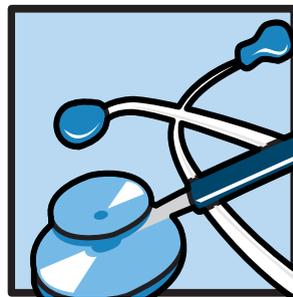


Il giudizio di sindacati e manager sul testo del governo clinico approvato dalla Affari sociali

Governance senza entusiasmo

Medici: «Solo aggiustamenti» - Direttori generali: «Non cambia niente»



Si poteva fare di più con la governance secondo i sindacati medici. Che tutto sommato, sia pure con poco entusiasmo, giudicano positivo il testo approvato dalla commissione Affari sociali della Camera, pronto per l'aula di Montecitorio (v. *Il Sole-24 Ore Sanità* n. 22/2012). Ma anche per i direttori generali il Ddl ha fatto «tanto rumore per nulla»: di fatto, sostengono i manager, nulla cambierà rispetto alla gestione attuale, soprattutto in alcune Regioni che hanno già una configurazione organizzativa come quella descritta nel testo approvato.

«Una sistemazione normativa», un «testo soddisfacente dopo tre anni, ma che non stabilisce le condizioni per nessuna rivoluzione, non è la riforma quater di cui avremmo bisogno, non recepisce in pieno tutte le esigenze delle categorie professionali, anche se contiene elementi di discontinuità rispetto al passato», è il giudizio di **Costantino Troise** (Anao Assomed) sul Ddl. Il testo è «timido», afferma, senza il «coraggio di portare fino in fondo» le decisioni che assume. «A esempio - spiega Troise - il Collegio di direzione avrebbe avuto bisogno dell'esplicitazione dei compiti che svolge, anche con capacità decisionale per quanto riguarda i servizi clinici. O quando si parla della tema per le strutture complesse tra cui il Dg sceglie a chi affidare gli incarichi, avrebbe dovuto avere il coraggio di ampliare la scelta anche alle Aou». Per Troise va bene la specificazione che la possibilità di chiamate dirette da parte dei Dg per l'attività ordinaria non può essere utilizzata per gli incarichi di questo tipo e la verifica professionale che assume come parametro i contenuti contrattuali. Ed è positivo l'articolo su autonomia e responsabilità dei professionisti: «È la prima volta che si definisce quello che la magistratura ha già sancito, con il curioso paradosso che la Cassazione sostiene principi più avanzati delle leggi».

Un «tentativo apprezzabile ma non e più il tempo di corretti», occorre una riforma dello stato giuridico del medico», secondo **Riccardo Cassi** (Cimo Asmd). Secondo Cassi c'è il pericolo, visti i tempi lunghi di approvazione ai quali servirà almeno un altro anno per un'eventuale via libera, che il testo sia «inattuale» non tenendo «in alcun conto il dibattito che nel frattempo si è sviluppato tra i medici sullo status dirigenziale attuale in un contesto nel quale i dirigenti di struttura non hanno alcuna vera autonomia gestionale. Inoltre si continua a non chiarire cosa sia in realtà il dipartimento, lasciando a ogni Regione di disciplinare il modello e il rapporto con le strutture, senza tener conto che in molte aziende e intere Regioni, si stanno sviluppando modelli organizzativi interni degli ospedali con i letti per area e intensità di cura che impongono una trasformazione delle funzioni del dipartimento e delle attuali strutture». Troppi rimandi poi alle competenze regionali che rischiano di accentuare le differenze già esistenti tra le diverse realtà, sostiene Cassi che tuttavia apprezza «l'articolo 2 nel quale viene riconosciuta l'autonomia e la responsabilità del medico nell'erogazione delle attività sanitarie. Principio affermato dalla Cassazione, evidente per tutti eccetto che per gli amministratori della Sanità pubblica a livello regionale e aziendale», commenta.

«Un passo avanti ma non il cambiamento di cui c'è bisogno», è il giudizio di **Massimo Cozza** (Fp Cgil medici) che si aspetta modifiche migliorative in aula. Tra gli aspetti positivi Cozza mette al primo posto il riconoscimento del Collegio di direzione quale organo dell'azienda che concorre al governo clinico con la partecipazione di tutte le figure professionali. «Manca però - aggiunge - il Comitato di dipartimento, e con l'obbligo di mantenere anche la direzione della struttura si svuota la funzione del direttore di dipartimento». Bene, anche se limitato, il coinvolgimento dei Comuni e la partecipazione delle associazioni di cittadini alla programmazione, importante è l'affermazione dei principi di autonomia e responsabilità dei medici e positivo il divieto di utilizzare il 15 per cento (tempo determinato) per gli incarichi di struttura e la valutazione dei dirigenti nel rispetto

dei contratti con l'impossibilità di un declassamento per chi è giudicato positivamente. «La tema per la scelta del direttore di struttura complessa è invece insufficiente - afferma - serve la graduatoria dove il più bravo (il primo) vince a tutela del merito e della qualità dell'assistenza. Ed è assente la valutazione comparata dei curricula per gli altri incarichi di struttura semplice e professionali».

Salvo Cali (Smi) sostiene si tratti di «una legge che rischia di nascere già vecchia». Secondo Cali, se approvato il Ddl «sarà un cattivo esperimento sulle infinite possibilità di mediazione con le Regioni e tra i partiti, fino a produrre un testo innocuo, inutile e il cui unico pregio è quello di essere la manifesta dimostrazione della miopia della Politica nel leggere gli epocali cambiamenti dettati dalla mutata domanda di salute (invecchiamento della popolazione, cronicità... eccetera) e, quindi dell'incapacità di ripensare e riorganizzare il nostro Ssn su due gambe, territorio e ospedale, attraverso una nuova idea di governance, il tutto condito dalla retorica della partecipazione del socio-assistenziale e del terzo settore (sacrosanta se la legge fosse di altro spessore, così come il ruolo degli enti locali). È evidente che manca del tutto il territorio e, quindi, la medicina convenzionata. Allo stesso tempo, riesce a essere un capolavoro di impotenza, quando cerca di limitare le ingerenze della malapolitica nell'assegnazione degli incarichi di direzione, con l'escamotage della tema e la decisione sempre in capo al direttore generale».

«Un'occasione mancata». **Giovanni Monchiero**, presidente della Fiaso, la federazione delle aziende sanitarie e ospedaliere, definisce così il testo pronto per approdare in Aula. «L'impianto complessivo è molto debole. Siamo d'accordo con la ratifica del metodo della tema di idonei, già adottato in molte Regioni per restringere il campo di discrezionalità del direttore generale nella nomina dei direttori di struttura complessa. Ma serve anche un

maggiore approfondimento delle competenze tecniche dei candidati». Perplesità anche sul Collegio di direzione. «Va benissimo - dice Monchiero - prevederlo come organo dell'azienda, ma dev'essere un organo di gestione, non un'assemblea di condominio. Il disegno di legge prevede troppe rappresentanze, anche di figure che non hanno funzioni gestionali. Così com'è non può essere efficiente». Disincanto su tutta la linea, insomma. «Ciò che serve davvero - conclude Monchiero - è una risistemazione delle logiche di governo del sistema: la codificazione dei criteri di finanziamento, a esempio, e quella dei criteri di esposizione dei conti. Tutte cose che quel testo non prende neanche in considerazione. È un provvedimento vuoto, un'occasione perduta».

Per Federsanità, il nuovo testo contiene alcune novità non irrilevanti, in particolare riguardo al Collegio di direzione indicato come «organo» dell'Azienda sanitaria. «Questa definizione - sottolinea il presidente **Lino Del Favero** - produce uno slittamento di ruoli e di competenze che suscita qualche preoccupazione. Un maggiore coinvolgimento dei professionisti, e segnatamente dei medici, sulla sfera clinica è certamente auspicabile. Ma la formulazione inserita nel Ddl mette in campo anche gli ambiti della programmazione, che oggi è competenza prevalente dell'amministrazione regionale e della gestione aziendale, che è responsabilità propria della Direzione strategica. Sembra quindi andare verso un «governo dei clinici», che gli stessi medici hanno più volte ricusato, rivendicando la specificità del loro ruolo scientifico e chiedendo di non essere trasformati in manager». «Il legislatore regionale - conclude Del Favero - nei provvedimenti attuativi della legge dovrà, pertanto, superare il rischio di trasformare il Collegio di direzione in un luogo in cui si moltiplicheranno i conflitti di interesse, rendendo ancora più complicato definire le scelte, spesso dolorose, e rallentando pericolosamente i percorsi decisionali e innovativi».

Red. San.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Cosa prevede il disegno di legge sul governo clinico

Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche

DISCIPLINA. Il governo clinico lo disciplinano le Regioni in base ai principi della governante e del Dlgs 502/1992. È attuato con la partecipazione del collegio di direzione e le Regioni, nei limiti delle disponibilità finanziarie, devono farsi carico «integrale» dei bisogni socio-sanitari e dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali. Deve esserci l'integrazione tra aspetti clinico-assistenziali e gestionali e le Regioni devono coinvolgere Comuni, associazioni di tutela dei diritti dei cittadini e terzo settore

Autonomia e responsabilità del medico

MEDICI. Le attività medico-sanitarie sono erogate secondo principi di autonomia e responsabilità, diretta e non delegabile, dei medici e dei professionisti sanitari secondo le proprie competenze e funzioni

Funzioni del collegio di direzione

RESPONSABILITÀ. Le Regioni ne prevedono l'istituzione in tutte le aziende e assicurano la partecipazione al collegio di tutte le figure professionali. Il collegio concorre al governo delle attività cliniche e partecipa alla pianificazione di quelle gestionali, è consultato obbligatoriamente dal direttore generale su tutto ciò che riguarda il governo delle attività cliniche e scelte di questo conformi al suo parere devono essere motivate. I membri non percepiscono alcun emolumento, compenso o rimborso spese

Requisiti e criteri di valutazione dei direttori generali

NOMINE DG. I Dg li nominano le Regioni in base al Dlgs 502/1992 e provvedono alla definizione dei criteri di valutazione e verifica della loro attività anche in base ai risultati ottenuti, compresi quelli economico-finanziari, garantendo misure di pubblicità dei bandi, delle nomine e dei curricula e di trasparenza nella valutazione e il possesso di un diploma di laurea magistrale, adeguata esperienza dirigenziale almeno quinquennale nel campo delle strutture sanitarie e settennale negli altri settori, con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, e del requisito dell'età anagrafica non superiore a 65 anni, al momento della nomina. Le Regioni definiscono i criteri e i sistemi di valutazione e verifica della loro attività in base a obiettivi della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, all'ottimizzazione e alla funzionalità dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economico-finanziari di bilancio concordati. Per questo utilizzano dati ed elementi forniti dall'Agenas

Incarichi di natura professionale e di direzione di struttura

PRIMARI. Le Regioni disciplinano criteri e procedure per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa di cui l'azienda deve dare adeguata pubblicità. La selezione è effettuata da una commissione presieduta dal direttore sanitario e composta da due direttori di struttura complessa nella stessa specialità dell'incarico, sorteggiati da elenchi nominativi della Regione, tra il personale dipendente del Ssn della stessa disciplina ma esterni all'azienda interessata. La commissione riceve dall'azienda il profilo professionale del dirigente da incaricare e, sulla base dell'analisi comparativa dei curricula, dei titoli professionali posseduti, dell'aderenza al profilo ricercato e degli esiti di un colloquio, presenta al direttore generale la terna di candidati idonei che hanno ottenuto i migliori punteggi. Il direttore generale individua il candidato da nominare sulla base della terna predisposta dalla commissione, motivandone la scelta. Se il nominato perdesse l'incarico entro tre anni dalla nomina si sostituisce scegliendo tra gli altri due professionisti della terna iniziale. La nomina dei responsabili di unità operativa complessa a direzione universitaria è effettuata dal direttore generale su indicazione del rettore, su proposta del coordinamento interdipartimentale in base al curriculum scientifico e professionale.

L'incarico di direttore di struttura complessa deve essere confermato dopo un periodo di prova di sei mesi in base al lavoro svolto e ai criteri di valutazione. Quello di struttura semplice, è attribuito dal direttore generale, su proposta del direttore della struttura complessa o del direttore di dipartimento, a chi abbia un'anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina. Negli Ircs il direttore scientifico è responsabile delle proposte da sottoporre al direttore generale per l'approvazione. Gli incarichi hanno durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni, con possibilità di rinnovo. Obiettivi, durata e trattamento economico sono definiti dai contratti. Non possono essere utilizzati contratti a tempo determinato

Valutazione dei dirigenti medici e sanitari

QUALITÀ. Le Regioni eseguono la valutazione in base a linee guida approvate in Stato-Regioni e per primari e direttori di dipartimento dovranno mettere in evidenza quantità e qualità delle prestazioni sanitarie. L'esito positivo della valutazione determina la conferma nell'incarico o l'affidamento di un altro incarico di pari rilievo, ma sempre senza oneri aggiuntivi per l'azienda

Dipartimenti

GESTIONE. Le Regioni disciplinano l'organizzazione dei dipartimenti seguendo alcuni principi: l'organizzazione dipartimentale è il modello operativo di gestione delle aziende; il direttore è nominato tra i primari delle strutture che faranno parte del dipartimento; il direttore è sovraordinato agli altri primari e mantiene anche il suo primariato. Nelle Aou è assicurata parità tra ospedalieri e universitari

Limiti di età

PENSIONI. Il limite è 67 anni e a domanda 70 (valuta il collegio di direzione). I professori universitari cessano l'attività assistenziale al momento dello scattare dell'età pensionabile e possono solo continuare l'attività di ricerca. La previsione non può portare a un aumento di organici. Restano ferme le previsioni della legge 122/2010 (misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica) e 214/2011 (salva-Italia)

Programmazione e gestione delle tecnologie sanitarie

TECNOLOGIE. Le Regioni programmano e gestiscono le tecnologie sanitarie delle aziende per un uso sicuro, efficiente ed economico dei dispositivi medici e in particolare delle grandi apparecchiature e degli impianti che devono essere sottoposti a procedure di accettazione, collaudo, manutenzione e verifiche periodiche di sicurezza, ma senza oneri aggiuntivi a carico della finanza pubblica. Le Regioni devono anche formare il relativo personale. Per la raccolta dei fondi necessari le aziende possono costituire nel loro ambito organismi o enti non profit

Collegio sindacale e pubblicità degli atti

VERIFICHE. Verifiche di cassa e relazioni sull'andamento delle attività delle aziende sono svolte dal collegio sindacale devono essere rese note al pubblico anche con la pubblicazione nei siti web delle aziende

Regioni a statuto speciale e Province autonome

STATUTI SPECIALI. Sono fatte salve le loro competenze e provvedono ad attuare le finalità della legge secondo i loro statuti speciali