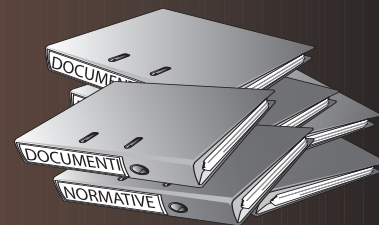


Documenti



Rapporto pubblico-privato in Sanità: realtà e prospettive

Carlo Sizia

I dati di realtà

Possiamo dire, con buona approssimazione, che oggi in Italia la spesa sanitaria pubblica (in rapporto al PIL) viaggia in un range compreso tra 6,5-7% e la spesa sanitaria totale (cioè pubblica + privata) tra l'8,7 ed il 9,2% (ultimi dati sicuri: nel 2004 la spesa sanitaria pubblica è stata del 6,4% e quella totale dell'8,7%; elaborazione OASI su dati OCSE 2006).

Pertanto possiamo dire che la spesa sanitaria privata rappresenta tra il 25 e il 30% della spesa sanitaria totale. Non siamo distanti dalla media UE, con un lieve sottofinanziamento pubblico rispetto alla media UE a 15 membri (6,9-7%, sempre nel 2004, rispetto al nostro 6,4%).

Aspetto più critico è il differenziale che si registra, ormai cronicamente, tra finanziamento pubblico e fabbisogno reale (= spesa effettiva) del nostro SSN: nel 2007, a fronte di un finanziamento pubblico di 97 mld di euro (6,6% del PIL), l'Economia stima una spesa sanitaria almeno di 101,3 mld di euro, ipotizzando ottimisticamente l'efficacia delle misure di calmierazione contenute nella legge finanziaria in corso; ma anche prendendo a riferimento i 7 anni dal 2000 al 2006 (elaborazioni OASI su dati della Relazione generale sulla situazione economica del Paese), si evidenzia un disavanzo medio annuale (rispetto al finanziamento) del 5,1%; ed ancora il Dpef 2006 (che proietta stime ed indirizzi sul quinquennio 2007-2011) prevede un differenziale tra finanziamento (calibrato sempre al 6,6% del PIL) e spesa tendenziale mai inferiore ai 4 mld di euro/anno, in crescita progressiva fino a 6 mld di euro nel 2011.

Che l'attuale situazione economico-finanziaria del SSN, e quindi delle ASL, sia grave, anzi "non tollerabile", non lo dico io, lo dice la Corte dei Conti, per bocca del Relatore Fulvio Balsamo, nella Relazione annuale sulla finanza regionale a fine 2006, da cui risulta: che le ASL hanno "debiti insoluti" per 45 mld di euro (32 mld con i fornitori del SSN e 13 mld nei confronti di altre aziende, Comuni, ecc.); che la spesa sanitaria 2006 è cresciuta del 5,8%, ben oltre l'obiettivo programmato, raggiungendo il 6,9 del PIL; che la spesa sanitaria rappresenta il 14% della spesa complessiva delle pubbliche amministrazioni; che il riparto dei fondi alle Regioni non è tempestivo e che il federalismo fiscale non è decollato; che una delle ragioni dell'incremento del debito nel 2006 (5,5 mld rispetto ai 2,8 mld nel 2005) è rappresentata dalle operazioni di cartolarizzazione di crediti di soggetti privati nei confronti di enti del settore sanitario, attivate dalle Regioni, nonostante il divieto dell'art. 119 della Costituzione, in base al quale esse "possono ricorrere all'indebitamento solo per finanziare spese d'investimento e non anche spese di mero funzionamento".

Naturalmente il finanziamento complessivo (97 mld di euro nel 2007) va poi articolato per i seguenti livelli di assistenza: il 5% per la prevenzione; il 44% per l'ospedaliera ed il 51% per la distrettuale, a sua volta scomposta nelle seguenti voci interne: il 6,9% per la medicina di base ed i pediatri di libera scelta; il 13%

per la specialistica; il 13% per la farmaceutica; il 18% per la restante attività socio-sanitaria territoriale.

Tra la spesa pubblica, deve essere certamente contabilizzata la spesa per l'assistenza convenzionata-accreditata, che presenta percentuali diverse, nelle varie Regioni, rispetto alla loro spesa sanitaria totale per la gestione corrente (con un minimo dell'11-12% per Umbria e Marche e del 16% per la Calabria ed un massimo del 32% per il Lazio, del 27% per la Lombardia, del 24% per la Campania; elaborazione OASI 2005 su dati della Relazione generale della situazione economica del Paese).

Sempre dalla stessa fonte si evince che rispetto alle percentuali anzidette di spesa per l'assistenza convenzionata-accreditata (21% come valore medio nazionale), tenendo conto di una media pro-capite nei servizi sanitari regionali per la spesa corrente totale di 1.618 euro, circa 341 euro sono destinati alla spesa convenzionata-accreditata, metà circa dei quali per la ospedaliera accreditata, e la restante metà per la specialistica, la riabilitativa, la integrativa e protesica e altre forme di assistenza, sempre convenzionate-accreditate.

La ricerca CERGAS/Assolombarda, di cui diremo, peraltro non rileva una correlazione tra elevati livelli percentuali regionali di spesa per l'assistenza convenzionata-accreditata e picchi di spesa sanitaria totale pro-capite per la gestione corrente.

Le Regioni si differenziano anche per quanto riguarda la solerzia negli adempimenti di legge per il nuovo sistema di accreditamento istituzionale (solo quattro, Emilia Romagna, Lombardia, Toscana e Bolzano hanno concluso l'iter; nelle altre le strutture sanitarie operano ancora in regime di accreditamento provvisorio) e per quanto riguarda la gestione dei sistemi di finanziamento dell'assistenza convenzionata-accreditata (rispetto al tariffario nazionale 1997 dei DRG, come dimostra una ricerca del 2006 di CERGAS-Bocconi e Assolombarda, ad esempio la Calabria ha operato un abbattimento indifferenziato del 5%, il Lazio ha incrementato mediamente le tariffe del 4%; la Lombardia ha decurtato le tariffe in misura inversamente proporzionale alla qualità dei servizi per l'emergenza, cioè dal -9,7 al -16%). Per comprendere la realtà dell'ospedalità privata (case di cura accreditate) aiuta un'indagine promossa dall'AIOP nel 2006 e svolta da Ermeneia-Studi & Strategie di Sistema, da cui si evince: che le strutture ospedaliere private accreditate rappresentano il 44% del totale degli ospedali italiani, ma che il numero dei loro posti/letto è solo il 21,3% del totale dei posti/letto ospedali italiani, con un numero di degenti del 15,3% e un rapporto di giornate di degenza del 18,8% rispetto alle giornate di degenza totali degli ospedali italiani e con un numero di addetti che è solo del 12% rispetto alle dotazioni organiche complessive degli ospedali italiani. Si tratta quindi, mediamente, di piccole realtà assistenziali, non dedite alle attività sanitarie più complesse, con personale numericamente contenuto.

Per ritornare alla spesa sanitaria privata vera, cioè a quel 25% circa di consumo sanitario out of pocket (non alla spesa pubbli-

ca gestita dal privato accreditato), occorre richiamare alcuni dati (quali emergono da una ricerca Ceis-Sanità, Facoltà di Economia, Università Tor Vergata di Roma, su dati ISTAT e pubblicata sul n. 3/2006 della Rivista "Sanità pubblica e privata").

Dalla ricerca emerge:

- che il consumo sanitario out of pocket è destinato essenzialmente, per le fasce a reddito medio-basso della popolazione, alla farmaceutica, all'assistenza specialistica e alle analisi (in larga misura per l'effetto dei ticket), nonché alle cure odontoiatriche e alle cure per la disabilità;
- che, con le classi di popolazione a reddito più elevato, cresce il valore percentuale relativo delle spese per l'assistenza ospedaliera e odontoiatrica, rispetto alle altre spese sanitarie;
- che il rischio di impoverimento, o di dover andare incontro a spese catastrofiche per le prestazioni sanitarie non coperte dal sistema pubblico delle garanzie sociali, riguarda, rispettivamente, l'1,3 ed il 4,2% della popolazione;
- che le tipologie familiari più a rischio sono la persona sola con 65 anni e più e la coppia senza figli con Persona di riferimento con 65 anni e più e la coppia con 3 o più figli.

Prospettive da incoraggiare

1. Il rapporto pubblico-privato non è nuovo in Sanità; il problema non è quindi l'esistenza del privato accanto al pubblico in Sanità, ma il "modo di essere" di queste due realtà. Perché possano coesistere senza danno per la salute dei cittadini e per il bilancio delle Istituzioni titolate a garantire l'assistenza sanitaria, occorre:

- che a livello regionale si programmino per integrare funzionalmente e armonizzare ciò che è a gestione pubblica piuttosto che privata;
- monitorare, sempre a livello regionale, i diversi sistemi gestionali della salute per valutarne i costi relativi, i tipi di prestazioni erogate e la loro qualità;
- evitare di favorire un sistema o l'altro partendo da posizioni preconcepite, che prescindano cioè dall'analisi combinata delle uniche logiche che devono indirizzare in questo settore: quella funzionale (qualità, appropriatezza ed efficacia) e quella economica.

2. Nodo essenziale per la credibilità del sistema sanitario è il processo di accreditamento (delle strutture e dei professionisti), che deve basarsi su criteri univoci, oggettivi, chiari e verificabili. L'autorità che concede e certifica l'accreditamento deve essere, a mio giudizio, "terza" rispetto agli erogatori (pubblici, privati-profit o no-profit che siano). A mio giudizio, la triplice procedura della concessione di pubblico servizio, di cui al D.Lgs. 229/99 (autorizzazione, accreditamento, accordi contrattuali di fornitura) andrebbe unificata nelle procedure autorizzative (autorizzazione e accreditamento), ancorate a parametri tecnici oggettivi e indelegabili (requisiti strutturali, strumentali, organizzativi, di personale). La concessione di pubblico servizio si perfezionerà invece solo nel momento della definizione dell'accordo contrattuale di fornitura, a cui tutti i produttori accreditati devono essere messi in grado di poter concorrere, sulla base di precisi standards qualità-prezzo, anche se la Regione non può essere vincolata alla stipula di accordi di fornitura con tutti i soggetti accreditati in possesso dei requisiti richiesti. In nessun settore infatti, come in quello sanitario, non è tanto la domanda che crea l'offerta, ma

piuttosto l'offerta che crea la domanda. Nel sistema potranno così operare elementi di calmierazione dei consumi sanitari, rappresentati: dall'alto, le procedure di autorizzazione-accreditamento e la selezione operata dagli accordi di fornitura (con tanto di tetti prestazionali predefiniti e di regressioni tariffarie in caso di supero dei volumi concordati) e dal basso attraverso l'imposizione di tickets di partecipazioni alle spese sanitarie, anche di entità modesta, ma generalizzati, fatti naturalmente salvi gli indigenti veri e gli affetti da patologie sicuramente cronico-invalidanti.

3. Bisogna abbandonare la politica del sottofinanziamento pubblico della Sanità, non producendo alcun vantaggio la sottostima annuale delle necessità di sistema in misura di 4-5 mld di euro. Infatti è sbagliato, se questa è l'intenzione, voler privilegiare il privato semplicemente attraverso il sottofinanziamento del sistema sanitario pubblico, visto che le ASL rimangono comunque "gestori necessari" del Servizio stesso e tenuto conto che sul "pubblico" grava e graverà comunque il peso delle attività sanitarie più impegnative (emergenza, oncologia, trapianti, centri-ustionati, lunga degenza e riabilitazione, AIDS, ecc.), oltre che il dovere di assicurare la capillarità del servizio.

4. Andrà anche semplificato l'attuale meccanismo di finanziamento del SSN (trasferimenti centrali, partecipazioni all'IVA, IRAP, accisa sulla benzina, bollo auto, ticket farmaceutici e loro eventuali incrementi su base regionale, ticket sul Pronto soccorso, eventuali addizionali IRPEF ed IRAP, cartolarizzazioni, ecc.), trovando risorse anche per mettere a "norma di sicurezza" strutture ed attrezzature sanitarie ed ospedaliere, in ottemperanza a previsioni di legge vecchie ormai di 13 anni, e finora disattese, e per toglierci dalla posizione del fanalino di coda "dell'Europa che conta" in materia di risorse in conto capitale e per la ricerca. Ben vengano anche i fondi sanitari integrativi, su base privata/assicurativa, purché solo con fini di integrazione e completamento, non per sostituire assistenza sanitaria e contribuzione pubbliche.

5. Oggi, accanto a soggetti pubblici e privati, vengono sempre più coinvolti come parte attiva nella realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sanitari e sociali anche soggetti privati di utilità sociale non lucrativi (ONLUS): tali sono fondazioni, cooperative sociali, enti di patronato, organismi di cooperazione, associazioni di volontariato, ecc., favoriti tutti da una specifica normativa tributaria.

Io personalmente, ed il sindacato che rappresento, riteniamo necessaria una legislazione chiara ed organica sull'associazionismo sociale, in quanto il sistema sanitario e sociale paga i servizi resi da tali Organizzazioni mediante tariffe concordate, convenzioni, attribuzioni di fondi, ecc., e quindi bisogna evitare: concorrenza sleale con il privato societario e lo stesso SSN; il ricorso a forme di sottoretribuzione o precariato a danno del personale sanitario addetto al settore; l'indistinguibilità con il "volontariato puro" non finanziato dallo Stato; l'accesso a legislazioni di favore per fondazioni già accreditate con il SSN, con conseguente squilibrio a danno delle strutture direttamente gestite dalle aziende sanitarie pubbliche. Ma soprattutto occorre subordinare strettamente la gestione delle ONLUS che operano in Sanità ai vincoli dell'accreditamento e della programmazione su base regionale.

6. Anche il sistema budgettario e le prestazioni a tariffa andranno riequilibrare, per conciliare le esigenze di carattere amministrativo-gestionali con quelle clinico-assistenziali. Infatti, dopo l'enfasi iniziale (a cui solo la CIMO-ASMD non ha partecipato), si è finalmente preso atto che il sistema dei DRG tende sì ad indirizzare il finanziamento delle unità operative in relazione alle attività effettivamente svolte, ma orienta il controllo di gestione (e gli eventuali incentivi di risultato per il personale) più sul "costo riconosciuto" (= tariffa), che non sul costo effettivo, cioè sulla spesa richiesta per il trattamento del singolo caso clinico, specifico per il profilo di cura adottato.

Ed allora bisogna:

- determinare i costi dei "casi trattati", in rapporto ai diversi profili di cura, per eliminare le discrepanze (per eccesso o per difetto) tra tariffe riconosciute e costi effettivi delle prestazioni erogate;
- determinare ed adottare uno specifico tariffario aziendale, in modo che le tariffe riconosciute non siano inferiori ai costi effettivi delle prestazioni erogate nelle specifiche realtà;
- adottare un tariffario regionale, articolato mediante "fattori di correzione" in rapporto alla complessità delle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate (a maggior complessità e specializzazione corrispondono infatti maggiori costi);
- in ambito "privato" bisognerà prevedere meccanismi tariffari che scoraggino la selezione delle prestazioni secondo calcoli utilitaristici, cioè solo delle prestazioni meno complesse e più convenienti.

7. Pur essendo auspicabile un completamento del processo incompiuto del cosiddetto "federalismo fiscale", bisogna altresì prendere atto che un sistema sanitario nazionale, per essere tale, non può tollerare eccessive disomogeneità territoriali nei livelli di assistenza (da cui la necessità comunque di prevedere Fondi di riequilibrio interregionali) e disparità eclatanti nell'ordinamento del personale sanitario che opera nei diversi settori di attività del Servizio (aspetti normativi, assetti retributivi nelle voci fondamentali e accessorie, meccanismi di incentivazione, libera professione, ecc.).

8. Infine credo indispensabile una revisione dell'assetto istituzionale della riforma sanitaria Bindi, almeno con i seguenti obiettivi: a) stabilizzare competenze e poteri tra i tre livelli di gestione della Sanità (centrale, regionale, locale); b) reintrodurre sistemi di selezione ed articolazione di carriera del personale sanitario su basi oggettive e meritocratiche; c) distinguere nettamente, e questa volta efficacemente, tra indirizzo politico e gestione tecnica nella amministrazione del bene-salute, che è il vero "flop" delle riforme sanitarie da De Lorenzo a Bindi.

Credo che, se non si realizzeranno queste prospettive, quindi se non ci sarà fermezza e autorevolezza nella programmazione, organizzazione e gestione di qualità dei servizi sanitari, ai vari livelli di competenza, non solo sarà difficile integrare e armonizzare pubblico e privato in Sanità, e quindi evitare duplicazioni, sprechi, inefficienze, ma la stessa Sanità pubblica conserverà in sé tutte le contraddizioni che potranno portarla, malauguratamente, all'implosione.

I contratti atipici dei medici che operano nelle strutture sanitarie pubbliche

Carlo Sizia

Innanzitutto sono definiti "atipici", od anche "flessibili", i contratti in qualche modo diversi dal prevalente rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato e a tempo pieno, proprio delle pubbliche amministrazioni.

E veniamo ora alle diverse tipologie contrattuali.

1. Contratti a tempo determinato.

Non tratterò approfonditamente di questo tipo di contratto perché è, tra i contratti cosiddetti "atipici", il più vicino ai contratti tipici. Richiamata la disposizione che "ai dirigenti assunti a tempo determinato si applica il trattamento economico e normativo" previsto dai vigenti CCNL di area medica "per le relative posizioni a tempo indeterminato" (art. 16, c.5, del CCNL 5/12/1996, come sostituito dall'appendice contrattuale del 5/08/1997), ricordo che per la selezione dei dirigenti da assumere "per il conferimento di incarichi provvisori non rinnovabili di durata non superiore a otto mesi per la copertura di posti vacanti o disponibili per assenza o impedimento del titolare" si procede (art. 9 della legge 207/85, richiamato dal comma 3 dell'art. 16 del CCNL 5/12/1996) "a seguito di pubblica selezione per titoli, con graduatoria effettuata dal Comitato di gestione della USL (oggi: dal direttore generale, tramite l'Ufficio gestione risorse umane della ASL) purché, per i posti vacanti, sia stato preventivamente bandito il concorso per la copertura del posto cui l'incarico si riferisce".

In realtà il termine di tali contratti, teoricamente "non rinnovabili", può essere eccezionalmente prorogato, con il consenso del dirigente, "non più di una volta e per un periodo non superiore alla durata del contratto iniziale" (art. 16, c. 7).

Successivamente ancora (art. 16, c. 8), il medesimo dirigente può essere riassunto con un ulteriore contratto a tempo determinato, "solo dopo il decorso di quindici ovvero di trenta giorni dalla data di scadenza del precedente contratto, rispettivamente, inferiore o superiore ai sei mesi".

Mi preme qui segnalare due "inconvenienti" significativi dei contratti a tempo determinato:

a) il fatto (richiamato dall'art. 1, c. 3, del CCNL 3/11/2005) che, ai sensi dell'art. 16, c. 4, del CCNL 5/12/1996, "In nessun caso il rapporto di lavoro a tempo determinato può trasformarsi in rapporto di lavoro a tempo indeterminato". Qualche dubbio poteva sorgere dopo l'applicazione in Italia del D.Lgs. 368/2001, in attuazione della direttiva 1999/70/CE relativa all'accordo-quadro sul lavoro a tempo determinato, dove (art. 5) è prevista la possibilità di una loro trasformazione a tempo indeterminato quando il rapporto di lavoro prosegue dopo il termine inizialmente fissato. In realtà (art. 10, c. 4, dello stesso D.Lgs. 368/2001) i rapporti dei dirigenti sono esclusi dal campo di applicazione del D.Lgs. 368/2001, tranne che per gli artt. 6 e 8 (principio di non discriminazione e formazione).

Infine, l'ARAN (nota 20 febbraio 2002 n. 1943, punto 31) ha confermato la "impossibilità di trasformare il rapporto di lavoro a tempo determinato in quello a tempo indeterminato, materia tuttora regolata dall'art. 36, c. 2, del D.Lgs. 165/2001, non disapplicato dal decreto in esame", cioè dal D.Lgs. 368/2001.

E l'art. 36, c. 2, del D.Lgs. 165/2001 vieta per l'appunto la trasformazione a tempo indeterminato dei rapporti già a tempo determinato, "fermo restando ogni responsabilità e sanzione" in capo alla ASL "per la violazione di disposizioni imperative riguardanti l'assunzione o l'impiego di lavoratori, da parte della pubbliche amministrazioni".

Da ultimo, una recente Sentenza della Corte di giustizia europea (cause C-53 e C-180/04) ha stabilito che non è contraria all'ordinamento comunitario una normativa nazionale che escluda, solo nel settore pubblico, la creazione di un rapporto di lavoro a tempo indeterminato anche nel caso di utilizzo abusivo di una successione di contratti a tempo determinato. I Giudici europei hanno però stabilito che ci deve essere una misura effettiva destinata ad evitare e, eventualmente, sanzionare un utilizzo abusivo delle ripetizioni di contratti a tempo determinato;

b) il secondo inconveniente è che la discontinuità cronologica tra diversi periodi di lavoro ha riflessi negativi in termini previdenziali. Ad entrambi questi inconvenienti ha inteso porre rimedio l'intesa del luglio 2007 in materia di lavoro tra Governo e Sindacati confederali attraverso la promessa (da parte del Governo, rappresentato dal Ministro Damiano) secondo cui, dopo 36 mesi di contratto a tempo determinato scatterà l'assunzione a tempo indeterminato, nonché di un decisivo miglioramento della disciplina previdenziale in materia di ricongiunzione, contribuzione volontaria e/o figurativa, totalizzazione dei diversi segmenti contributivi anche in presenza di brevi e discontinui periodi lavorativi.

2. Contratti di fornitura di prestazioni di lavoro temporaneo (lavoro temporaneo o interinale).

Ai sensi della legge 24 giugno 1997, n. 196, tali contratti consentono ad una "impresa di fornitura di lavoro temporaneo", iscritta ad un apposito Albo istituito presso il Ministero del Lavoro, di porre uno o più lavoratori, di seguito denominati "prestatori di lavoro temporaneo", a disposizione "di un'impresa che ne utilizzi la prestazione lavorativa", di seguito denominata "impresa utilizzatrice".

Il contratto di fornitura di lavoro temporaneo può essere concluso (art. 1, c. 2, L. 196/1997):

- a) nei casi previsti dai CCNL della categoria di appartenenza dell'impresa utilizzatrice;
- b) nei casi di temporanea utilizzazione in qualifiche non previste dai normali assetti produttivi aziendali;
- c) nei casi di sostituzione dei lavoratori assenti.

Le anzidette tre condizioni non operano (art. 11, c.1) quando il contratto di fornitura di lavoro temporaneo riguardi prestatori con qualifica dirigenziale.

È vietata invece la fornitura di lavoro temporaneo (art. 1, c. 4):

- a) per le qualifiche di esiguo contenuto professionale, individuate nei contratti collettivi della categoria di appartenenza dell'impresa utilizzatrice;
- b) per la sostituzione di lavoratori che esercitano il diritto di sciopero;
- c) presso unità produttrici nelle quali si sia proceduto, entro i dodici

mesi precedenti, a licenziamenti collettivi che abbiano riguardato lavoratori adibiti alle mansioni cui si riferisce la fornitura;

d) presso unità produttive nelle quali sia operante una sospensione dei rapporti e una riduzione dell'orario, con diritto al trattamento dell'integrazione salariale;

e) a favore di imprese che non dimostrano alla Direzione provinciale del lavoro di aver effettuato la valutazione dei rischi ai sensi del D.Lgs. 626/1994.

f) per le lavorazioni che richiedono sorveglianza medica speciale e per lavori particolarmente pericolosi.

Il contratto per le prestazioni di lavoro temporaneo (art. 3 L. 196) è il contratto con il quale l'impresa fornitrice assume il lavoratore (a tempo determinato, corrispondente alla durata della prestazione lavorativa presso l'impresa utilizzatrice, ovvero a tempo indeterminato). Nell'ipotesi di un contratto a tempo indeterminato il lavoratore rimane a disposizione dell'impresa fornitrice (che provvede a corrispondergli una precisa indennità di disponibilità) per i periodi in cui non svolga la prestazione lavorativa presso un'impresa utilizzatrice.

Il prestatore di lavoro temporaneo svolge la propria attività secondo le istruzioni impartite dall'impresa utilizzatrice per l'esecuzione e la disciplina del rapporto di lavoro ed è tenuto inoltre all'osservanza di tutte le norme di legge e di contratto collettivo applicate ai lavoratori dipendenti dell'impresa utilizzatrice e gli viene corrisposto "un trattamento non inferiore a quello cui hanno diritto i dipendenti di pari livello dell'impresa utilizzatrice" (art. 4, commi 1 e 2, L. 196).

Proprio in ottemperanza di questa legge, nonché delle disposizioni contenute nel nuovo art. 36, c. 7, del D.Lgs. 29/93 (come modificato dall'art. 22 del D.Lgs. 80/98, ora art. 36, c. 1, D.Lgs. 165/2001), che ha introdotto anche per le pubbliche amministrazioni la possibilità di utilizzare forme flessibili di lavoro, le Confederazioni sindacali e l'ARAN hanno sottoscritto il 9 agosto 2000 il CCNQ per la disciplina del rapporto di lavoro per il personale assunto con contratto di fornitura di lavoro temporaneo, come punto di riferimento per la contrattazione collettiva nazionale dei vari Comparti.

Le pubbliche amministrazioni hanno subito visto nel contratto di lavoro interinale la possibilità di assicurare una provvista di personale senza passare per il concorso pubblico, sia pur semplificato ed accelerato (per il lavoro temporaneo infatti la via maestra è una normale gara di appalto e la selezione del personale si ritiene già svolta dall'agenzia - o azienda fornitrice - di lavoro interinale). Per contro nel pubblico impiego, a differenza del privato, non è possibile convertire questo tipo di rapporto in un rapporto a tempo indeterminato, perché si deve pur sempre passare attraverso il concorso pubblico, ai sensi dell'art. 97, c. 3, della Costituzione.

In definitiva, l'effettiva ripartizione tra contratti a tempo determinato e contratti interinali di fornitura di lavoro temporaneo dovrebbe incentrarsi su un'esigenza sempre temporanea, ma più breve, per l'interinale e di più lunga durata (o reiterata) per il tempo determinato. Si ricorrerebbe più facilmente all'interinale, inoltre, nei casi di urgenza o nei casi di professionalità non presenti nell'amministrazione, o addirittura non esistenti nell'ordinamento professionale o nell'organizzazione aziendale.

La contrattazione collettiva di comparto (compreso il CCNL integrativo 20/09/2001 del Comparto sanitario) ha introdotto il con-

tratto di lavoro interinale e previsto che i contratti di fornitura di lavoro temporaneo non possano superare il tetto massimo del 7%, calcolato su base mensile, dei lavoratori a tempo indeterminato in servizio presso l'ente utilizzante. La contrattazione collettiva non ha invece introdotto il lavoro interinale nei contratti delle aree dirigenziali. Per tutte le ragioni anzidette, non dovrebbero esserci, oggi, medici operanti nelle strutture sanitarie pubbliche con contratti di questo tipo, e invece dalle risultanze del Conto annuale 2005 del Ministero dell'Economia-Ragioneria generale dello Stato, pubblicato a fine 2006, emergono alcuni medici inquadrati con tale tipo di rapporto, rispetto alle migliaia di Colleghi titolari di contratto a tempo determinato.

3. Contratti di formazione-lavoro.

I contratti di formazione lavoro, previsti dalla legge 451/1994 e dalla stessa legge 196/1997, art. 15, e regolarmente previsti anche dalle disposizioni del CCNL del Comparto sanitario, non sono invece contemplati nella disciplina contrattuale di area medica. Ha invece la natura di contratto di formazione-lavoro il "contratto di formazione specialistica" (schema-tipo), di cui al DPCM, sottoscritto dal Presidente del Consiglio il 6 luglio 2007, che gli specializzandi dovranno stipulare con l'Ateneo e la Regione in cui ha sede la loro Scuola di specializzazione.

Lo schema di contratto-tipo è l'ultimo provvedimento mancante per attuare il D.Lgs. 368/99, che aveva previsto contratti di formazione-lavoro per garantire adeguata remunerazione ai futuri specialisti.

Gli elementi essenziali di questo contratto sono: retribuzione fissa di 22.700 lordi/anno, cui si aggiungono 2300 lordi/anno di parte variabile per i primi due anni del Corso, che diventeranno 3.300 /lordi/anno negli anni successivi. Gli specializzandi avranno altresì: tutela previdenziale (iscrizione alla gestione separata INPS ex art. 2, c. 26, L. 335/95); tutela assicurativa per la responsabilità civile e gli infortuni, ferie, nonché le garanzie di legge per la maternità.

L'ammissione alla Scuola di specializzazione avviene, nei limiti dei posti globalmente a disposizione nel contesto della programmazione, secondo modalità e criteri determinati dal Ministro dell'Istruzione, sia per le prove d'esame che per i titoli.

L'accesso alle prove è consentito anche ai già diplomati in altre specialità, a seguito di un recente intervento della Cassazione. L'esame di ammissione è configurato come unico a livello nazionale, anche se è tenuto presso le singole sedi universitarie e la valutazione delle prove e dei titoli considerabili è stabilita con l'applicazione di parametri, ai fini della parità di trattamento, oggettivi, circa il peso da attribuire ai titoli e alle prove d'esame. È chiaro che si sente la mancanza di un contratto di formazione-lavoro a disposizione degli ospedali di insegnamento (che in realtà non sono mai nati), come momento formativo quinquennale necessario e sufficiente per l'accesso alla carriera stabile del ruolo sanitario (profilo medici), in luogo del titolo di specializzazione universitaria.

4. Contratti di natura libero-professionale.

Si tratta di contratti civilistici ai sensi degli artt. 2.230 e seguenti del codice civile (prestazione di opera intellettuale).

Sono solamente dei contratti che non tutelano affatto il prestatore d'opera.

Innanzitutto la discrezionalità dell'amministrazione nella scelta del professionista medico è totale.

I contenuti economici non superano solitamente di molto i compensi degli specializzandi, pur trattandosi di medici già specializzati (compenso medio: circa 2.000 lordi/mese).

Solitamente il contratto non prevede un impegno orario preciso e dettagliato, ma comunque risulta collocabile tra le 30 e le 38 ore settimanali.

Non esistono tutele riguardanti malattia, ferie, maternità, né esistono contribuzioni previdenziali (salvo quella dovuta all'ENPAM, quota B del Fondo generale), né coperture assicurative per la responsabilità civile e, talora, neppure per gli infortuni.

I contratti che le ASL stipulano con i medici professionisti assomigliano più alle convenzioni degli specialisti ambulatoriali, che ai contratti dei medici dipendenti; in tal senso si spiegano i frequenti rifiuti dei medici professionisti nei confronti dei servizi di guardia medica.

Se si stima comunque il loro compenso, rispetto all'impegno orario comunque prestato, si tratta di compensi attorno ai 7-8 euro/ora, rispetto agli oltre 15 dei medici dipendenti neo-assunti.

Non ho invece considerato come "contratti atipici" i rapporti che alcuni medici specialisti ambulatoriali (area SUMAI) intrattengono con alcuni ospedali pubblici perché si tratta piuttosto di "convenzioni atipiche", che di contratti atipici. L'accesso di questi professionisti negli ospedali avviene comunque secondo una logica di graduatoria specifica di settore e relativo scorrimento.

5. Non mi risulta che negli Ospedali operino Colleghi assunti ai sensi della Legge sui lavori socialmente utili (LSU), cioè del d.l. 510/1996, convertito con modificazioni nella L. 608/1996, e successive modificazioni, nonostante che i progetti di lavori socialmente utili si rivolgano in particolare ai servizi alla persona, soprattutto con riguardo all'infanzia, all'adolescenza, agli anziani, alla riabilitazione e recupero dei tossicodipendenti, ai portatori di handicap e ad interventi mirati nei confronti delle devianze sociali.

E neppure mi risulta operino negli ospedali medici assunti con i nuovi contratti flessibili, di cui alla legge Biagi (L. 30/2003), anche perché il decreto attuativo di tale legge (cioè il D.Lgs. 276/2003) dice chiaramente che "Il presente decreto non trova applicazione per le pubbliche amministrazioni e per il loro personale" (art. 1, c. 2).

6. Contratti a tempo determinato ex art. 15-septies D.Lgs. 502/92, e successive modificazioni e integrazioni.

Con il 15-septies viene consentita ai direttori generali la facoltà di "conferire incarichi per l'espletamento di funzioni di particolare rilevanza e interesse strategico, mediante la stipula di contratti a tempo determinato e a rapporto esclusivo, entro il limite del 2% della dotazione organica della dirigenza, a laureati di comprovata qualificazione professionale che abbiano svolto attività in organismi pubblici o privati o aziende pubbliche o private con esperienza acquisita per almeno un quinquennio in funzione dirigenziali apicali o che abbiano conseguito una particolare specializzazione professionale, culturale e scientifica desumibile dalla formazione universitaria e postuniversitaria, da pubblicazioni scientifiche o da concrete esperienze di lavoro e che non godano del trattamento di quiescenza".

Il D.Lgs 254/2000 (art. 2) ha aggiunto all'art. 15-septies il comma 5-bis, con il quale viene ammessa la possibilità, per le aziende, di acquisire personale non dirigente dei ruoli sanitario e amministrativo per soddisfare le esigenze connesse all'espletamento dell'attività libero professionale, quando l'attività di collaborazione non possa essere assicurata da personale già dipendente, nonché personale medico per specifici progetti finalizzati all'esercizio dell'attività libero-professionale.

Tali contratti hanno durata da 2 a 5 anni; la scelta del professionista cui conferire l'incarico è pienamente discrezionale. Il trattamento economico, definito nel contratto individuale di lavoro, è determinato sulla base dei criteri stabiliti nei contratti collettivi della dirigenza del SSN, e di solito si richiama ai livelli delle posizioni apicali.

Se l'incarico va ad un dipendente di pubbliche amministrazioni, viene collocato in aspettativa senza assegni con riconoscimento dell'anzianità di servizio. Questi incarichi dirigenziali rendono contestualmente indisponibili posti di organico della dirigenza per i corrispondenti oneri finanziari.

Sulla base dell'art. 15-septies (che è poi identico all'art. 19, c. 6, del D.Lgs 165/2001), molte amministrazioni hanno largheggiato nell'attribuire anche "consulenze esterne", per cui la legge Bersani (L. 248/2006) ha disposto l'integrazione dell'art. 53, c. 14, del D.Lgs. 165/2001, prevedendo l'obbligo per la Pa di rendere noto l'elenco dei propri consulenti indicando l'oggetto, la durata ed il compenso dell'incarico, mediante l'inserimento nelle proprie banche dati accessibili al pubblico per via telematica. Inoltre la stessa legge ha introdotto, al comma 16 dell'art. 53 del D.Lgs. 165/2001, l'obbligo a carico del Dipartimento per la Funzione pubblica, di riferire al Parlamento ogni anno sui dati raccolti sugli incarichi e consulenze, attribuendo al Dipartimento stesso il potere di prendere tutte le misure ritenute necessarie per garantire la pubblicità e la trasparenza degli incarichi e delle consulenze.

Su questa materia è ancora intervenuta la legge finanziaria 2007 (L. 296/2006), prevedendo (c. 593) l'obbligo di pubblicazione sul sito Web della pubblica amministrazione, dei compensi e delle retribuzioni dei dirigenti con incarico conferito ai sensi dell'art. 19, c. 6, del D.Lgs. 165/2001, nonché di consulenti, membri di Commissioni e Collegi.

7. Contratti ex art. 15-octies (contratti per l'attuazione di progetti finalizzati, o co.co.co., o co.co.pro., o contratti a progetto).

Con l'art. 15-octies viene consentito alle aziende sanitarie di assumere "con contratti di diritto privato a tempo determinato soggetti in possesso di diploma di laurea ovvero di diploma universitario, di diploma di scuola secondaria di secondo grado o di titolo di abilitazione professionale, nonché di abilitazione all'esercizio della professione, ove richiesta, per l'attuazione di progetti finalizzati, non sostitutivi dell'attività ordinaria."

Questa tipologia di rapporto, in particolare, non oggetto di regolamentazione contrattuale, è parasubordinato-simile; la durata del rapporto è solitamente di otto mesi, rinnovabili; il contenuto economico è solitamente di poco superiore ai valori delle retribuzioni degli specializzandi e/o dei contratti libero professionali.

Hanno obbligo di contribuzione previdenziale alla gestione separata INPS. Recentemente è stata introdotta per loro (Circolare INPS 76 del 16 aprile 2007) la indennità di malattia, ma con molti limiti (niente tutela per i primi 4 giorni di malattia; presenza di

almeno tre mesi di contribuzione, anche non continuativi, nei 12 mesi precedenti l'inizio della malattia; reddito annuo non superiore a 59.834 euro, ecc. ecc). Deludenti le tutele in materia di ferie, di garanzie assicurative, maternità, ecc.

8. Alcuni Autori, o commentatori, includono tra i "contratti atipici" anche il contratto ad impegno orario ridotto (part-time), che in realtà può essere a tempo determinato o indeterminato, nonché il telelavoro.

In tema di part-time, per il settore pubblico, c'è stata una regolamentazione precedente al D.Lgs. 61/2000, ossia tramite le norme contenute nella legge 662/96, e successive modificazioni, che hanno regolamentato il part-time in modo un po' diverso dal settore privato, rendendo lo strumento una facoltà del lavoratore più che un incontro di volontà tra datore di lavoro e lavoratore.

Pur con le modificazioni del D.Lgs. 61/2000, questa tendenza rimane anche per una certa incapacità delle amministrazioni pubbliche a saper utilizzare compiutamente questo tipo di lavoratore, introducendolo convenientemente nell'organizzazione del lavoro. La legge finanziaria del 1999 aveva, per esempio, previsto che una quota del 50% delle nuove assunzioni fosse esclusivamente part-time, ma è stata un'imposizione centrale per la riduzione dei costi, non è stata vissuta dalle amministrazioni come una iniezione di flessibilità.

Il telelavoro è regolamentato da accordi-quadro e accordi di Comparto. In realtà rappresenta soltanto una diversa modalità organizzativa nell'erogazione delle prestazioni lavorative.

Le esperienze però non sono molte: qualche unità per la nostra categoria.

Sul telelavoro non ci sarebbero grandi difficoltà di intesa tra le Controparti: ARAN, amministrazioni pubbliche e sindacati concordano sullo strumento.

Il telelavoro però richiede progetti, fondi, diversa capacità di incidere sull'organizzazione di lavoro, tutte questioni sulle quali, da sola, la contrattazione collettiva risulta essere relativamente impotente.

Conclusioni

Quali sono i difetti intrinseci dei contratti atipici (purtroppo cresciuti a dismisura a seguito delle disposizioni folli delle ultime leggi finanziarie, che hanno bloccato il turn-over del personale delle pubbliche amministrazioni, vietando le assunzioni a tempo indeterminato), e perché ci siamo sempre opposti alla loro introduzione nel pubblico impiego? (al momento delle "novità" degli artt. 15-septies e 15-octies del D.Lgs. 502/92, in particolare, ero ancora Presidente nazionale CIMO-ASMD).

1. Perché una deroga così vistosa rispetto all'art. 97, 3° comma, della Costituzione (secondo cui "Agli impieghi nelle pubbliche amministrazioni si accede mediante concorso, salvo i casi stabiliti dalla legge") non è compatibile con il pubblico impiego, in cui (nonostante la cosiddetta privatizzazione-contrattualizzazione del rapporto di lavoro) il datore di lavoro è diversissimo dal "padrone" del settore privato. È chiaro che l'intento era di introdurre elementi di maggiore flessibilità nella selezione e reclutamento dei dirigenti, ma il pericolo vero era (regolarmente verificatosi) che l'applicazione cumulativa delle disposizioni prima richiamate potesse dar luogo ad abusi nei sistemi di reclutamento del personale, che richiedono invece trasparenza ed oggettività.

2. Si sono così offerti strumenti per la scelta non meritocratica e non selettiva dei dirigenti medici e per l'inquinamento della politica nella gestione sanitaria.

3. La presenza di medici con diversi rapporti di lavoro all'interno delle équipes ospedaliere, in particolare, non favorisce l'omogeneità del gruppo e impedisce inoltre la realizzazione di una chiara linea di comando e di una disciplinata organizzazione del lavoro.

4. La instabilità dei rapporti di lavoro precari (tipica dei contratti atipici) ostacola la continuità terapeutica, la fidelizzazione del lavoratore rispetto all'azienda di appartenenza, la qualità del lavoro, la formazione e aggiornamento permanente del lavoratore, mentre favorisce atteggiamenti rinunciatari nell'approccio clinico al paziente e la medicina difensiva.

5. La mancanza di un contratto nazionale-quadro, e la sostanziale esclusione dell'istituzione-sindacato rispetto alla tematica dei contratti atipici, che vive solo sulla relazione asimmetrica tra datore di lavoro e lavoratore, indebolisce enormemente il lavoratore (che non è così tutelato sul piano economico-normativo, delle ferie, della copertura di malattia e maternità, delle garanzie previdenziali, assicurative e infortunistiche).

6. Per contro il lavoratore precario o atipico non è più motivato ad aderire ai sindacati rappresentativi della propria categoria e dei propri interessi.

7. I contratti atipici dei medici indeboliscono complessivamente il nostro istituto previdenziale (INPDAP), non solo peggiorano enormemente le prospettive pensionistiche dei lavoratori interessati.

8. Tutto ciò determina solo una caduta verticale della qualità del Servizio sanitario pubblico (con il suo peso collegato di costi aggiuntivi).

Che avessimo ragione noi della CIMO, con i soliti 10 anni di anticipo su tutti gli altri, è dimostrato:

- dai tentativi di correzione operati dalla legge Bersani (L. 248/2006) rispetto alle assunzioni ex artt. 15-septies e 15-octies;
- dai primi, timidi tentativi di correzione dei guasti prodotti, con la volontà (almeno dichiarata) di stabilizzare i co.co.co. (legge finanziaria 2007, cioè L. 296/2006).

Ma come siamo mal amministrati, ma come siamo mal governati!

Carichi di lavoro

G. R. Spampinato

L'analisi dei carichi di lavoro ha assunto un ruolo fondamentale nel nuovo assetto organizzativo delineato per la Pa italiana dal D.Lgs. 29/93. L'ottimale allocazione delle risorse di personale è infatti condizione necessaria per realizzare gli sperati recuperi di efficienza nel settore pubblico. L'importanza dell'analisi travalica quindi il suo ruolo di condizione pregiudiziale al fine di poter procedere a nuove assunzioni, anche se tale aspetto è quello che con maggior frequenza viene richiamato. Un siffatto approccio rischia, anzi, di sminuire la valenza gestionale dello strumento metodologico. Il presente contributo è dedicato all'analisi dei carichi assistenziali.

L'analisi dei carichi di lavoro è infatti in primo luogo un importante strumento di gestione organizzativa, particolarmente utile in aziende di know how quali i presidi sanitari, ove la risorsa umana rappresenta contemporaneamente il maggior capitale (in termini di professionalità) e la fonte di maggior costo economico. In altri termini, appare fondamentale operare in un ambito di appropriatezza sia medica che economica. In questo contesto, si esalta il ruolo di impulso, controllo e verifica (della qualità) proprio del professionista sanitario, il quale può cogliere l'occasione di recuperare un ruolo effettivamente dirigenziale nell'ambito del SSN, apprendendo e utilizzando le metodiche tipiche della gestione manageriale.

Ecco quindi la necessità di ridefinire "il prodotto sanitario" in termini quanto più possibile vicini alla cultura medica, restituendo una misura di produttività ad impegni professionali che solitamente sfuggono alla rilevazione (o finiscono fra i "tempi improduttivi"), pur potendo invece rappresentare una concreta espressione di appropriatezza medica e quindi di qualità. Evidentemente un siffatto approccio richiede il coinvolgimento delle Associazioni scientifiche mediche e non mediche, che dovrebbero essere le uniche "abilitate" a discernere tra tempi appropriati e tempi improduttivi, sulla base delle attuali conoscenze della buona pratica medica.

Appare lucida l'indicazione operativa contenuta nella definizione di carico di lavoro proposta dalla Circolare n. 6/94 del Ministero per la Funzione pubblica, la quale recita testualmente "... quantità di lavoro necessario, dato un contesto operativo, e un periodo di riferimento, per trattare i casi che vengono sottoposti ad una unità organizzativa...". La definizione implica quindi, in primo luogo, la definizione di uno standard di riferimento per valutare la "...quantità di lavoro necessario..." per il soddisfacimento della domanda. Inoltre, l'esplicito riferimento ad un "dato contesto operativo" sottolinea la necessità di discriminare inefficienze dovute all'impegno profuso dalla dotazione organica, da quelle dovute ad un eventuale "collo di bottiglia" organizzativo, a fattori logistici o tecnologici, ecc. Il richiamo "ad un periodo di riferimento", quantificato in altre norme applicative come triennale, è poi necessario affinché condizioni congiunturali non rischino di falsificare i dati rilevati.

Peraltro la presenza di sistemi aziendali distinti ed autonomi, non necessariamente omogenei in quanto a situazioni ambientali ed organizzative, fa propendere per l'utilizzo di una forte dose di elasticità e personalizzazione della metodologia. In questa ottica, assume un'importanza affatto secondaria la coerenza (e la coesistenza) dell'analisi dei carichi di lavoro con altri momenti del processo di controllo di

gestione, ed in particolare con la contabilità analitica ed il budgeting. La risorsa umana è fondamentale in sanità quale fattore di produttività e costo economico, ed anche per il ruolo centrale in riferimento alle condizioni di efficacia del servizio.

Inoltre esistono alcune specificità del processo e del prodotto sanitario che meritano una valutazione aggiuntiva. In primo luogo è nota la difficoltà di misurazione del prodotto sanitario, anche volendo prescindere dal risultato (outcome) e limitando l'analisi alle attività o atti realizzati (output).

Altro elemento tipico della sanità è la presenza di numerose attività configurabili come "lavori di attesa" (tipicamente le guardie, ma anche la presenza di alcuni operatori medici e non medici non attivi durante l'espletamento di un intervento).

Le principali conseguenze operative, che è possibile trarre dalle premesse sopra esposte, appaiono essere le seguenti:

- a) per quanto concerne le unità di analisi, sembra corretto adottare una rappresentazione organizzativa delle strutture fondata sul concetto di Centro di responsabilità organizzativa funzionale (dipartimento, divisione), opportunamente disaggregato in Unità operative minime di analisi definite Centri di attività; questi ultimi sono individuati come aree di omogeneità clinica e/o organizzativa, all'interno delle quali si ritiene sia possibile attivare interventi di razionalizzazione gestionale;
- b) relativamente alla natura del lavoro prestato, nell'analisi deve essere pienamente riconosciuta la natura di lavoro in équipe, che è ricorrente nelle prestazioni di lavoro in sanità; su di essa va costruita la logica di valutazione della quantità di lavoro necessario per soddisfare una data domanda;
- c) sul lato dell'individuazione del prodotto, appare utile adottare una definizione convenzionale dello stesso basata sugli output intesi come servizi offerti, scorporando il cosiddetto "lavoro di attesa";
- d) l'opzione precedente è ragionevole pensare che si integri con valutazioni del case-mix compatibili con l'approccio prescelto dalla legge di riforma e riordino del SSN in tema di valorizzazione economica delle prestazioni rese (nomenclatore delle prestazioni ambulatoriali e classificazione in DRG/ROD dei casi di ricovero); in questo modo, tra l'altro, si garantisce l'esistenza di un flusso informativo ripetitivo e standard sull'attività svolta, e quindi la possibilità di reiterare l'esperienza con regolarità.

Le attività effettuate in una Unità assistenziale sono numerose, complesse e solitamente non identificabili con assoluta precisione, a causa degli effetti che su di esse hanno ad esempio la disponibilità tecnologica e la variabilità dei casi trattati. Tipicamente possiamo classificare le attività di una Unità operativa in due tipologie: assistenza diretta ai degenti e prestazioni/procedure/interventi chirurgici. Entrambe le tipologie, che possiamo definire macro attività, sono poi suddivisibili in numerose attività specifiche, classificabili in vario modo.

Si conviene di adottare, nel seguito, la seguente terminologia:

A: Centro di responsabilità (CdR), che corrisponde ad un Centro di attività di primo livello e tipicamente coincide con un dipartimento/divisione;

B: Centro di attività (CdA): rappresenta la suddivisione (di secondo, terzo livello) del Centro di responsabilità in aree di servizio caratterizzate da uno o più dei seguenti fattori:

b1: possibilità di identificare un responsabile (o anche un solo referente informale) dotato di una pur parziale autonomia organizzativa e funzionale; "il modulo" può essere un utile riferimento, seppur non sia condizione indispensabile per l'identificazione del CdA;

b2: concentrazione del lavoro prestato da alcuni operatori nei prodotti del CdA;

b3: utilizzo di strutture (apparecchiature, locali, ecc.) con prevalenza netta rispetto ad altri CdA;

b4: erogazione preminente di prodotti non erogati in altri CdA. Sarà infine sempre utile identificare convenzionalmente un CdA, che definiremo area comune, che (fittiziamente) erogherà le attività il cui generatore (nel senso dell'activity based management) non è individuabile nella domanda espressa dai pazienti, cioè attività di organizzazione, coordinamento, aggiornamento, didattica, ricerca, attività ausiliarie ed amministrative, ecc.

In questo ambito, sembra conveniente ricondurre anche alcune attività tipiche di attesa, quali le guardie.

La identificazione dei prodotti o output nell'ambito di una metodica di rilevazione dei carichi di lavoro ha lo scopo di rapportare il tempo dedicato o prestato da ciascuna qualifica alla quantità dei servizi assistenziali generati nel periodo preso in esame: in altri termini, di riportare gli output alle risorse impiegate.

Per quanto già argomentato, si ritiene utile utilizzare una definizione di prodotto quanto più possibile coerente con la visione medica dello stesso.

Nel seguito, quindi, utilizzeremo i termini prodotto ed output quali sinonimi. Quale che sia la definizione di prodotto adottata, essa rappresenta comunque un fattore critico per una corretta analisi dei carichi effettivi di lavoro. Un esempio può chiarire il concetto. Un "prodotto" potrebbe essere rappresentato da una "esofagogastroduodenoscopia", intesa come un insieme di atti effettuati da personale medico, infermieristico ed altro, mediante l'uso di apparecchiature e di presidi sanitari, omogeneamente raggruppati secondo la finalità ultima (diagnosi), spazialmente definibili (la sala endoscopica) e temporalmente richiudibili in un intervallo di tempo, che può andare dall'introduzione del gastroscopio alla sua estrazione (durata).

In realtà, l'équipe non si limita alla produzione della serie citata di atti, ma provvede a fornire un "servizio globale" all'utente, accrescendo quindi la durata entro la quale si completa la procedura con l'esecuzione di altri atti necessari.

Citiamo, come esempio, tra questi ultimi (e senza pretesa di esaustività):

1. la comunicazione all'utente, e conseguente discussione, delle indicazioni cliniche all'esecuzione dell'esame (prodotto) ed alle sue modalità di svolgimento;
2. la presentazione, discussione ed accettazione da parte dell'utente del consenso informato, comunque esso venga formulato;
3. la partecipazione all'utente, nel corso della procedura, circa l'andamento della stessa;
4. la comunicazione all'utente dei risultati (referto) ed eventualmente del successivo piano diagnostico-terapeutico;
5. discussione congiunta nell'équipe e conseguente pianificazione degli atti in relazione alla specificità del caso clinico che ci si appresta ad affrontare;
6. attività didattica che precede, segue od anche accompagna, l'esecuzione della procedura, rivolta a personale sanitario in formazione e in addestramento o in supervisione;

7. altri atti, alcuni dei quali non specificatamente medici, assorbono poi ulteriori tempi di lavoro e sono comunque finalizzati in modo indiretto all'erogazione di un servizio all'utente. Ad esempio: pulizia, detersione e disinfezione, tra una procedura e l'altra, di pavimenti, apparecchiature, attrezzature ed altro.

Pare evidente che proprio l'esecuzione degli atti per così dire "accessori o indiretti", purtroppo giudicata da alcuni operatori sanitari ancora facoltativa e non vincolante, è (e deve) essere sinonimo di buona pratica clinica ed assistenziale, di qualità dell'organizzazione e quindi, in definitiva, di qualità ottenuta e percepita dall'utente/paziente.

Possiamo quindi, ai fini della rilevazione delle attività sottoposte ad una Unità operativa, definire output un servizio offerto, inteso come insieme di atti tecnico-operativi e di procedure volte ad assicurare la qualità degli stessi.

Ai fini di una maggiore semplificazione, si può convenire di tripartire l'impegno connesso all'episodio di ricovero come segue:

- attività non attribuibili specificamente ad uno specifico prodotto medico (guardie, attività di didattica, ricerca, ecc.);
- procedure (nel senso esposto precedentemente);
- assistenza.

Per quanto concerne la degenza ospedaliera in regime di day-hospital, valgono le considerazioni espresse precedentemente e si propongono le identiche soluzioni operative. È tuttavia opportuno sottolineare che sotto l'etichetta di day-hospital, anche se formalmente riconosciuto, vengono erogati servizi e prestazioni assistenziali sostanzialmente variegati per tipologia ed intensità.

Si possono riscontrare day-hospital di tipo esclusivamente diagnostico, che assicurano semplicemente una serie di prestazioni per lo più ambulatoriali, ed altri che rivestono una connotazione realmente multidisciplinare e polispecialistica, come impone la legge. In questi ultimi casi, l'attività assistenziale erogata in regime di day-hospital può ragionevolmente sostituire quella erogata in regime di degenza ordinaria, rendendo pertanto valida la metodologia di rilevazione dei servizi offerti proposta per la degenza ordinaria.

Per quanto riguarda i Centri di attività ambulatoriali, si ritiene di operare in modo sostanzialmente analogo per individuare i servizi offerti. Rimane inteso che si dovrà provvedere a discernere (eventualmente in modo approssimato) la quota di procedure erogate per: pazienti esterni; pazienti interni degenti nel Centro di responsabilità esaminato; pazienti interni degenti in altri Centri di responsabilità rispetto a quello esaminato.

Rilevazione del lavoro prestato

Definizioni

Come detto, il tempo di lavoro prestato dalle differenti qualifiche coinvolte nel processo produttivo costituisce senza dubbio una risorsa che l'azienda mette a disposizione del responsabile del Centro e della quale, dunque, quest'ultimo può e deve essere chiamato a darne conto.

Può essere utile convenire una classificazione delle ore contrattualmente dovute secondo il seguente schema.

Dall'orario contrattuale dovuto (38 ore settimanali onnicomprensive) andranno sottratte: le ore riservate ad attività di aggiornamento, formazione, didattica e ricerca; le ferie, le festività ed i recuperi spettanti; le assenze retribuite ed i congedi comunque intesi; le pause fisiologiche; i periodi di decontaminazione (per radiologi ed anestesisti).

Alle ore così quantificate potranno aggiungersene altre per far fronte ad esigenze eccezionali e non programmabili (ore di lavoro straordi-

nario) o per realizzare obiettivi concordati di produttività (extraorario od over time).

Le ore risultanti da queste operazioni di sottrazione ed addizione saranno le ore produttive totali, in termini assistenziali.

Distribuzione del monte-ore prestato sui prodotti

La presente metodologia adotta un tipico approccio top down, perché altre metodiche, che ricorrono ad un'indagine di tipo bottom up, appaiono estremamente onerose in termini di rilevazione e di coinvolgimento del personale; inoltre si richiederebbe un'omogeneità nella raccolta delle informazioni estremamente impegnativa e difficile da realizzarsi.

Ritenendo opportuno privilegiare l'approccio top down, cioè un metodo che responsabilizza massimamente il dirigente apicale (tanto il primario come la Caposala), si prevede in conseguenza di procedere chiedendo loro, magari in collaborazione con altri Colleghi, di indicare le percentuali di impegno sui Centri di attività di tutte le qualifiche presenti nell'Unità organizzativa.

Risorse aggiuntive: straordinario, extraorario, personale non strutturato ed appalti di servizi

Fin qui abbiamo trattato del tempo lavorato dai dipendenti assunti in pianta stabile. Non si deve però dimenticare che nelle aziende sanitarie esiste la possibilità di ricorrere all'operato di lavoratori "a convenzione", il cui contratto è regolato in maniera difforme dai primi. Esiste altresì la possibilità per l'azienda di ricorrere ad appalti esterni per acquistare servizi (di norma riguardano le pulizie e le manutenzioni di apparecchiature). Lo stesso lavoro straordinario o l'extraorario rappresentano una forma di risorsa-lavoro aggiuntiva, che può entrare nel processo produttivo e condizionarlo decisamente. In questo caso però, essendo ore pertinenti a personale in organico esso viene pienamente incorporato nella quantità di lavoro prestato anche in una logica di carichi appropriati alla domanda espressa e potenziale.

Fonte dei dati

Nel censimento dell'organico effettivo, occorre in particolare evidenziare:

- il nominativo e la qualifica rivestita da tutti gli operatori che, nel periodo dal 1° gennaio al 31 dicembre, sono stati attivi nella struttura (la qualifica viene codificata secondo una tabella convenzionale);
- la relativa data d'ingresso in servizio o di uscita eventuale dal rapporto di lavoro (pensionamento o dimissioni);
- l'attività prestata presso o per conto di strutture esterne a quella oggetto della rilevazione (si tratta, per esempio, di operatori che, con atto formale dell'amministrazione, vengono comandati stabilmente per un determinato orario settimanale presso altri reparti, rispetto a quello di originaria appartenenza, o provengono da altri reparti o servizi);
- le giornate di ferie spettanti e godute;
- le assenze per congedo a qualsiasi titolo usufruito, oltre che le aspettative per malattia, o senza retribuzione;
- il cosiddetto over time (distinto in straordinario od extraorario di produttività).

È il caso di rammentare che l'obiettivo di fondo della raccolta-dati è quella di risalire al tempo-lavoro prestato, cioè al tempo contrattualmente dovuto al netto delle assenze (in ogni caso avvenute), a cui vanno aggiunte le ore eventuali di over time, formalmente e legittimamente prestate.

Gli standard operativi

Uno degli elementi cruciali ai fini dell'analisi dei carichi di lavoro è costituito dall'individuazione di adeguati standard (intesi come carico di lavoro associabile all'erogazione di un determinato prodotto/servizio) a cui far riferimento sia per l'analisi retrospettiva dell'efficienza delle Unità operative, sia per il disegno delle dotazioni organiche ottimali.

L'utilità di definire standard appropriati (nel senso del primo approccio) si fonda su almeno tre ragioni principali, che vale sottolineare:

- definire un livello di efficienza neutrale rispetto alle condizioni ambientali locali, che sia garante del rispetto delle condizioni di appropriatezza dell'atto medico;
- permettere la definizione di classi di prodotti equivalenti, e quindi rendere confrontabili i carichi di lavoro per singole aree di attività;
- permettere un confronto con le distribuzioni dei tempi effettivi rilevati, al fine di validare tempi standard di riferimento lordi di eventuali inefficienze organizzative o tecniche, utilizzabili dal management sanitario, ad esempio allo scopo di introdurre politiche di incentivazione per il personale.

La necessità operativa di sfruttare un approccio composito, affiancando standard appropriati e riferimenti empirici, nasce dalla sensibilità del tempo standard appropriato (medico/paramedico) a numerosi fattori quali:

- disponibilità di tecnologia più o meno avanzata;
- disponibilità di aree spaziali adeguate e specializzate;
- grado di flessibilità organizzativa e di specializzazione del personale, a sua volta dipendente da fattori di scala o strutturazione dei processi produttivi a livello di presidio;
- differenze di severità media dei casi trattati, a parità di case-mix, derivante dalla localizzazione e vocazione del presidio.

Modello di rilevazione

Il modello di rilevazione è articolato secondo schede funzionali all'indagine conoscitiva del Centro di responsabilità (organizzazione e risorse), del Centro di attività (risorse e prodotti), del prodotto (unità utilizzate e tempi dedicati):

- organizzazione del Centro di responsabilità. Vengono definiti i Centri di attività individuabili nell'ambito del CdR, con indicazione dei referenti/responsabili. Nell'area "degenza" è da considerare comunque distinta l'attività di day-hospital che, in funzione sia del tipo di assistenza che del prodotto, costituisce in ogni caso un Centro di attività a sè stante;
- risorse del Centro di responsabilità. L'indagine sulle risorse disponibili va condotta sia per l'organigramma del personale che per la dotazione tecnologica. Per quanto riguarda le risorse umane, l'unità di rilevazione dovrebbe coincidere con le singole qualifiche o con i singoli operatori in servizio, dei quali rilevare la qualifica e, per il periodo cui si riferisce l'indagine, il monte-ore lavorato distinto tra attività ordinaria ed over-time (straordinario, extraorario, ecc.), le date di inizio e fine del rapporto di lavoro, le assenze e, in generale, tutte le informazioni utili al corretto calcolo sia del debito orario che del lavoro effettivamente prestato. Per le attrezzature, l'elenco dovrebbe essere corredato da una serie di specifiche utili a definire sia il grado di obsolescenza sia la effettiva disponibilità (e quindi il potenziale utilizzo) dell'apparecchio nel periodo;
- prestazioni erogate. La contabilizzazione delle prestazioni erogate viene di norma effettuata tenuto conto dei pazienti ricoverati nel presidio ospedaliero di appartenenza della struttura (interni) e dei pazien-

ti non ricoverati, cui le prestazioni vengono erogate in regime ambulatoriale (esterni).

Attività di ricovero. Il monitoraggio delle attività delle aree di degenza va effettuato a partire dal movimento dei ricoverati, e quindi dalle ammissioni registrate nel reparto. Queste ultime dovranno comunque comprendere non solo i pazienti esterni, ma anche quelli provenienti da altre divisioni dello stesso presidio ospedaliero od ivi trasferiti. Per quanto riguarda le dimissioni, sono da rilevare, disaggregate per DRG e secondo le schede di dimissione ospedaliera, sia i casi che le giornate di degenza, complessive ed oltre la soglia prevista, evidenziando i ricoveri di un giorno e tenendo distinta la casistica eventualmente associata al day-hospital.

Tempi. La rilevazione dei tempi dedicati alle singole prestazioni o ai DRG deve tener conto della durata complessiva del "servizio offerto", nell'ambito della quale individuare distintamente i tempi dedicati da parte di unità di personale di area medica, di area infermieristica e di area tecnica, oltre che il numero di operatori impegnati.

*Contributo originale del
Dott. G.R. Spampinato
Segretario Regionale CIMO-ASMD Sicilia*