

Valutazioni e proposte di modifica al Testo Base del Governo Clinico

1 settembre 2009

In riferimento al testo base in materia di governo delle attività cliniche e di efficienza e funzionalità del Servizio Sanitario Nazionale approvato il 29 luglio 2009 presso la XII Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati si propongono le seguenti modifiche.

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. *(Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502).*

Bene il riconoscimento del ruolo del collegio di direzione, che diventa organo dell'azienda, con parere obbligatorio al direttore generale sull'atto aziendale, su ricerca e formazione e sugli obiettivi della contrattazione integrativa aziendale. Va però prevista, oltre gli infermieri, anche la presenza delle altre figure professionali del comparto.

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 4. *(Modifiche all'articolo 15-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502).*

E' evidente una mancanza di trasparenza e di obbiettività 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 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.

Il comitato di dipartimento effettua quindi la comparazione dei curriculum rispetto al posto da ricoprire ed 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 4. *(Modifiche all'articolo 15-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502).*

Si tratta di norme gattopardesche che nella sostanza lasciano la scelta al direttore generale nominato dalla politica, anche se all'interno di una terna proposta da una commissione formata con una insufficiente trasparenza. Inaccettabile è, poi, la presenza del professore universitario nelle commissioni nelle aziende ospedaliere integrate con l'università, offensiva della dignità dei medici ospedalieri.

Si propone pertanto che l'individuazione dei dirigenti di struttura complessa della commissione – in nessun caso con la presenza di professori universitari – 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.

L'esame dei titoli va effettuato in relazione a quel determinato posto da ricoprire e alla predefinita degli obiettivi da raggiungere, che devono essere esplicitati nell'avviso da pubblicare sulla gazzetta ufficiale. 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 (nomina senza concorso da parte del direttore generale nel limite del due per cento della dotazione organica).

Articolo 5. *(Valutazione dei dirigenti medici di struttura complessa e dei direttori di dipartimento).*

E' inaccettabile una valutazione legata al "contenimento" dei costi. Si propone di sostituire "il contenimento dei costi" con "l'uso appropriato delle risorse".

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.

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 7. (*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) e si chiariscono le modalità organizzative tra strutture semplici e complesse.

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. Va abolita, mantenendo invece la facoltà di rimanere in servizio fino a 67 anni ma senza discrezionalità da parte dell'azienda, fermando ogni possibile rottamazione anticipata.

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. 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, nella sostanza non solo non si prevede nessuna rivalutazione della indennità di esclusività ferma ai valori del 2000, ma viene annacquata nell'ambito dei contratti e senza prevedere neanche un aumento del monte salari. 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. Va, infine, prevista la rivalutazione della indennità di esclusività, con fondi extracontrattuali.

Articolo 10. (*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 equipe 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.

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.