

CAMERA DEI DEPUTATI N. 5391

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**GALEAZZI, BATTAGLIA, TURCO, LABATE, PETRELLA, GIACCO,
ZANOTTI, BOLOGNESI**

Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502,
in materia di governo clinico delle aziende sanitarie

Presentata il 29 ottobre 2004

ONOREVOLI COLLEGHI! — Il sostegno e l'ottimizzazione dell'assistenza sanitaria al cittadino, espressa dal Servizio sanitario nazionale, non trova una adeguata considerazione in termini di finanziamento e aggiornamento delle norme che possono migliorare l'efficienza e la funzionalità del Servizio sanitario nazionale stesso.

L'introduzione del governo clinico, nelle aziende sanitarie, scopo della presente proposta di legge, sottintende la volontà di una forte revisione dell'organizzazione ove il continuo miglioramento della qualità clinica diviene la scelta di riferimento con una forte responsabilizzazione della componente professionale medica ed infermieristica. Il governo clinico si propone di determinare le relazioni e sviluppare gli strumenti operativi che permettono alle competenze manageriali e

professionali cliniche di interagire per rendere le prestazioni sanitarie efficienti ed efficaci pur nell'ambito della compatibilità delle risorse economiche a disposizione. Non si tratta di limitare il potere dei direttori generali, ma di estendere alla componente medica quei principi di autonomia e di responsabilità che la vincolano in una funzione non subalterna e marginale nell'ambito delle aziende sanitarie locali ed ospedaliere.

L'Organizzazione mondiale della sanità fornisce elementi utili per definire il governo clinico ponendo in rilievo come la qualità di un'organizzazione sanitaria sia determinata dai risultati professionali (la qualità tecnica), dall'uso appropriato delle risorse (l'efficienza), dalla politica di conferimento del rischio (il danno prodotto dovuto dall'attività svolta) e dalla soddi-

sfazione del paziente per il servizio prodotto. Il governo clinico integra politiche ed approcci spesso frammentari, consolidando e universalizzando la responsabilità e l'autonomia delle figure professionali sia mediche che infermieristiche. Se il governo clinico si realizza nell'esercizio della responsabilità professionale, sarebbe drammatico se l'impatto di una simile politica si risolvesse in un solo ed esclusivo atto di organigrammi, indicatori di amministrazione e gestione, ulteriore aggravio di lavoro amministrativo, traducendosi in un appesantimento soffocante delle procedure e dell'impalcatura burocratica per consentire la subordinazione dell'attività sanitaria agli imperativi delle funzioni aziendali non sanitarie. Poiché tale rischio non è certamente trascurabile nell'attuale assetto organizzativo e culturale è opportuno cercare di definire l'ambito organizzativo capace di promuovere la politica del governo clinico e nel contempo definire ed appropriarsi professionalmente degli strumenti che possano permettere la sua realizzazione pratica.

Il rischio maggiore è che le « culture » storicamente presenti nell'ospedale, forse quelle dei professionisti medici, ma anche di coloro che gestiscono e dirigono la tecnostruttura aziendale nei vari livelli di responsabilità e che si configurano come conoscenza e detenzione di un potere burocratico, organizzino i propri sistemi di valore e di interesse trascurando la ricerca di un rapporto di relazione continua fra professionista e organizzazione. Nasce la necessità di definire la struttura del governo clinico precisando le responsabilità per rendere compatibile e più integrata la funzione manageriale con la funzione professionale facendo riferimento a un'attività professionale orientata all'appropriatezza delle pratiche cliniche e dei percorsi assistenziali. Se al professionista medico è richiesta l'assunzione di responsabilità gestionali e cliniche in relazione alla funzione ricoperta, viene definito e riconosciuto il ruolo e la responsabilità di dipartimento, responsabilità di struttura complessa, di struttura semplice

o di programma e responsabilità tecnico-professionale.

Collegio di direzione, direttore sanitario, distretto, dipartimenti sono le responsabilità critiche nodali per una pratica concreta delle politiche di sviluppo per il governo clinico delle aziende sanitarie. I responsabili di dipartimento e di struttura o programma, hanno la responsabilità per l'attuazione del governo clinico, in particolare per quanto concerne il controllo dei processi clinico-diagnostici loro affidati. Perché ciò avvenga il dipartimento deve avvalersi delle risorse di presidio o di azienda, che lo possano supportare nella organizzazione delle attività gestionali, formative, informative, di controllo, di sviluppo del dipartimento stesso. Il professionista con prevalenti compiti clinici è responsabile del piano diagnostico, terapeutico e riabilitativo appropriato per il singolo paziente nella logica della « gestione delle malattie ». Nell'ambito del governo clinico vi è un tendenziale superamento di un approccio frammentario alla cura definendo e sviluppando, pur nell'ambito della sempre riconosciuta autonomia professionale, percorsi e linee guida tecniche basate sulle prove di evidenza. Ciò deve tenere conto anche delle effettive capacità organizzative e professionali locali, delle risorse presenti e disponibili, della capacità di offerta e di efficace rapporto fra i professionisti e il cittadino.

Le responsabilità per lo sviluppo del governo clinico possono essere distinte in responsabilità di ambito regionale e aziendale. La politica regionale deve sviluppare e definire i documenti di indirizzo nonché promuovere le azioni formative, individuare strumenti di dialogo clinico e programmi di *benchmarking* e confronto clinico, in particolare definire e strutturare le relazioni e le attività assistenziali di competenza inter e sovra aziendali.

Livello regionale. È compito del livello regionale, quale committente istituzionale, definire indicatori della misura dell'efficacia delle attività con il monitoraggio di indici clinici ed economici, identificando parametri specifici.

Livello aziendale. L'ambito aziendale programma la destinazione di risorse professionali ed economiche finalizzate alle attività di governo clinico. L'organizzazione operativa del governo clinico (momenti, strumenti e persone) è incentrata fondamentalmente sull'unità operativa, sul dipartimento e sul collegio di direzione.

Occorre tenere presente che la realizzazione del governo clinico comporta, in particolare a livello aziendale, il reperimento di competenze «specialistiche» in ambito metodologico, statistico, epidemiologico, economico e amministrativo che devono integrarsi e supportare l'attività medica.

Per la realizzazione del governo clinico l'architettura del governo aziendale deve essere rivista prevedendo la presenza di un organo che affianchi l'unico decisore, rappresentato dal direttore generale, per portare a sintesi le necessità del governo finanziario con le necessità e le priorità del governo clinico. Tale organo è costituito dal collegio di direzione che costituisce la sede di individuazione e promozione delle strategie complessive del sistema, orientate ad utilizzare con proprietà le opportunità di cura, ricoveri ospedalieri, cure domiciliari, trattamenti ambulatoriali.

Nello sviluppo della politica di governo clinico la dimensione dipartimentale è il principale momento di sintesi fra pratica professionale e gestione delle risorse e di conseguenza il capo dipartimento diviene figura centrale nella funzione di gestione degli aspetti della clinica e delle risorse economiche. Il dipartimento è la struttura di riferimento, con il ruolo di garante, del corretto utilizzo dei metodi e degli strumenti del governo clinico. In particolare sviluppa una pratica medica orientata, nel trattamento del paziente, alla medicina basata sulle evidenze, all'*audit* clinico, alla gestione e alla comunicazione dei rischi, alle linee guida, all'accreditamento. Diviene e rappresenta l'interfaccia tra *corporate governance* (governo generale dell'azienda) e governo clinico, quest'ultimo direttamente e operativamente praticato, nell'ambito degli indirizzi definiti dal di-

partimento, dai dirigenti delle unità operative complesse, dei moduli e dei programmi negli ambiti di responsabilità e di autonomia propri.

La presente proposta di legge, infatti, definisce lo *status* del collegio di direzione, previsto dall'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Il collegio di direzione è il massimo organo di consulenza tecnico-sanitario della direzione generale; talvolta viene ignorato o coinvolto soltanto in alcuni provvedimenti senza avere in realtà un reale potere sulle decisioni della direzione generale di sua competenza e si impone pertanto che il comitato di direzione diventi «organo» della azienda, affiancandolo al direttore generale e al collegio dei sindaci.

Il collegio di direzione deve esprimere un parere obbligatorio alla direzione generale sul bilancio, sull'atto aziendale e sugli altri provvedimenti rientranti nella competenza del collegio. Qualora il direttore generale esprima un parere contrario al parere espresso dal collegio di direzione, deve esprimere la sua decisione contraria con un provvedimento motivato.

Un'ulteriore modifica riguarda la composizione del collegio di direzione. Il collegio di direzione, infatti, è convocato attualmente, ai sensi del comma 2 dell'articolo 17 del decreto legislativo n. 502 del 1992, dal direttore sanitario, dal direttore amministrativo, dal direttore di distretto, di dipartimento e di presidio. Tutte figure che sono nominate direttamente dal direttore generale, il quale, di fatto, ne condiziona fortemente la libertà di giudizio. La proposta di legge prevede, pertanto, che il collegio di direzione sia composto per il 50 per cento da membri di diritto nominati dal direttore generale e per il restante 50 per cento da membri eletti direttamente dal consiglio dei sanitari.

La proposta di legge, inoltre, definisce le modalità di nomina del direttore di dipartimento clinico ospedaliero. Questa decisione prevede una scelta da parte del direttore generale nell'ambito di una terna di candidati imposta dal comitato di dipartimento tra i dirigenti di struttura

complessa che costituiscono il dipartimento stesso.

Un'ulteriore modifica concerne la normativa sul conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa. Tale normativa ha, infatti, determinato disfunzioni ed abusi.

Al riguardo è bene ricordare che la commissione di selezione è attualmente composta da tre membri di cui due direttamente riconducibili al direttore generale. Il terzo membro è individuato dal collegio di direzione.

Si propone pertanto di accentuare il ruolo della commissione tecnica che non dovrà definire una rosa di idonei, ma una graduatoria di idonei all'interno della quale il direttore generale può scegliere, motivando per iscritto l'eventuale nomina effettuata in difformità dalla graduatoria stessa.

La proposta di legge impone, infine, di valorizzare il consiglio dei sanitari, del resto mai abolito, quale organo di rappresentanza elettiva della componente sanitaria delle aziende attribuendogli compiti definiti.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

1. Al comma 1-*quater* dell'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) il primo periodo è sostituito dal seguente: « Sono organi dell'azienda il direttore generale, il collegio di direzione e il collegio sindacale »;

b) sono aggiunti, in fine, i seguenti periodi: « Il collegio di direzione è nominato dal direttore generale ed è composto per il 50 per cento da membri eletti dal consiglio dei sanitari. Le regioni disciplinano le modalità per la composizione dell'organo e i requisiti soggettivi obbligatori per i membri. Il collegio di direzione esprime parere obbligatorio al direttore generale sui bilanci preventivi e consuntivi, sull'atto aziendale di cui al comma 1-*bis*, nonché sugli atti relativi alle materie di propria competenza, individuati in sede regionale, con particolare riguardo alla programmazione delle attività di formazione permanente, allo sviluppo della innovazione organizzativa dei servizi, alle proposte in materia di organizzazione delle attività libero-professionali *intra-moenia*, ai programmi aziendali per la qualità dell'assistenza e la gestione del rischio professionale. Ogni decisione del direttore generale in contrasto con il parere del collegio di direzione è adottata con provvedimento motivato ».

2. Il comma 2 dell'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è abrogato.

ART. 2.

1. Al comma 2, primo periodo, dell'articolo 15-*ter* del decreto legislativo 30

dicembre 1992, n. 502, le parole: « di una rosa di candidati idonei selezionata » sono sostituite dalle seguenti: « di una graduatoria di candidati idonei formata »; dopo il primo periodo è inserito il seguente: « Il direttore generale deve motivare per iscritto le nomine effettuate in difformità dalla graduatoria predisposta dalla commissione ».

ART. 3.

1. Al comma 2 dell'articolo 17-*bis* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al primo periodo, dopo le parole: « strutture complesse aggregate nel dipartimento » sono inserite le seguenti: « nell'ambito di una terna di candidati proposta dal comitato di dipartimento; »;

b) è aggiunto, in fine, il seguente periodo: « L'organizzazione del dipartimento prevede una funzione amministrativa dedicata all'esercizio della responsabilità di tipo gestionale, senza ulteriori oneri a carico del bilancio aziendale ».

PAGINA BIANCA

€ 0,30



14PDL0066400