

## **Convegno Invecchiamento e lavoro in sanità**

*Note di Luigi Macchi Direttore Generale Policlinico di Milano per l'intervento*

Come è noto il fenomeno dell'invecchiamento del personale sanitario ha una indubbia ricaduta negativa su tutto il sistema sanitario, in termini di riflessi sulla intensità e qualità delle prestazioni, sulla demotivazione, sullo spirito di innovazione e su altri aspetti.

Pur tuttavia è necessario, almeno per chi svolge un ruolo di direzione, avere una visione complessiva delle diverse criticità da affrontare, così da definire le priorità d'intervento.

La prima criticità connessa all'invecchiamento del personale sanitario corre di pari passo con le ben note difficoltà relative all'assunzione di giovani leve. Peraltro le recenti scelte regionali, legate al budget delle assunzioni per ciascuna azienda, rappresentano un passo avanti rispetto a quello che si verificava sino al 2014, perché ora l'85% del personale può essere sostituito; certamente occorre fare i conti con il personale perso negli anni precedenti ed allora non sostituito.

Una seconda criticità è rappresentata dalla necessità di implementare nuove attrezzature capaci di ridurre il carico fisico del lavoro (come letti ad altezza variabili, sollevatori, ecc.), a fronte, anche in questo caso, dei vincoli contenuti nelle "regole d'esercizio" regionali relative al tetto di spese su beni e servizi.

Una terza problematica da considerare consiste nella ormai inderogabile necessità di rivedere i requisiti di accreditamento in alcuni ambiti sanitari, differenziandoli fra loro; ad esempio oggi certe attività di chirurgia sono da considerare meno impegnative di alcuni reparti di medicina.

Rivedere i requisiti di accreditamento significa anche ridefinire gli assetti organizzativi ormai consolidati da decenni, ad esempio verificare la possibilità di articolare ambulatori anche nelle ore pomeridiane; ciò in prima battuta potrebbe sembrare un maggiore onere per il singolo lavoratore coinvolto, ma potrebbe anche comportare la diluizione dell'affluenza degli utenti e quindi una minore concentrazione di attività con sovraccarico di lavoro.

Analoga revisione va condotta sulle figure professionali: oggi è cambiata la necessità di determinate figure, sia in termini di diversità dei profili rispetto al passato, sia in termini di numerosità e proporzionalità rispetto alle altre figure; a seconda delle attività possono essere necessari più OSS rispetto ad altre figure, oppure più infermieri, o ostetriche, o fisioterapisti, o medici.

Questo significa avere una visione che, soprattutto, gratifichi le "nuove" professioni sanitarie individuando collocazioni operative, organizzative e strutturali in relazione ai titoli accademici acquisiti, ai diversi percorsi formativi, ai meriti acquisiti derivanti dal diverso e quasi sempre molto ricco bagaglio professionale.

Un'altra criticità è legata alla difficoltà a rivedere la normativa contrattuale e, dunque, la possibilità di conferire a personale capace e meritevole posizioni organizzative, incarichi di coordinamento, ecc.; infatti la normativa riguarda in generale la fase iniziale lavorativa e non prevede sbocchi anche di tipo economico per coloro che per tanti anni e, si sottolinea nuovamente, con merito, hanno tirato la cosiddetta "carretta".

Si tratta per lo più di personale anche con esperienza di relazioni interpersonali, con capacità di interloquire con i malati e i loro familiari, senza dimenticare la dedizione e il cosiddetto senso di appartenenza, che ancora oggi è presente in molti lavoratori.

Infine, si ritiene non più rinviabile un approccio di sistema nella organizzazione del sistema sanitario, almeno per le grandi aree urbanizzate che vedono una grande offerta di strutture e prestazioni sanitarie.

La recente legge di riforma della sanità lombarda non fornisce indicazioni operative circa un effettivo riordino della rete ospedaliera, trattando per lo più di accorpamenti di aziende; altro discorso sarebbe invece quello della individuazione di “reparti” specialistici, sulla base della loro produzione assistenziale e scientifica e della relativa coerenza con gli standard definiti dalle società scientifiche.

L'applicazione dei criteri di revisione e riordino della rete ospedaliera, come del resto impone il Regolamento nazionale sugli standard quanti - qualitativi degli ospedali dal 5 agosto 2014, potrebbe invece concorrere a individuare nuove possibilità di lavoro per i giovani laureati.

Riguardo a quest'ultimo aspetto, si dovrebbero anche rivedere le RAR, nella logica di salvaguardare le fasce di lavoratori più deboli e più esposte a turni o comunque a condizioni di lavoro impegnative, e favorire l'ingresso al lavoro dei più giovani.

Le opportunità di lavoro per i giovani, specie per i medici, vanno anche costruite con le associazioni del volontariato e le associazioni scientifiche, attraverso la creazione di borse, contratti, collaborazioni. In questo senso andrebbe anche rivisto con l'università tutto il sistema che riguarda i ricercatori, nella logica di quello che è stato il riordino delle professioni sanitarie e dunque con la concreta possibilità di individuare ricercatori anche tra questi giovani professionisti.

Milano, 30 settembre 2015