



**Segreteria Provinciale di Benevento**

Carissimi Colleghi,

nell'impossibilità di potervi riunire tutti, specie in questo periodo di ferie, uso questo mezzo per potervi mettere al corrente del contenuto di un colloquio intercorso stamane tra me e il Direttore del Distretto Benevento 1, dott. Tommaso Iannotti.

Tra i vari argomenti toccati, quello di cui ritengo più importante ed urgente parlarvi è quello della retribuzione di risultato relativa al 2017. Raccolte ormai le schede di adesione di ciascuno di noi, col Direttore abbiamo concordato sulla assoluta irrazionalità ed irraggiungibilità degli obiettivi proposti (aumento del 5% delle prestazioni prioritarie per Specialisti con lista d'attesa, aumento del 20% per Specialisti senza lista d'attesa) in quanto completamente privi di fattibilità. Inutile ricordarvi che sono vari anni che essi vengono riproposti secondo la stessa formula, ed ogni anno, come in un assurdo minuetto, il SUMAI si vede costretto a farli correggere aggiungendo quel "prioritarie" che forse li rende un po' meno assurdi. Pochi giorni or sono il dott. Iannotti ne ha parlato con il Direttore Sanitario il quale, nel rendersi conto della loro absurdità, ha convocato il Responsabile del CED dott. Beatrice per comprendere come mai, ormai da anni, non si riesca a realizzare nelle agende di molti di noi (misteriosamente non tutti!) l'implementazione delle priorità U,B,D, pur avendo tutti noi presentate le "cover" almeno due volte con gli spazi in agenda previsti per esse. Il dott. Beatrice ha ribadito che non è possibile implementarle (i motivi mi sono sempre sfuggiti, e fortunatamente non solo al sottoscritto). Abbiamo così concordato che, in accordo con la richiesta di altri Direttori di Distretto, le OO.SS. vengano finalmente convocate quando si tratterà di varare, per il 2018, gli obiettivi per la Specialistica Ambulatoriale. Ho proposto, dopo anni di totale inerzia in materia, i pur previsti dalla normativa regionale PDTA. Ma questo è di là da venire e sarà oggetto di ulteriori valutazioni.

Più immediato è invece il problema delle incentivazioni 2017. Come molti di voi sapranno, mentre fino allo scorso anno la valutazione del raggiungimento degli obiettivi era effettuata da funzionari interni alla ASL, ora, per Legge, a valutare tale raggiungimento deve essere un organismo formato da persone estranee all'establishment della ASL, ed appositamente retribuite. Tale OIV (Organismo Indipendente di Valutazione: <https://performance.gov.it/organismi-indipendenti-valutazione>) potrebbe avere, secondo Iannotti, qualche perplessità su come sono stati formulati gli indicatori di risultato e la loro valutazione, che volutamente mettono fuori gioco gli irraggiungibili obiettivi (vi ricordo che il 5% di zero è zero, così come il 20% di zero è ancora zero). Tuttavia questa ineccepibile verità matematica potrebbe

incontrare un atteggiamento negativo da parte dell'OIV che potrebbe (i condizionali sono d'obbligo) ritenere che uno zero, per quanto aritmeticamente esatto, non significa aver ridotto una lista d'attesa né tampoco aver implementato una strategia d'azione sulle priorità, anche se ciò non dipende da noi. Onde evitare un contenzioso pertanto veniva suggerito di trovare un escamotage che potesse metterci al riparo da una eventuale valutazione negativa.

In considerazione del fatto che le priorità riguardano solo le prime visite e che verosimilmente dovrebbero essere in numero esiguo, proponevo, a partire da settembre, che ciascuno di noi ne inserisse qualcuna nell'arco della settimana o del mese. E questo, sempre secondo il dott. Iannotti, potrebbe essere fatto: a) chiedendo un plus orario (che ovviamente sarebbe però retribuito), b) inserendo la priorità in un posto vuoto che si dovesse creare nelle prenotazioni per mancato presentarsi del paziente prenotato. Ciascuno di noi potrebbe, se vuole, dare una propria disponibilità in tal senso. In tal modo si effettuerebbero fino a dicembre quelle 5/10 prestazioni prioritarie che porterebbero l'OIV a ritenere che l'obiettivo sia stato raggiunto.

Ho espresso al Direttore le mie perplessità su tale soluzione: a) i MMG non hanno la benché minima idea di che cosa dovrebbero considerare ad esempio "urgente" per ciascuna branca (ricordo il corso addirittura con tanto di ECM che tre o quattro anni fa organizzammo io ed Antonio Luciano per condividere con i MMG questi criteri e poi andato a monte); b) le priorità rappresentano un problema che investe non il singolo specialista bensì tutta la lista d'attesa aziendale per ogni branca e pertanto non deve e non può essere risolto "localmente"; c) il non presentarsi di un paziente è per noi del tutto imprevedibile per cui chiamare e far venire in ambulatorio una priorità nel momento in cui si verifica un vuoto diventa tecnicamente pressoché impossibile; d) né sarebbe assolutamente proponibile che un paziente prioritario stia seduto in sala d'attesa ad aspettare se c'è qualcuno dei prenotati che non si presenti, e se ciò non dovesse avvenire tornare il giorno dopo (un paziente con una urgenza non credo debba o possa sottoporsi ad una simile tortura); e) in ogni caso le priorità restano completamente al di fuori del controllo dello Specialista che nulla potrebbe fare nel caso non gliene venissero richieste. In buona sostanza io ho sostenuto che l'implementazione delle priorità è un qualcosa che non possa essere lasciato all'improvvisazione, ma che debba essere strutturato in maniera assai più precisa anche delle ordinarie prenotazioni, anche e soprattutto perché ne va di mezzo la nostra responsabilità professionale sul piano penale.

Pur recependo tali osservazioni, tuttavia, il problema dell'OIV resta.

Pertanto ho voluto condividere con tutti voi questo scambio d'idee, peraltro svolto nella massima cordialità e con spirito di reale collaborazione, affinché ciascuno di voi si faccia in merito una propria idea e/o esamini il "proprio" ipotetico modo di affrontare la questione. Perché ciascuno di voi potrebbe volere o non volere adeguarsi a tali ipotesi e/o voler affrontare la questione secondo proprie modalità.

Tra l'altro il dott. Iannotti mi ha poi informato di un'osservazione posta "al volo" dal Direttore Generale Picker e che, con ogni buona probabilità verrà come un nodo al pettine dopo la pausa estiva. L'osservazione del DG riguardava i diversi tempi per la

medesima prestazione nell'ambito dei diversi specialisti della medesima branca. Su questo argomento sono anni ed anni che esorto i Colleghi ad uniformare i tempi di prestazione in modo da non offrire il fianco a questa critica, a mio avviso assolutamente pertinente. Sarebbe opportuno che tutti i Responsabili di branca riunissero gli Specialisti della propria branca per unificare il tempo per ciascun tipo di prestazione, tenendo presente le esigenze di ciascuno ed i requisiti di cui può disporre ogni specialista (è ovvio ad esempio che se si ha sempre a disposizione personale infermieristico ben addestrato la prestazione durerà di meno, ma questo non deve penalizzare chi non ha la ventura di operare in un ambulatorio con le stesse caratteristiche).

Sono come sempre a vostra disposizione per suggerimenti, osservazioni, proposte e quant'altro possa essere utile, in questo scorcio d'anno, a parare una possibile valutazione negativa da parte dell'OIV.

Vi abbraccio.

Maurizio