti i livelli l'uso di metodologie errate per la Sanità.**
- **Proporre con argomentazioni logiche e tecniche adeguate l'uso della metodologia sopra enunciata.**

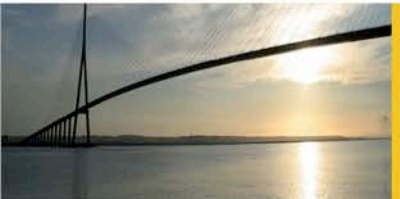
FRASE STORICA

"Ci sono due cose, infatti, la scienza e l'opinione, delle quali l'una produce conoscenza e l'altra ignoranza"

Ippocrate



Grazie dell'attenzione



GUARDIAMO AL FUTURO

Quale medico, quale paziente,
quale medicina nel SSN?

FNOMCeO
Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

www.fnomceo.it