

Valutazioni e proposte di modifica al nuovo testo del relatore sul DDL Governo Clinico

Settembre 2011

In riferimento alla nuova proposta di testo elaborato dal relatore in discussione alla XII Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati *“Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche per una maggiore efficienza e funzionalità del Servizio Sanitario Nazionale”* si propongono le seguenti valutazioni e proposte di modifica, fermo restando la valutazione positiva in merito alla cancellazione dal testo delle devastanti norme sulla libera professione

Principi fondamentali

Articolo 1. *(Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche)*

Collegio di direzione

Articolo 2. *(Funzioni del Collegio di direzione).*

Il principio della partecipazione organizzativa degli operatori al Collegio di Direzione, organo aziendale che “concorre” al governo clinico, ed alla configurazione organizzativa del Dipartimento e dei suoi organismi è condivisibile. E’ però necessario introdurre a livello regionale il vincolo del confronto con i sindacati per la definizione dell’organizzazione e delle funzioni, che per quanto attiene le attività cliniche non devono essere di mero parere. I rappresentanti nel Collegio di Direzione e nei Comitati di Dipartimento devono essere espressione democratica degli operatori e delle diverse figure professionali.

Direttori Generali

Articolo 3. *(Requisiti e criteri di valutazione dei direttori generali).*

Nella scelta dei direttori generali si tratta di un passo in avanti per la trasparenza ma è stata eliminata la valorizzazione dell’esperienza in sanità. Inoltre servirebbero criteri più rigorosi ed una specifica formazione.

Incarichi di natura professionale e di direzione di struttura

Articolo 4. *(Incarichi di natura professionale e di direzione di struttura)*

E’ evidente una mancanza di trasparenza e di obiettività delle norme.

Per l’individuazione dei direttori di struttura complessa (ex primari) ancora una volta si affida la scelta al direttore generale nell’ambito di una terna proposta dalla Commissione, senza neanche l’obbligo della motivazione e della pubblicazione di tutti gli atti sui siti istituzionali. Invece del più bravo, a vantaggio della salute dei cittadini e della valorizzazione del merito professionale, il direttore generale può tranquillamente nominare il terzo.

Proponiamo per diminuire le possibili interferenze il sorteggio dei componenti la Commissione, nella quale ci deve essere una donna, andrebbe fatto a livello nazionale e la valutazione effettuata su titoli e curriculum senza colloquio. La commissione formula con giudizi motivati una graduatoria degli idonei ed il primo viene nominato dal direttore generale. I titoli dei singoli candidati vanno pubblicizzati sul sito aziendale, così come i giudizi e la graduatoria.

Ancora più incredibile è la totale discrezionalità lasciata al direttore generale nell’attribuzione dell’incarico di responsabile di struttura semplice, senza neanche l’obbligo di una valutazione comparata dei curricula e di una motivazione. E’ invece scomparsa l’unica norma che avrebbe limitato il potere arbitrario e monocratico dei direttori generali nelle nomine, cioè il divieto di utilizzare in modo improprio l’art. 15 septies con il quale oggi si assegnano incarichi di struttura complessa senza concorso a dirigenti scelti extra asl.

Sono anche scomparse le modalità di assegnazione degli incarichi di natura professionali per le quali proponiamo percorso di nomina che deve partire dalla pubblicizzazione degli incarichi disponibili, già pesati rispetto al loro valore con criteri condivisi con le oo.ss aziendali anche per la loro assegnazione, e mediante la divulgazione di un avviso interno.

Al comitato di dipartimento va affidata la comparazione dei curricula rispetto al posto da ricoprire, che avanza una proposta al direttore generale su indicazione del direttore di struttura complessa per la struttura semplice e per gli incarichi professionali, e del direttore di dipartimento per la struttura semplice dipartimentale. L'attribuzione per tutte le tipologie di incarico è effettuata dal direttore generale con scelta motivata da pubblicarsi anche sul sito aziendale in modo accessibile a tutti, insieme alla valutazione comparata dei curriculum.

Valutazione

Articolo 5. (*Valutazione dei dirigenti medici e sanitari*).

La valutazione va definita con il contratto nazionale e non in modo unilaterale dalle Regioni su proposta del Ministro della Salute.

Dipartimenti

Articolo 6. (*Dipartimenti*)

Bene l'organizzazione dipartimentale come modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere ma è in aperta contraddizione con il mantenimento della titolarità della struttura complessa da parte del direttore che dovrebbe essere contemporaneamente impegnato in complessi compiti gestionali e funzionali. Si propone pertanto di prevedere la possibilità che a livello contrattuale si possa concordare una sua temporanea sostituzione a livello di struttura per consentire un appropriato svolgimento dei compiti di direzione dipartimentale e l'esclusività del rapporto di lavoro.

Condivisibile la nomina da parte del direttore generale del direttore di dipartimento trattandosi di incarico prevalentemente di natura fiduciaria ma questa deve avvenire nell'ambito di una terna proposta dal comitato di dipartimento, sentito il collegio di direzione.

Pensione a 70 anni

Articolo 7 (*Limiti di età*)

Inconcepibile è la proposta di una ennesima nuova norma sul pensionamento con la quale si introduce la possibilità di rimanere a lavorare fino a 70 anni, al di là dei contributi, e si toglie la scelta ai singoli dirigenti - come accade adesso se non si sono raggiunti i quaranta anni di contributi effettivi - per affidarla in modo assolutamente discrezionale al Collegio di Direzione.

Ulteriori articoli da aggiungere

Medici dell'emergenza

Nel territorio va rafforzato il sistema pubblico dell'emergenza sanitaria 118, e va superato l'attuale dualismo per cui lo stesso lavoro medico viene svolto con due contratti diversi: quello della dipendenza e la convenzione. Riteniamo non più eludibile la strutturazione dell'emergenza sanitaria esclusivamente con il rapporto di dipendenza, garantendo i diritti acquisiti dagli attuali medici convenzionati e in graduatoria, fino all'entrata a regime della specifica scuola di specializzazione in emergenza sanitaria. Di seguito il testo dell'emendamento che proponiamo:

“Nelle more della attivazione della specializzazione universitaria in medicina di emergenza, le regioni che hanno adottato provvedimenti per consentire il passaggio alla dipendenza dei medici convenzionati di emergenza sanitaria territoriale, ai sensi dell' art. 8 comma 1 bis del dlgs 229/99, possono attivare le procedure affinché i medici in servizio in emergenza alla data di entrata in vigore del presente atto legislativo, i quali operino con incarico a tempo indeterminato da almeno cinque anni o al compimento dinamico del quinto anno oppure con incarico determinato rinnovato da almeno cinque anni, siano inquadrati a domanda nel ruolo sanitario, nel rispetto delle dotazioni organiche e dei finanziamenti utilizzati dalla regioni per garantire gli organici della suddetta attività.”

Medici dipendenti precari senza specializzazione

C'è primo luogo la necessità di consentire ai medici che per più di cinque anni hanno svolto attività di dirigenti medici a tempo determinato, pur essendo privi della specializzazione, di poter partecipare ai concorsi, riconoscendo il lavoro svolto equivalente al requisito della specializzazione.

Medici convenzionati senza corso di formazione

Nelle convenzioni migliaia di medici, sostituiti da diversi anni, stanno perdendo la possibilità di lavorare, in quanto impossibilitati, per motivi anagrafici, ad accedere al corso di formazione. Questi medici, pur essendosi iscritti alla facoltà di medicina prima del 1991, data dell'entrata in vigore del primo decreto di recepimento della normativa europea che prevede l'obbligatorietà del corso di formazione, ed essendosi laureati dopo il 1994, si sono comunque ritrovati a lavorare in modo precario, pur essendo privi del requisito del corso. Per risolvere questa drammatica situazione si chiede di prevedere il diritto all'accesso alle graduatorie regionali per la medicina generale anche a questi medici, purché possiedano un'altra formazione complementare comprovata, come richiesto dalle direttive europee.