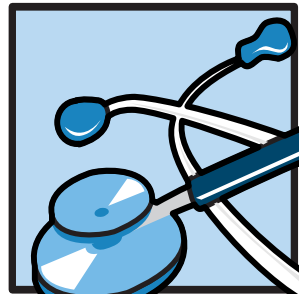


Focus sulla figura del direttore di struttura complessa, anomalo *primus inter pares*

La «parabola» dei primari

Crisi e invadenza legislativa fanno crescere il malessere dei professionisti



Superata la gerarchia fondata sulle posizioni del primario, dell'aiuto e dell'assistente (di cui al Dpr 128/1969), con il Dlgs 229/99 (modificando il Dlgs 502/92) i medici, considerati dirigenti per la loro elevata professionalità, vengono ricondotti tutti a un unico rapporto di lavoro e collocati in un unico livello, articolato in relazione alle diverse responsabilità professionali e gestionali.

A tal proposito si evidenzia che l'attribuzione dell'incarico di direzione di struttura complessa avviene mediante procedura selettiva, ai sensi dell'art. 15-ter, co. 2, del Dlgs 502/92 e s.m.i., tra coloro che siano in possesso dei requisiti di cui al Dpr 484/1997, e secondo le modalità dallo stesso stabilite. La selezione, dunque, è effettuata dal direttore generale su presupposti di esclusiva matrice fiduciaria, previo avviso da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale, sulla base di una rosa di candidati idonei selezionata da una apposita commissione, la quale non opera una valutazione comparativa dei candidati e non redige una graduatoria di merito, ma esprime esclusivamente un giudizio di idoneità.

Già in passato («Guida al pubblico impiego» n. 7/8 del

Nello scenario di accesa crisi economico-finanziaria che sta coinvolgendo l'Italia e che ha colpito profondamente il welfare e la Sanità, si è riaffermato il dibattito, in realtà mai sopito, sul ruolo e sull'autonomia del direttore di struttura complessa, che ormai da lungo tempo dà adito a proposte di riforma. Il tema, dopo essere stato oggetto di numerosi convegni e incontri, in aggiunta a un dibattito serrato delle

organizzazioni sindacali della dirigenza medica, ha determinato, altresì, la proposta della Cimo-Asmd del 26 gennaio, che prevede forme di modifica e di riordino del ruolo del medico nel Ssn (si veda Il Sole 24 Ore Sanità n. 3 del 24-30 gennaio 2012).

In particolare, la preoccupazione per il defianziamento che pone in pericolo la sostenibilità del settore sanitario e potenzia il malessere,

l'insoddisfazione dei professionisti della salute, il peggioramento delle condizioni di lavoro e l'invadenza legislativa che limita l'autonomia professionale hanno reso la presentazione di tale proposta non ulteriormente procrastinabile.

pagina a cura di

Nicola Gasparro

Avvocato e professore a.c.

Università di Bari e di Roma Tor Vergata

2008) avevamo posto in evidenza la mancanza, nella procedura di affidamento dell'incarico, di una valutazione dei candidati sotto il profilo della maggiore o minore idoneità all'esercizio delle funzioni da assegnare, che rappresenta la tipizzazione della procedura concorsuale. Tenuto conto, altresì, che l'espressione ultima dell'agere della Pa è contenuta in un provvedimento amministrativo che, per sua natura, deve manifestare il carattere della legittimità e, conseguentemente, essere imparziale e motivato attraverso l'osservanza dei principi di correttezza e buona fede di cui all'art. 97 della Costituzione.

In virtù del processo di privatizzazione, poi, il rapporto individuale di lavoro viene a

incardinarsi su un contratto individuale di lavoro, cosicché l'incarico dirigenziale risulta essere il frutto della combinazione del provvedimento di conferimento delle funzioni e un contratto accessivo a detto provvedimento, necessario per acquisire il consenso dell'interessato e specificare le condizioni e gli elementi del rapporto del servizio del dirigente. Gli incarichi hanno durata da cinque a sette anni, con facoltà di rinnovo per lo stesso periodo o per un periodo più breve.

Per quanto concerne il profilo funzionale, ai dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa (denominati «direttori» ai sensi del Dlgs 254/2000) sono attribuite, in virtù dell'art. 15, co. 6, Dlgs 502/1992 s.m.i., oltre a quelle

derivanti dalle specifiche competenze professionali (cliniche), funzioni di direzione e organizzazione della struttura, da attuarsi, nell'ambito degli indirizzi operativi e gestionali del Dipartimento di appartenenza, anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa, e l'adozione delle relative decisioni necessarie per il corretto espletamento del servizio e per realizzare l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, attuati nella struttura loro affidata.

Tuttavia tale incarico, evidentemente enfatizzato da elementi non solo professionali, è revocato in caso di inosservanza delle direttive impartite dalla direzione generale, o di man-

cato raggiungimento degli obiettivi assegnati (art. 21 Dlgs 165/2001), ovvero di responsabilità grave e reiterata, nonché in tutti gli altri casi previsti dai contratti di lavoro.

Si tenga presente, comunque, che nei casi di maggiore gravità, il direttore generale può recedere dal rapporto di lavoro, secondo le disposizioni del Codice civile (art. 2118-2119) e dei contratti collettivi nazionali di lavoro (art. 36 Ccnl 94/96). Oltretutto, nelle ipotesi in cui il dirigente non sia confermato alla scadenza dell'incarico di direzione di struttura complessa, lo stesso è destinato ad altra funzione con il trattamento economico relativo alla funzione di destinazione previsto dal contratto collettivo nazionale di lavoro.

Dalle disposizioni legislative e contrattuali emerge dunque che l'autonomia e la responsabilità rappresentano requisiti insiti nella funzione del medico dirigente e sono necessariamente rafforzati nella figura del direttore della struttura complessa (l'ex primario) al quale afferiscono responsabilità non solo di tipo clinico, ma anche di tipo organizzativo relativamente all'Unità da lui diretta, ambito configurabile, dunque, come specialità autonoma medico-chirurgica con autonomia decisionale sufficiente per il raggiungimento degli obiettivi specifici concordati (professionali).

Tenuto conto di ciò e a tal fine, il direttore deve avere inevitabilmente la possibilità di governare e gestire autonomamente il proprio lavoro e il proprio tempo.

Più specificatamente, a esempio, l'autonomia dei direttori di Uoc involge anche l'orario di lavoro, che si articola in modo flessibile e in funzione delle esigenze organizzative e assistenziali della struttura di cui sono responsabili, in quanto l'orario è strettamente correlato agli obiettivi e ai programmi da realizzare in funzione dell'incarico assegnato.

IL PARADOSSO DEGLI «OBIETTIVI»

La responsabilità senza l'autonomia

Il direttore della struttura complessa è dunque il responsabile del percorso diagnostico-terapeutico del paziente, ovvero della sequenza cronologica di atti medici e infermieristici (per sua natura multi-professionale), messi in atto per garantire il raggiungimento di un risultato assistenziale caratterizzato da qualità tecnica e organizzativa, da efficacia ed efficienza.

In particolare, ai fini dell'identificazione delle responsabilità, si può rilevare che un clinico è responsabile delle scelte diagnostiche e terapeutiche rilevanti, fornite al singolo paziente e deve essere in grado in ogni momento di dimostrare l'eccellenza di tali scelte specificando e controllando le opportune prove scientifiche.

Naturalmente, tale assetto comporta la creazione di un sistema di valutazione dei dirigenti medici, diretta alla verifica degli obiettivi assegnati e della professionalità espressa. In proposito, il Dlgs 502 e s.m.i. (art. 15, comma 3) stabilisce, infatti, che «l'attività dei dirigenti sanitari è caratterizzata, nello svolgimento delle proprie mansioni e funzioni, dall'autonomia tecnico-professionale, i cui ambiti di esercizio, attraverso momenti di valutazione verifica, sono progressivamente ampliati».

Alla luce di tali determinazioni, si pone, quindi, in rilievo uno degli istituti nati dal «travaglio legislativo» che ha caratterizzato le fasi dell'aziendalizzazione in Sanità (segnate dal Dlgs 502/92 e s.m.i.), nonché dal processo di privatizzazione del pubblico impiego di cui al Dlgs 29/93, oggi Dlgs 165/2001, e che si sostanzia nella responsabilità dirigenziale, ossia in una particolare tipologia di responsabilità contrassegnata da finalità non punitive ma sanzionatorie conseguenti all'operato negativo del dirigente.

Trattasi, pertanto, di una responsabilità gestionale che sorge in caso di mancato raggiungimento

degli obiettivi, accertato attraverso le risultanze del sistema di valutazione.

Una siffatta radicale innovazione implica un giudizio di carattere politico in quanto fortemente discrezionale con la finalità di perseguire la strada dell'efficienza dell'attività amministrativa.

Tuttavia gli obiettivi caratterizzanti tale formulazione, nella pratica, si sono tradotti in un confronto «impari» con la supremazia dell'azienda. Così strutturata, infatti, viene a configurarsi una responsabilità «manageriale» che non si fonda sulla violazione dolosa o colposa dei doveri d'ufficio, ma sulla inidoneità e sulla incapacità dei dirigenti a conseguire risultati adeguati, con conseguenti negative implicazioni sul buon andamento dell'azione amministrativa e sulla concreta realizzazione degli obiettivi assunti in sede di programmazione aziendale.

In realtà, tale forma di responsabilità, mutuata dai «ministeriali» è stata introdotta dall'art. 20 del Dlgs 29/93 nel quale si prevedeva che i dirigenti fossero responsabili dei risultati dell'attività svolta e dei risultati della gestione finanziaria, tecnico-amministrativa, includendo le decisioni organizzative e di gestione del personale con conseguenti difficoltà, ancora persistenti, di coniugare i momenti professionali e manageriali.

Ciò nonostante, le organizzazioni sanitarie e le complessità insite nel sistema non si sono dimostrate sufficientemente adeguate a «fare propri» siffatti concetti.

D'altro canto, per come si è già posto in luce, nelle strutture sanitarie esistono due linee decisionali, quella gestionale-amministrativa e quella clinica, ma non bisogna dimenticare che, in ogni caso, l'elemento finale su cui convergono entrambe le linee e che costituisce fulcro e causa della distinzione tra le specifiche responsabilità è l'utente-paziente.

L'INELUTTABILITÀ DI UNA RIFORMA

Indispensabile rivedere lo stato giuridico

Non può essere trascurato il rilievo che l'attribuzione al direttore di struttura complessa dei due profili - clinico e gestionale - si scontra spesso con il rischio di creare situazioni di squilibrio e sproporzione tra gli stessi, a vantaggio dell'aspetto manageriale e a discapito di quello medico.

In tale contesto, pertanto, si rivela indispensabile riportare lo stato giuridico del direttore a essere più coerente con la sua professione, assicurare concreta autonomia alla categoria, far acquisire allo stesso sempre maggiore professionalità, approfondire il suo sapere scientifico e legare tale ruolo più alle competenze cliniche che non a quelle gestionali e burocratiche, così da favorire un percorso fondato sulla meritocrazia e su sistemi di valutazione certi, equi e trasparenti.

Solo in tal modo, quindi, si potrà assicurare la giusta tutela al sistema sanitario, ridare centralità al cittadino e dare il dovuto spazio al riconoscimento del diritto alla salute (art. 32 Cost.).

Il medico chirurgo responsabile di struttura complessa dovrà perciò essere una figura con competenze di alta professionalità, unite alla capacità manageriale caratterizzata da una effettiva autonomia nell'attività decisionale, nonché rappresentante di un autonomo livello.

Alla luce di ciò, il ruolo del direttore di struttura complessa, anche nella sua funzione di datore di lavoro, impone da parte di tutti un grande apprezzamento e rispetto, soprattutto se si considera la precarietà delle condizioni organizzative e strutturali in cui il suo compito, nella maggior parte dei casi, viene esercitato.

Più in dettaglio, rappresenta un dato ormai acquisito come tra le principali conseguenze di una cattiva organizzazione si annoverino il rischio clinico elevato, una forte attenzione sugli errori medici da parte della magistratura e dei mass-media, nonché i nuovi rischi manageriali-gestionali che si

aggiungono alle responsabilità tradizionali.

Cosicché occorre mitigare l'enfaticizzazione delle valutazioni tecnico-gestionali e avviare alla ricerca ermeneutica di una «fredda» applicazione delle teorie sull'economia applicata alla Sanità, stante l'enorme ricaduta negativa (recesso) che tali «condizionamenti» provocano sul sistema. Difatti, i direttori di struttura complessa, come sottolineato, sono sottoposti a una serie di responsabilità, poiché accanto alle tradizionali (penale, civile ecc.), stante la nuova funzione gestionale, possono essere destituiti dall'incarico per mancato raggiungimento dei risultati e molte volte giudicati, ancor prima di un formale giudizio, dai mass media.

Nell'assetto delineato, pertanto, si appalesa in maniera evidente sia la necessità di garantire a chi ricopre incarichi di direzione di struttura complessa piena autonomia professionale, così da poter incidere concretamente nelle scelte di gestione (e non essere meri esecutori delle prescrizioni che impongono di perseguire il risparmio) e da poter privilegiare l'aspetto clinico, sia quella di prevedere per tale categoria professionale un autonomo livello.

A ogni modo, sarà opportuno assegnare l'incarico con procedure selettive che esaltino effettivamente i meriti e le specifiche capacità professionali (concorso puro) e, a quanto pare, la riforma sul nuovo stato giuridico del medico proposta dalla Cimo-Asmd si colloca in tale direzione.

In conclusione, ciò che preme è senza alcun dubbio migliorare il Servizio sanitario nazionale e renderlo efficace, efficiente e adeguato alle mutate esigenze dei pazienti, così da poter assicurare un'alta qualità dei servizi. Per arrivare a questo traguardo occorre, dunque, ridefinire normativamente il ruolo dei direttori di struttura complessa mediante un intervento legislativo che garantisca loro una piena ed effettiva autonomia.

Impari il confronto con l'azienda

Necessario un livello ad hoc