

Sanità

Anno XI - n. 49
Poste Italiane Sped. in A.P.
D.L. 353/2003 conv. L. 46/2004,
art. 1, c. 1, DCB Roma

Settimanale
16-22 dicembre 2008
www.24oresanita.com

Ecco il pacchetto farmaceutico della Ue su pubblicità, mercato, contraffazione e farmacovigilanza

Farmaci, Bruxelles apre agli spot

Barroso frena: informazione diretta ai pazienti solo su web e stampa specializzata

Non ci sarà libertà di spot nell'Ue. Ma il pacchetto farmaceutico appena presentato dalla Commissione con misure anche per contraffazione, ricerca e farmacovigilanza apre una breccia nel muro del divieto di pubblicità per i farmaci etici: se la direttiva sarà approvata così com'è dall'Europarlamento e dal Consiglio le industrie potranno fornire informazioni ai cittadini sulle cure su ricetta, anche se solo su siti web e riviste specializzate. In extremis l'intervento del presidente Ue Barroso ha impedito che le maglie del no alla pubblicità si allargassero ancora di più.



SERVIZI A PAG. 2-3

Le reazioni
Le imprese: «Bene così»
I consumatori: «Molti rischi»
A PAG. 2-3

L'indagine
Attenzione a Internet: i tradimenti di Wikipedia
A PAG. 2

COMMISSIONE EUROPEA

Trapianti a tutta sicurezza

Via libera alla direttiva per ridurre i pericoli nelle donazioni

Qualità e sicurezza per i trapianti e le donazioni, questi gli obiettivi di due provvedimenti approvati dalla Commissione europea: una direttiva, con cui si stabilisce un quadro giuridico armonizzato in tutta l'Unione e si prevede l'istituzione di autorità nazionali per il controllo della qualità, e un piano d'azione, che nell'arco di sei anni stimolerà gli interventi per aumentare la disponibilità di organi e rendere i trapianti più accessibili. Per minimizzare i rischi nelle donazioni sono stati definiti un sistema di tracciabilità degli organi e un sistema di registrazione degli eventi avversi. Viene inoltre rafforzato il coordinamento tra gli Stati e facilitato lo scambio di dati.

A PAG. 4

RIFORME

«La nostra governance»

Le ricette alla Camera di Fnom, Anaa, Anpo e Fiaso

Quattro punti in primo piano alle audizioni di Ordini, sindacati e manager alla Camera sulla governance: nomina dei primari, pensionamento dei medici ospedalieri, istituzione di unità di rischio clinico,

nomina dei direttori generali delle Asl. E posizioni simili sulla necessità di competenza per i manager, dei poteri al Collegio di direzione e di pensioni uguali per tutti.

A PAG. 8-9

RAPPORTO AIOP

«Così il privato muore»

Cliniche, allarme tagli - Oasi 2008: una rete per i ricoveri

La spesa ospedaliera cresce, ma i costi dell'ospitalità privata sono in stallo da anni. Anzi, nonostante il gradimento dei cittadini, il settore è sottoposto a tagli continui per il riequilibrio della spesa e il meccanismo di

pagamento a Drg si applica di fatto solo nel privato con abbattimenti di tariffe fino al 20%. L'allarme sulla sopravvivenza delle case di cura arriva dal VI Rapporto Aiop.

A PAG. 12-13

IN VETRINA

Patto per la salute e federalismo: la partita entra nel vivo nel 2009

Incontri preliminari in settimana sul Patto per la salute: dovrà contenere secondo le Regioni anche le regole per i risparmi sui generici e il nuovo meccanismo 2010-2012 di riparto del fondo sanitario basato sui costi standard che saranno anche la chiave del federalismo fiscale che entrerà nel vivo il prossimo anno. (Servizio a pag. 5)

▼ **Convenzioni: si avvicina la sigla della pre-intesa**
Settimana decisiva per Mmg, pediatri e specialisti: se arriverà il via libera di Economia e Regioni si potrà chiudere la partita economica 2006-2009. (Servizio a pag. 23)

▼ **Rapporto ottimale Mmg, bocciata la Lombardia**
Anche la Lombardia bocciata sull'innalzamento del rapporto ottimale Mmg/pazienti. Soddisfatta la Fp Cgil che aveva promosso il ricorso. (Servizio a pag. 31)

▼ **Funzione pubblica: consulenze solo con la laurea**
Secondo la Funzione pubblica per l'affidamento delle consulenze nella Pa e nel Ssn non basta il titolo triennale, ma serve la laurea specialistica. (Servizio a pag. 26)

▼ **Kaiser permanente: modello Usa che sfida il Ssn**
Fa concorrenza al Ssn inglese e italiano il modello Usa di assistenza territoriale che però funziona solo per 8,6 milioni di americani. (Servizio a pag. 24)

Fisco/1
Lo sconto sulla ricerca si prenota
A PAG. 25

Fisco/2
L'Ipab si trasforma con il bonus
A PAG. 25

Il mal di denti del Sud

Il dentista, questo sconosciuto. È proprio il caso di dirlo: neanche la metà degli italiani si fa controllare e curare; l'11% non ha più un solo dente naturale. Peggio, molto peggio, il Sud. Dove soltanto uno sparuto 30% vede l'odontoiatra. È desolante il quadro delle cure dentarie raccontato dall'Istat. Curarsi i denti è un fatto d'élite, un lusso per pochi, colti e residenti al Nord. E pure per chi vive al Settentrione sborsare di tasca propria è la regola. Dai 6 anni in su, si paga. Niente di nuovo sotto il sole: della "latitanza" degli italiani si sapeva. Colpa loro? No, colpa di un Ssn praticamente inesistente, tranne poche iso-

le felici. Colpa di ambulatori pubblici vecchi, con macchinari obsoleti e personale scarso e demotivato. Colpa di una prevenzione che non c'è. Un ritardo cronico, che pesa ancor di più in tempi di crisi economica. E niente, almeno per ora, si è mosso. Fermi i nuovi Lea, al palo quei Fondi integrativi che avrebbero dovuto garantire alle famiglie prestazioni "assicurate". In stand-by il patto con i dentisti privati per offrire cure di base a prezzi calmierati. Si può ancora parlare di Welfare State? (B.Gob.)

A PAG. 7

GUIDA ALLA LETTURA

- Primo Piano a pag. 2 - 4
- Dal Governo 5 - 7
- Focus 8 - 9
- Dibattiti 10 - 11
- Speciale 12 - 15
- Aziende/Territorio 16 - 22
 - Mercati&News 21 - 22
- Lavoro/Professione 23 - 31
 - Fisco/Previdenza 25
 - Medicinæ 28 - 29
 - Servizi 30
 - La Giurisprudenza 31

A PAG. 17
Emilia Romagna
In corsia sono più i reclami degli elogi e le Asl rispondono alle richieste dei cittadini

A PAG. 18-19
Intossicazioni
Per i Centri antiveleno oltre 150mila interventi l'anno e un piano d'azione nel Psn

A PAG. 28
Emergenza
La proposta della Simeu: il sistema «hub&spoke» contro ictus, infarto e trauma grave

Value Relations®

Non aspettare il momento giusto. CREALO!

Lavoriamo al vostro fianco per sviluppare RELAZIONI DI VALORE

www.valuerelations.it

FnomCeO (Federazione nazionale degli Ordini dei medici)

Le procedure di individuazione dei direttori generali delle aziende sanitarie. L'attribuzione dell'incarico di direttore generale non può né deve essere un mero atto politico ma una scelta responsabile della politica da ancorare a un contesto di garanzie tecnico-professionali operate da uno specifico soggetto tecnico di valutazione, autorevole e terzo che, mediante procedure trasparenti e valutabili, propone al decisore politico una rosa ristretta di candidati con le migliori caratteristiche tecnico professionali per ciascun specifico incarico di direzione di azienda.

Questa attività di valutazione deve prevedere:

- misure di pubblicità (avviso) accessibili al pubblico anche utilizzando siti Internet, delle procedure per la copertura delle vacanze dei posti di direttori generali delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere;
- sistemi trasparenti di valutazione e verifica relativi al possesso di requisiti idonei (diploma di laurea, esperienza almeno quinquennale di direzione tecnica o amministrativa in enti, aziende, strutture pubbliche o private, in posizione dirigenziale con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, svolta nei dieci anni precedenti la pubblicazione dell'avviso, con particolare rilievo se svolte in ambito sanitario e socio-sanitario);

- la pubblicazione, anche sui siti Internet dei curricula dei candidati;
- la definizione preventiva, sentite anche le associazioni di tutela degli utenti e le comunità locali, dei criteri di valutazione e verifica dell'attività dei direttori generali, in particolare connesse al raggiungimento degli obiettivi definiti di efficienza, efficacia e qualità dei servizi sanitari.

Le procedure di selezione dei direttori di struttura complessa. Una soluzione

ne ottimale per la scelta dei direttori di struttura complessa non può che esprimere una sintesi alta dei diversi sistemi di valori in campo per irrobustire la tutela del bene primario da perseguire (la qualità dell'assistenza) e contrastare la devastante erosione della fiducia e dell'affidabilità del sistema tra i cittadini e tra gli stessi professionisti.

Per tali motivazioni va innanzitutto abolito l'articolo 15 septies del Dlgs 229/1999, in questi anni rivelatosi più spesso occasione di equivoci e abusi che di positive opportunità, assumendo che gli incarichi di direzione possono essere attribuiti esclusivamente secondo le procedure e i requisiti di cui al Dpr 484/1997.

Bene quindi tutte quelle proposte finalizzate a garantire trasparenza, imparzialità di giudizio, e valorizzazione del merito tecnico-professionale alla specifiche procedure di selezione per gli incarichi di direzione di struttura complessa nelle aziende sanitarie, ma anche

perplexità per un ritorno al passato dei tradizionali concorsi pubblici, dimostratisi tutt'altro che immuni da pressioni e ingerenze esterne.

Il bando di selezione deve specificare le caratteristiche delle competenze professionali e i requisiti curriculari richiesti in ragione della tipologia delle attività sanitarie da garantire, come definite nella programmazione strategica aziendale.

La Commissione di selezione è costituita dal direttore del dipartimento nel quale è inserito l'incarico da attribuire e da tre direttori di struttura complessa, di altra Regione, appartenenti alla stessa disciplina, ove si tratti di ruolo sanitario, indicati dal Collegio di direzione mediante pubblico sorteggio effettuato esclusivamente tra il personale dei Servizi sanitari regionali compresi in elenchi nazionali a tal fine predisposti e aggiornati presso il ministero del Welfare, escludendo quin-



FnomCeO, Anaa, Anpo e Fiaso in audizione

La governance

Direttori generali scelti in base alla

Quattro argomenti cardine per il governo clinico: nomina dei primari, pensionamento dei medici ospedalieri, istituzione di unità di rischio clinico, nomina dei direttori generali delle Asl. E cinque i provvedimenti all'esame della commissione Affari sociali della Camera che la scorsa settimana ha sentito sul tema Ordini professionali (FnomCeO), sindacati (Anaa e Anpo) e direttori generali (Fiaso) in vista della predisposizione di un testo unificato che dovrebbe essere messo a punto all'inizio del 2009. E dei testi delle audizioni pubblichiamo in queste pagine un'ampia sintesi che riassume le posizioni dei pro-

fessionisti della salute.

E alcuni punti chiave su cui tutti sono più o meno d'accordo. Il primo è sicuramente quello che prevede la nomina dei manager secondo una valutazione della loro competenza e dell'esperienza acquisita, senza lasciare da parte controlli stretti sul raggiungimento degli obiettivi che in caso non siano centrati possono far perdere il posto ai Dg.

Poi il ruolo dei medici, che per tutti i sindacati deve restare unico e che per la maggior parte degli interessati deve essere su un unico livello (la pensano diversamente i primari). Anche sulle nomine dei primari sono tutti d'accordo sulla

di la possibilità di un componente universitario nelle aziende miste, stante l'impossibilità di realizzare una reciprocità con le procedure relative alle nomine accademiche.

La Commissione, nella valutazione dei curricula dei candidati, in questa fase rigorosamente anonimi, deve operare secondo i criteri e le procedure di cui al Dpr 484/1997, eventualmente da aggiornare in successivi atti regolamentari.

Sulla base di tale valutazione, la Commissione seleziona in una graduatoria provvisoria di merito tecnico-professionale, compatibilmente con il numero dei partecipanti al bando, tre candidati in possesso delle migliori caratteristiche curriculari di competenze ed esperienza riferite all'incarico da conferire, motivando adeguatamente le proprie decisioni e rendendo noti, sui propri siti Internet, i curricula dei candidati così selezionati.

Il successivo colloquio di valutazione atti-

tudinale, concernente la verifica delle competenze in materia di organizzazione e gestione delle risorse per gli obiettivi da conseguire, da effettuare in base a criteri generali e comuni definiti in sede di Conferenza permanente dello Stato-Regioni e Province autonome, è condotto dalla Commissione di selezione che, in questa fase, è integrata dal direttore generale. Esperite tali procedure, la Commissione integrata completa il processo di selezione individuando, con parere concorde della maggioranza dei suoi cinque componenti, il candidato a cui il direttore generale conferisce l'incarico con motivazione scritta.

I livelli della dirigenza. Forti perplessità sull'ipotesi di ripristinare i due livelli della dirigenza aboliti dal Dlgs 229/1999. Tale scelta non aggiungerebbe nulla di positivo al profilo giuridico delle attribuzioni di competenze e responsabilità del dirigente di struttura complessa già oggi chiaramente individuate

nei dispositivi legislativi e nelle normazioni contrattuali mentre complicherebbe molto la dinamica dell'attuale sistema di attribuzione delle funzioni dirigenziali.

Il dipartimento: individuazione del direttore e del Comitato di dipartimento. L'organizzazione dipartimentale deve configurarsi come modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie e ospedaliere.

Anche la scelta del direttore del dipartimento deve rappresentare un punto di equilibrio alto tra le esigenze del management aziendale e quelle connesse alla tutela dell'autonomia e responsabilità dei professionisti.

Va bene una norma che ne preveda la nomina da parte del direttore generale tra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento, nell'ambito di una terna di candidati individuati dal Comitato di dipartimento, rimanendo

Anaa Assomed (Associazione medici dirigenti)

Nomina direttori generali. Se non si può immaginare di scindere la responsabilità politica di tutela della salute dei cittadini, compito delle Regioni, dal potere di nomina di coloro ai quali spetterà l'attuazione delle politiche di programmazione e di indirizzo sanitario stabilite dalla Giunta Regionale, occorre definire i requisiti professionali, i criteri e le procedure delle scelte per una loro totale trasparenza. Inutili albi, registri e commissioni in assenza di requisiti: devono contare le caratteristiche professionali degli aspiranti all'incarico avuto riguardo anche, o soprattutto, a esperienze di lavoro e formative in materia di Sanità pubblica e organizzazione e gestione in ambito sanitario. Senza dimenticare di introdurre un limite di età.

Collegio di direzione. La funzione di "organo dell'azienda" deve prevedere competenze non limitate alla pura riproposizione di quanto previsto dall'articolo 17 del Dlgs 502/1992. I pareri obbligatori, alcuni dei quali potrebbero anche avere carattere vincolante, devono essere espressi anche su materie quali le strategie aziendali sulla qualità clinica, inclusa la valutazione

degli indici di performance, i provvedimenti di bilancio preventivo e consuntivo, l'Atto aziendale e i provvedimenti di organizzazione del personale, la programmazione aziendale della formazione, l'organizzazione della attività libero-professionale intramoenia. Il Collegio di direzione potrebbe esprimere il proprio "gradimento", non vincolante, anche sulla relazione programmatica del Dg al momento dell'insediamento e sulla proposta di nomina del direttore sanitario.

Per quanto riguarda la composizione, una puramente elettiva rischierebbe di attribuire a un organo dell'azienda una mera funzione di rappresentanza degli interessi dei dipendenti legata da ruoli, funzioni e competenze e la mancata partecipazione dei direttori di dipartimento priverebbe l'organismo di funzioni e rappresentanti essenziali, anche in merito alle responsabilità di budget. La soluzione è una quota elettiva da aggiungere ai componenti di diritto e restringendo il potere di nomina dei direttori di dipartimento da parte del direttore generale all'interno di una terna proposta dal Comitato di dipartimento.

Nelle aziende integrate la composizione del Collegio di direzione deve garantire la proporzionalità della componente ospedaliera e di quella universitaria in relazione alle rispettive dotazioni organiche.

Incarico di direzione di struttura complessa. Da condividere la previsione di affidamento dell'incarico esclusivamente attraverso le procedure di cui all'articolo 15-ter del Dlgs 229/1999 (Incarichi di natura professionale e di direzione di struttura) abolendo procedure illegittime quali il ricorso per lo svolgimento di attività ordinarie all'articolo 15-septies del Dlgs 229/1999 (Contratti a tempo determinato) che andrebbe abolito. Il bando di selezione dovrebbe specificare le caratteristiche, i requisiti curriculari e le competenze professionali richieste in funzione delle attività da garantire. Nella Commissione di selezione è preferibile prevedere la presenza del direttore del dipartimento cui affierisce l'incarico da assegnare, in sostituzione del direttore sanitario.

Condivisibile l'ipotesi di valorizzare l'autonomia della professione restituendo ai suoi rappresentanti la

potestà della scelta, attraverso commissioni, anche allargate fino a 5 membri, presiedute dal direttore di dipartimento, in rappresentanza delle logiche aziendali, o dal dirigente più anziano di età, e composte da membri extra-regionali estratti a sorte, cui affidare la valutazione analitica pesata del curriculum professionale che porti a una vera graduatoria. E per i direttori di Unità operative assistenziali universitari occorre pensare ad analoghi meccanismi selettivi a supporto della intesa tra rettore e direttore generale, escludendo investiture automatiche e duplicità di ruoli giuridici.

La valutazione in maniera distinta dei crediti Ecm è, invece, un requisito non coerente con la sperimentazione del processo Ecm praticamente ancora non conclusa e con il mancato impegno delle aziende sanitarie a coprire i costi derivanti dalla necessità di assicurare a tutti i dirigenti medici la possibilità di conseguire i crediti previsti per ogni anno. Stessa procedura potrebbe valere per la selezione dei candidati a incarichi di direzione di struttura semplice, da affidare al Comitato di dipartimento, dopo l'individuazione in sede di con-

Anpo (Associazione nazionale primari ospedalieri)

Gli antefatti alle proposte di legge si riferiscono al Dlgs 502/1992, ormai superato in tanti aspetti e indicazioni, che già dalla sua emanazione fu oggetto di motivate critiche da parte di tanti, in primis l'Anpo.

Quindi rivedere leggi e normative è oggi meritorio e necessario per ridare al Ssn ordine, trasparenza funzionale e gestionale e credibilità agli occhi della società civile.

Partendo dalla valutazione della proposta di legge 1552 a firma Di Virgilio e Palumbo, sono state esaminate anche le altre proposte 799 (Angela Napoli), 977-ter (Livia Turco), 278 (Farina Concioni) e 1942 (Mura), evidenziando ciò che va nel giusto senso riformatorio e innovatore.

Pur di fronte a un criticabile concetto di "aziendalizzazione" della Sanità, si è ben evidenziata la necessità di una nuova normativa che dia trasparenza e garanzie nella scelta dei direttori generali e dei responsabili di Uo complessa.

Nella proposta di legge Di Virgilio-Palumbo manca la normativa per la scelta dei direttori generali e dei direttori sanitari e amministrativi, prevista invece dalla proposta di legge Mura e altri.

La necessità di trasparenza e obiettività non riguarda solo la scelta dei primari, ma di tutti coloro che nell'azienda debbono avere livelli di responsabilità gestionale.

Così è pure necessario normare il rapporto che l'azienda deve avere con gli Enti locali presenti nel suo territorio, evitando però improvvide

sperimentazioni gestionali (a esempio le Società della Salute della Toscana) con organizzazioni poco funzionali e sostenute soltanto da fini politici.

Fondamentale è riconoscere al Collegio di direzione status, prerogative e autonomia, come organo della gestione dell'azienda.

È necessario individuare con chiarezza la composizione di tale organo e deve essere oggetto di normativa univoca per tutte le aziende sanitarie. Resta comunque equivoco e indefinito il concetto presente nelle varie proposte di legge che recita: «La Regione formula atti di indirizzo relativamente al funzionamento e all'attività del Collegio di direzione».

Resta da definire il ruolo, la funzionalità e ancor prima la composizione dell'esistente Consiglio dei sanitari, che si vorrebbe da alcuni trasformare in Consiglio delle professioni.

In tutti i testi proposti, sembra esserci un consenso sul ruolo fondamentale del Dipartimento nell'attività gestionale dell'assistenza.

Su questo assunto si può concordare, ma occorre maggior precisione nella definizione del Dipartimento stesso, che certamente deve essere di tipo strutturale, ma a cui occorre dare certezza sulla composizione e sulla funzionalità e anche per questo è bene che la normativa sia nazionale; è un principio di garanzia e democrazia che il direttore del dipartimento sia nominato dal direttore generale, ma su proposta dei direttori di Uo

complessa costituenti il dipartimento medesimo, riuniti in apposito consesso, come anche ben evidenziato dalla proposta di legge di Angela Napoli.

La nuova normativa prevista da Di Virgilio e Palumbo per la scelta dei primari, trova concorde l'Anpo, sia nella procedura che nella formulazione di una terna di idonei con graduatoria da sottoporre al direttore generale.

Occorre aggiungere poi un chiarimento sulla scelta e la nomina dei responsabili di Uo semplici.

Per l'Anpo è fondamentale fare chiarezza sul concetto di dirigenza e concordiamo pienamente sulla indicazione che, pur essendoci un ruolo unico dei medici, la Dirigenza sia articolata su 2 o 3 livelli, richiamandosi alla necessità e utilità di un concetto di gerarchia, funzionale e responsabile, della cui mancanza sono palesi i danni, le disfunzioni e il contenzioso interno al sistema sanitario fino a oggi vigente.

Sull'età pensionabile l'Anpo vede accolta un'istanza da lungo tempo formulata. Con questa nuova normativa si riconosce una parificazione in materia tra tutti coloro che si occupano di assistenza sanitaria, siano essi ospedalieri o universitari; si recuperano così anche capacità e risorse professionali, che tanto possono esprimere sia sul piano clinico, gestionale e di tutoraggio educazionale, così adeguandosi a quanto accade nell'Unione europea.

Dirigenza: un ruolo e due o tre livelli

alla Affari sociali della Camera: la sintesi delle posizioni sui 5 Ddl

secondo medici e Dg competenza - Ruolo tecnico nazionale per l'Agenas

necessità che la scelta avvenga in base ai curricula, sia fatta da commissioni di cui facciano parte i professionisti che scelgono una terna di nomi e soprattutto che siano "cancellate" le previsioni del Dlgs 502/1992 sulla possibilità di affidare incarichi dirigenziali a chi è a tempo determinato. E tutto gira intorno alla dipartimentalizzazione della Sanità.

Rilanciato anche il ruolo del Collegio di direzione quale alter ego al Dg, ma non in contrasto con questo, l'organismo dovrà esprimersi praticamente su tutti gli atti dell'azienda e se il manager dovesse non essere d'accordo dovrà motivare per scritto il suo comportamento "difforme".

Accordo in linea di massima anche sul ruolo di organismo di coordinamento e monitoraggio sulla qualità delle prestazioni, anche professionali, da affidare all'Agenas con cui dovranno rapportarsi le singole agenzie regionali.

Per l'età pensionabile la parola d'ordine è che sia "uguale per tutti", medici dipendenti e universitari e, infine, sul risk management la richiesta diffusa è quella di innalzare il livello delle garanzie assicurative prevedendo anche un modello di depenalizzazione sul modello degli altri Paesi industrializzati.

P.D.B.

titolare della struttura complessa cui è preposto e avvalendosi di supporti amministrativi allo scopo individuati e assegnati al dipartimento. È anche importante ribadire che i dipartimenti ospedalieri devono avere esclusiva natura strutturale e che le Regioni devono disciplinare le competenze dei dipartimenti ospedalieri, territoriali e della prevenzione definendo le modalità di assegnazione delle risorse su base budgetaria e di gestione delle medesime.

Ai direttori di dipartimento e di distretto, vanno attribuite responsabilità di indirizzo e valutazione delle attività clinico-assistenziali e tecnico-sanitarie e affidati obiettivi di qualità, oggetto poi delle relative verifiche, affinché ogni assistito abbia equo accesso ai servizi secondo principi di ottimale uso delle risorse assegnate, di appropriatezza clinica e organizzativa dell'attività, di efficacia delle prestazioni in base alle evidenze scientifiche, di minimizza-

zione del rischio e di soddisfazione dei cittadini.

La preposizione ai dipartimenti strutturali e alle strutture complesse e semplici con affidamento di budget, comporta l'attribuzione sia di responsabilità in materia organizzativa e clinica sia di responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti.

La programmazione delle attività dipartimentali, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e di verifica sono assicurate con la partecipazione attiva degli altri dirigenti e degli operatori assegnati al dipartimento mediante la costituzione di Comitati di dipartimento.

Le Regioni e le Province autonome disciplinano la composizione e le funzioni del Comitato di dipartimento e le modalità di

partecipazione dello stesso, alla individuazione della terna di candidati alla direzione del dipartimento, garantendo che sia assicurata la presenza paritetica dei membri di diritto, rappresentati dai direttori delle strutture complesse e semplici afferenti al dipartimento e dei membri eletti dall'assemblea del personale tra rappresentanti della dirigenza medica e sanitaria e delle professioni sanitarie.

Il Collegio di direzione. Il Collegio di direzione quale organo dell'azienda non confligge con i poteri del Dg ma garantisce al management aziendale il valore aggiunto di quelle competenze tecnico professionali senza le quali appare oggi improbabile un efficace governo della qualità e appropriatezza delle attività sanitarie.

Il Collegio di direzione deve dunque concorrere alle fasi di pianificazione strategica delle attività, alla condivisione degli sviluppi gestio-

nali e organizzativi, alla valutazione interna dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi esprimendo parere obbligatorio e non vincolante al direttore generale su: Atto aziendale; bilancio pluriennale di previsione e sul bilancio di esercizio; piano di valorizzazione del patrimonio immobiliare.

Il direttore generale è tenuto a motivare le determinazioni eventualmente assunte in contrasto con il parere.

Il Collegio di direzione deve inoltre esprimere parere obbligatorio e vincolante al direttore generale su: programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle sociali ad alta integrazione sanitaria; stipula o rinnovo di convenzioni, accordi contrattuali o di collaborazione a qualunque titolo, con soggetti pubblici e privati attinenti alle modalità di erogazione e/o alla diversa finalizzazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria; valutazione degli operatori fondata sui principi dello Svi-

luppo continuo professionale da attuarsi nell'ambito dipartimentale; sviluppo e innovazione delle tecnologie sanitarie e valutazione del loro impatto sui livelli di efficacia e costi delle prestazioni rese; programmi di formazione continua e aggiornamento professionale correlate all'Ecm; attività relative alla prevenzione e gestione del rischio clinico e alla sicurezza degli operatori; programmi finalizzati allo sviluppo della ricerca pura e applicata; attività dedicate alla promozione e verifica dell'appropriatezza tecnico-professionale e gestionale delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria; modalità di esercizio e di controllo della libera professione intramoenia.

Le Regioni disciplinano con apposito regolamento il funzionamento e la composizione del Collegio di direzione, prevedendo la partecipazione del direttore sanitario e amministrativo, di direttori di distretto, di diparti-

mento e di presidio, della dirigenza infermieristica aziendale e di una quota elettiva, non inferiore a un terzo complessivo in rappresentanza dei direttori in struttura complessa e semplice a valenza dipartimentale e, nelle aziende sanitarie, di rappresentanti dei medici convenzionati.

Nel Regolamento dovrebbero essere definite le modalità di individuazione, su base elettiva, la durata in carica e le attribuzioni del Presidente del Collegio di direzione.

Nelle aziende ospedaliere-universitarie, nel Collegio di direzione è quantomeno assicurata la parità numerica tra la componente ospedaliera e quella universitaria.

Il Consiglio aziendale delle professioni. In questa prospettiva di riconoscimento delle autonomie e attribuzione di responsabilità vanno altresì rivisitati compiti e funzioni degli organismi del Consiglio delle professioni sanitarie, quale occasione e luogo nel quale sistematicamente ricondurre e ricomporre le conflittualità tipiche dei sistemi complessi.

L'età pensionabile. Due considerazioni di carattere generale: la prima per raccomandare un formale allineamento dell'età pensionabile della dirigenza medica a quella più generale (oggi 65 anni per i maschi e 60anni per le femmine), la seconda per considerare come opportuna ed equa una elasticità di questo limite in rapporto alla tarda età di inizio di accumulo previdenziale dei medici.

In ogni caso questa elasticità non può essere soggetta a restrizioni discrezionali per il raggiungimento del massimo di contribuzione (40 anni) o discriminazioni tra trattamento della dirigenza medica del Ssn e personale universitario.

In ogni caso, a 70 anni dovrebbero decadere per tutti, compresi gli universitari e i convenzionati, le funzioni assistenziali. ●

trattazione nazionale di criteri e procedure improntate a trasparenza e merito.

No invece all'ipotesi di inserire nelle Commissioni, anche se riferite alle aziende integrate, un componente di estrazione universitaria. Ciò non solo per la mancanza di reciprocità che deriverebbe ai due stati giuridici, ma anche per evitare di affidare a una istituzione diversa dal Ssn il controllo sia dell'accesso alla dirigenza, tramite la specializzazione, sia delle prospettive di carriera dei medici ospedalieri.

Livelli della dirigenza. No a due livelli: introdurrebbero fratture all'interno di una categoria che condivide un profilo professionale caratterizzato da autonomia e responsabilità quali presupposti di una funzione dirigenziale che si esprime attraverso il processo di allocazione delle risorse insito nell'atto medico. Questa omogeneità di profilo professionale ha anche trovato corrispondenza a livello di trattamento economico nel valore unico del tabellare contrattuale che non appare possibile rimettere in discussione a meno di non avviare una rincorsa economica che mal si concilia

con lo stato dei conti della Sanità italiana. Occorre, inoltre, tenere presente le possibili ricadute di tale scelta sul sistema contrattuale, a partire dalla individuazione delle aree contrattuali ove appare non aleatorio il rischio che la dirigenza medica professionale, quasi una serie B, venga attratta nell'orbita di altre figure professionali lasciando i dirigenti di struttura, la vera dirigenza medica, alla deriva di contratti individuali che finiranno con il dare molto a pochi demotivando la maggioranza e frustrandone le aspirazioni.

Il livello unico di dirigenza permette di sostanziare l'idea di una carriera aperta in cui merito, competenze professionali e necessità di rispondere alla domanda sanitaria sono gli unici elementi per la progressione di carriera ed economica senza escludere meccanismi di progressione economica orizzontale legati al sistema di valutazione professionale.

Rischio clinico. La gestione del rischio clinico deve muovere lungo due direttrici quali la istituzione di Unità operative a livello aziendale, come previsto anche dal Ccnl dell'Area medica, e l'implementazione di

una cultura diffusa che limiti il ricorso alla medicina difensiva e incrementi la formazione degli operatori sulle tematiche relative alla individuazione, analisi e riduzione dei fattori di rischio. Questo non significa, però, escludere interventi legislativi extrasanitari miranti alla depenalizzazione di tale fattispecie di reato, sul modello di tutti i Paesi industrializzati, o al passaggio a un sistema "no fault", come sembra far prevedere il disposto di alcuni dei testi presentati o, comunque, a norme che sul piano civilistico e penalistico consentano la soluzione stragiudiziale delle liti e l'impossibilità di usare, in un contenzioso civile e penale, le segnalazioni spontaneamente effettuate, su errori propri o di altri.

La assicurazione obbligatoria delle aziende sanitarie è già prevista dal Ccnl. Ben venga comunque un atto legislativo che lo ribadisca individuando nella azienda, e nella sua assicurazione, l'interlocutore unico del daneggiato ed escludendo ogni diritto di rivalsa nei confronti degli operatori sanitari.

Età di quiescenza. L'innalzamento dei limiti dell'età pensionabile è motivato dalla volontà di prevedere-

una disciplina omogenea per il personale ospedaliero dipendente, quello convenzionato e quello universitario con compiti assistenziali.

Per raggiungere lo scopo della "parità" con il mondo universitario, però, la norma non può essere difforme da quanto prevede la legge 230/2005 per il personale universitario impegnato in attività assistenziali o, al più, tale da prevedere come atto dovuto l'accoglimento della "domanda". A meno di non estendere lo stesso meccanismo anche al personale medico-universitario.

Ferma restante la garanzia per tutti della possibilità di raggiungere il massimo della anzianità contributiva.

Auspicabile, comunque, l'accompagnamento di una riforma delle politiche di ingresso dei medici nel Ssn che ne abbassino l'età di accesso, per evitare che, in combinata con il ricorrente blocco del turnover, l'innalzamento dell'età di quiescenza contribuisca al progressivo invecchiamento del Ssn privato di energie ed entusiasmo giovanili. L'esame di idoneità disposto dal Collegio di direzione appare una inutile formalità. ●

Infine la normativa proposta da Di Virgilio e Palumbo per il "risk management" e per le tutele legali e assicurative, porterà certamente momenti di chiarezza e si spera anche di contenimento di fenomeni deteriori nel rapporto con la società civile. È inderogabile la proposta a firma Turco e altri circa la possibilità/necessità di definizione stragiudiziale delle controversie.

Se da un lato, assume particolare importanza quanto previsto dai disegni di legge in discussione in Senato (i quali prevedono la costituzione di un apposito "Albo nazionale degli arbitri e dei consulenti tecnici di ufficio per vertenze sulla responsabilità professionale del personale sanitario" cui ricorrere obbligatoriamente in caso di simili contenziosi) dall'altro, non basta prevedere che saranno le Regioni o le Province autonome a definire le modalità per la costituzione e l'aggiornamento dell'Albo ma è fondamentale che la legge stessa imponga agli enti pubblici territoriali competenti l'obbligo di coinvolgere i rappresentanti delle diverse sigle sindacali e professionali anche a collaborare nella diretta gestione dei sinistri: sia di quelli ricadenti nella copertura assicurativa; sia in quelli che interessano il fondo di garanzia o le elevate franchigie eventualmente imposte dal mercato assicurativo.

In questo modo, sarà possibile evitare (o arginare) che si continui a incaricare quali consulenti tecnici di ufficio e di parte sanitari certamente "noti" nelle aule giudiziarie ma assolutamente "ignoti" nelle competenti aule scientifiche. ●

Fiaso (Federazione italiana delle aziende sanitarie e ospedaliere)

Direttori generali. La nomina dei direttori generali deve soddisfare caratteristiche di conoscenza e competenza per garantire la qualità delle prestazioni erogate dall'azienda sanitaria. La competenza deve prevalere sull'appartenenza e nelle nomine si dovrebbe anche effettuare un'analisi comparativa dei risultati che vanno comunque controllati fino alla fine dell'incarico. Per le nomine potranno essere utilizzati elenchi regionali e nazionali di professionisti accreditati, ma la maggior trasparenza si avrebbe con un albo di accreditamento nazionale pubblico da aggiornare ogni due anni da parte di una Commissione di esperti in formazione, programmazione e gestione, del ministero e delle Regioni.

Secondo la Federazione delle aziende sanitarie i curricula dei candidati dovranno essere pubblici e il ruolo tecnico di valutazione affidato all'Agenas che dopo un anno e mezzo-due anni dovrà verificare il raggiungimento degli obiettivi assegnati ai manager utilizzando criteri, indicatori e standard definiti in precedenza di cui la Regione ha fornito tutte le indicazioni all'Agen-

nas. In caso la verifica risultasse negativa per gran parte degli obiettivi la Regione può annullare il contratto per giusta causa.

Sempre sui direttori generali, Fiaso fa un passaggio relativo ai compensi dei manager oggi regolato in base a un Dpcm del 2001 che fissa il massimo a 154.936 euro lordi l'anno e per i direttori sanitari e amministrativi all'80% di questo compenso. Ma le Regioni possono variare la cifra, tanto che a esempio la Toscana o la Campania hanno compensi inferiori al massimo. I compensi poi possono essere integrati del 20% in funzione del raggiungimento degli obiettivi. Si tratta di contratti mai aggiornati nonostante la stipula di tre nuovi contratti della dirigenza del Ssn con la conseguenza che in alcuni casi i medici dirigenti di dipartimento a esempio superano la retribuzione del manager. Una situazione che secondo Fiaso rischia anche di delegittimare il ruolo dei Dg per i quali sarebbe necessario individuare un parametro di rivalutazione che attualizzi al 2008 i compensi del management aziendale, anche e soprattutto

cancellando la norma dell'ultima Finanziaria che riduce la retribuzione dei nuovi direttori generali, nominati recentemente, del 20% rispetto a quanto percepito in passato.

Incarichi di struttura complessa. L'attribuzione dell'incarico è effettuata dal direttore generale, previo avviso da pubblicare sulla «Gazzetta ufficiale», tra una terna di candidati. La scelta tocca a una Commissione composta da tre direttori di struttura complessa, di cui almeno due della disciplina in causa, sorteggiati dagli elenchi di chi non ha fatto parte di commissioni di selezione per più di due volte nel biennio precedente.

La Commissione seleziona tre candidati in base all'analisi comparativa dei curricula, del profilo definito dall'azienda e di un colloquio con la stessa Commissione. Il direttore generale individua dall'elenco predisposto il candidato e ne sottopone la scelta al Collegio di direzione che esprime il proprio parere che, se negativo, può essere non considerato dal Dg, ma motivando per iscritto le ragioni della scelta. ●