

**Valutazioni e proposte di modifica
al nuovo Testo Unificato del
Ddl sul Governo Clinico**

7 maggio 2010

In riferimento al nuovo testo unificato adottato il 27 aprile 2010 dalla 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.

Principi fondamentali

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

Si deve regolamentare anche l’apporto alle strategie generali aziendali degli enti locali e dare voce agli utenti.

Collegio di direzione

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

Bene il riconoscimento del ruolo del Collegio di direzione, che diventa organo dell’azienda e concorre alla pianificazione strategica, ma l’assenza del suo parere obbligatorio al direttore generale sui provvedimenti, insieme al rinvio alle regioni per la definizione delle sue competenze e dei suoi poteri, rischia di svuotare ogni ruolo sostanziale di governo clinico.

Direttori Generali

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

Si tratta di un passo in avanti per la trasparenza e la valorizzazione dell’esperienza e della formazione nella scelta dei direttori generali ed anche per un loro giusto riconoscimento economico.

Incarichi di struttura semplice e semplice dipartimentale

Articolo 5. (*Modifiche all’articolo 15-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in materia di incarichi di natura professionale e di direzione di struttura*).

E’ evidente una mancanza di trasparenza e di obiettività delle norme che prevedono le modalità di nomina degli incarichi di struttura semplice e di struttura semplice dipartimentale. La stessa trasparenza deve connotare l’assegnazione degli incarichi professionali conferibili dopo cinque anni di attività.

Il percorso di nomina sia degli incarichi di struttura che professionali – rinviati questi ultimi nel testo alla disciplina regionale - deve partire dalla pubblicizzazione degli incarichi disponibili e dei criteri condivisi con le oo.ss aziendali per la loro assegnazione, mediante la divulgazione di un avviso interno.

La formula del Testo Unificato vede invece l’attribuzione degli incarichi di struttura semplice da parte del direttore generale, “sentito” il direttore di struttura complessa e il comitato di dipartimento, e “sentito” il Collegio di Direzione e il direttore sanitario nel caso di strutture semplici dipartimentali.

Si tratta di un passo indietro rispetto alla valutazione del merito professionale ed alla trasparenza con una sempre maggiore autonomia decisionale del direttore generale nominato dalla politica.

Proponiamo invece di affidare al comitato di dipartimento 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.

Vanno, infine, riviste le funzioni di direzione e organizzazione e l'emanazione di direttive al personale da parte del responsabile della struttura semplice in quanto appaiono confuse rispetto al ruolo del direttore di struttura complessa.

Incarichi di struttura complessa

Articolo 5. (Modifiche all'articolo 15-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in materia di incarichi di natura professionale e di direzione di struttura).

Si tratta di un piccolo passo in avanti per la trasparenza con la pubblicazione sui siti istituzionali della Regione dei requisiti curriculari e delle competenze professionali richieste, delle funzioni da svolgere e degli obiettivi da raggiungere.

Un altro piccolo passo in avanti è rappresentato dalla commissione presieduta dal direttore sanitario e composta da due altri direttori di struttura complessa sorteggiati a livello regionale (il livello nazionale avrebbe garantito una maggiore trasparenza!).

Questi due piccoli passi in avanti sono però insufficienti a fronte della nomina del vincitore da parte del direttore generale nell'ambito di una terna proposta dalla commissione.

Anche se il provvedimento deve essere motivato, e i giudizi e la graduatoria pubblicizzati sui siti istituzionali, non appare giustificabile che il primo non debba vincere.

Basta che il direttore generale scriva le sue motivazioni (incontestabili) e il terzo può diventare il primo!

Si propone pertanto che l'individuazione dei dirigenti di struttura complessa della commissione sia effettuata attraverso un pubblico sorteggio da un elenco nazionale e non regionale, minimizzando la possibilità di interferenze. Uno dei tre componenti della commissione deve essere una donna.

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.

Positivo, invece, il divieto di utilizzare in modo improprio l'art. 15 septies per ricoprire gli incarichi dirigenziali di struttura complessa (nomina senza concorso da parte del direttore generale nel limite del due per cento della dotazione organica).

Articolo 6. (Valutazione dei dirigenti medici di struttura complessa e dei direttori di dipartimento).

E' inaccettabile una valutazione legata al "contenimento" dei costi.

Dipartimenti

Articolo 7. (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.

Va inoltre inserita la componente elettiva nel comitato di dipartimento che deve vedere la rappresentanza di tutte le figure professionali.

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

Articolo 8. (Responsabilità dei direttori di dipartimento).

Testo condivisibile solo se si prevede la possibilità di una sua temporanea sostituzione per i compiti di struttura complessa (non si comprende come si possano correttamente svolgere tutti i compiti di responsabilità dipartimentale previsti dall'articolo e contemporaneamente svolgere tutte le funzioni quotidiane di direttore ad esempio di una unità complessa di chirurgia). A maggior ragione se il direttore di dipartimento dovrà provvedere a organizzare e gestire, secondo criteri di flessibilità, i posti letto da distribuire tra le diverse strutture.

Pensione a 70 anni

Articolo 8 (Limiti di età)

La facoltà per i dirigenti di rimanere in servizio fino a 70 anni rappresenta uno schiaffo per migliaia di precari e specializzandi e chiude ogni prospettiva di carriera per decine di migliaia di medici e veterinari con incarichi professionali. Lasciare poi la discrezionalità di concessione della pensione fino a 70 anni al Collegio di Direzione, rappresenta una ulteriore iniquità.

Va abolita, mantenendo invece la facoltà di rimanere in servizio fino a 67 anni ma senza discrezionalità da parte dell'azienda. Bene la fine della rottamazione per tutti i dirigenti medici, veterinari e sanitari.

Libera professione ed esclusività

Articolo 9. *(Esclusività del rapporto e attività libero-professionale dei dirigenti sanitari del Servizio sanitario nazionale).*

L'introduzione della possibilità di mantenere il rapporto esclusivo svolgendo l'attività libero-professionale in strutture private non convenzionate rappresenta una devastante picconata alla sanità pubblica. Non prevedere, poi, nessun onere per l'azienda farà saltare ogni possibile centro unico di prenotazione o di riscossione e pagamento degli onorari in caso di intramoenia allargata, alla quale passeranno la stragrande maggioranza dei medici attualmente in extramoenia, non essendoci più sostanziali differenze.

Si tratta di circa 5.000 medici ai quali, passando dall'extramoenia alla intramoenia allargata, sarà dovuta una media di 750 euro al mese in più, relativi alla indennità di esclusività. Complessivamente si tratta di circa 50 mln di euro l'anno che potrebbero essere presi dal monte salari dei medici pubblici, se in quest'ultimo sarà inglobata la stessa indennità di esclusività, fino ad oggi considerata come valore aggiunto finanziato con fondi extracontrattuali.

Chiediamo quindi di fare chiarezza e di prevedere in modo esplicito nel Ddl che i costi legati al passaggio da extramoenia ad intramoenia non ricadranno sui fondi contrattuali.

Il condivisibile principio che il volume delle prestazioni di attività libero-professionale non deve superare per ciascun dipendente quello assicurato per i compiti istituzionali, né deve richiedere un impegno orario superiore al 50% per cento a quello istituzionale, crolla nella pratica della fattispecie della intramoenia allargata. Chi e come controllerà cosa accade in ciascun singolo studio privato ?

Il tragico disegno di arrivare al doppio canale pubblico-privato si completa con la facoltà per le aziende di non attivare la libera professione intramoenia. E siccome al peggio non c'è mai fine, il valore della indennità di esclusività viene messa a carico del contratto, senza alcun finanziamento aggiuntivo per una sua rivalutazione.

Un vero disastro per la trasparenza e per il reale controllo delle liste di attesa. Un tradimento per decine di migliaia di medici che credono e vogliono lavorare solo nel servizio pubblico ma con una indennità di esclusività rivalutata e la possibilità garantita dall'azienda di poter svolgere una trasparente libera professione intramuraria a salvaguardia della qualità del lavoro.

Si propone, pertanto, di eliminare l'intero articolo lasciando vigenti le attuali norme previste dalla recente legge 120 bipartisan approvata alla fine della passata legislatura ma superando l'attuale situazione di reversibilità, dove ogni anno entro il 30 novembre tutti i medici e i dirigenti sanitari scelgono se rimanere o non in regime di esclusività.

Proponiamo che tutti i dirigenti medici e sanitari debbano avere un rapporto di esclusività con l'azienda, a maggior ragione se ricoprono responsabilità gestionali, sia a livello di struttura complessa che semplice, con possibilità della vera intramoenia, "dentro le mura". Va, infine, prevista la rivalutazione della indennità di esclusività, con fondi extracontrattuali.

Articolo 11. *(Libera professione intramuraria degli operatori sanitari non medici).*

L'estensione della libera professione in intramoenia allargata a tutti gli operatori sanitari, senza regole e vincoli, completa lo sciagurato progetto di attacco al servizio pubblico. La stessa équipe che la mattina opera negli ospedali pubblici il pomeriggio si potrebbe trasferire in blocco nella struttura privata in regime di intramoenia allargata senza alcun controllo su liste di attesa, prenotazioni e pagamenti, inducendo una organizzazione del lavoro pubblico orientata a salvaguardare l'attività privata.

La libera professione degli operatori sanitari va pensata e costruita tenendo a mente il diritto dei cittadini al SSN ed al riconoscimento reale della loro autonomia professionale, per questo per tutti gli operatori delle professioni sanitarie chiediamo la possibilità di una libera professione intramuraria e trasparente.

Ulteriori articoli da aggiungere

Articolazione dei medici convenzionati della medicina generale e dell'emergenza

Per garantire la continuità dell'assistenza ai cittadini dobbiamo valorizzare tutti i professionisti che oggi fanno questo lavoro. Va istituito un accesso unico alla medicina generale, in cui chi entra in convenzione svolge tutte le attività della medicina territoriale a tempo pieno. Si deve quindi porre fine, nell'ambito della medicina generale, al doppio canale professionale di medico di assistenza primaria e di continuità assistenziale, prevedendo un graduale passaggio per chi è già in servizio, e l'unicità del ruolo per i nuovi medici convenzionati.

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.

“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.