

Ringrazio i componenti della Commissione Sanità per l'opportunità di esprimere il mio punto di vista, in qualità di operatore di una realtà sanitaria universitaria in deficit, e, quindi, in piano di rientro.

Ritengo che, in una situazione tanto difficile per la Sanità Italiana, dovuta a fattori difficilmente governabili (invecchiamento della popolazione, malattie croniche legate agli stili di vita, elevato costo dei farmaci e dispositivi innovativi, attese di allungamento della speranza di vita libera da disabilità e morbilità, spinte migratorie di popolazioni bisognose di cure), si stiano completando, a livello normativo, tasselli imprescindibili:

1) Nuovo Patto per la Salute e DM 70/2015. Un esempio per tutti: per la prima volta in questo Paese, al pari delle migliori realtà europee, si stabiliscono standard basati anche sui volumi dei casi trattati, per garantire sufficiente expertise diagnostica e clinica, e si pongono obiettivi di esito, monitorati con un sistema, il PNE, i cui risultati devono essere oggetto di pubblicazione sui siti aziendali, (comma 522 l. 208/2015), in modo che i cittadini possano scegliere consapevolmente le strutture alle quali rivolgersi. Il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure viene valutato ai fini della necessaria predisposizione del "piano di rientro" previsto dalla Legge di Stabilità 2016. Lo schema di decreto legislativo sugli incarichi direttoriali ritiene il rispetto dei suddetti parametri oggetto di valutazione per i direttori generali. E' evidente che trattasi di un quadro di grande attenzione alla qualità delle cure e agli outcomes clinici.

2) Decreto appropriatezza. Nonostante i problemi applicativi sollevati, in epoca di risorse scarse, l'appropriatezza diventa un obiettivo, direi anche etico, per tutto il sistema.

3) Disegno di legge sulla Responsabilità Professionale, che ha generato un confronto e un dibattito che e' uscito dalle aule del Parlamento e ha interessato tutti gli stakeholders, su un tema di grandissimo impatto nel mondo sanitario, fondamentale per ricucire una frattura culturale tra esercenti le professioni sanitarie e cittadini. E' stata stabilita, altresì, in sede di Legge di Stabilità 2016, l'obbligatorietà di strutture di gestione del rischio clinico all'interno di tutte le realtà sanitarie.

4) Piani di Rientro per gli ospedali in deficit, sia sotto il profilo della sostenibilità economica che dei risultati del monitoraggio PNE.

5) Stanno per essere ridefiniti i Lea, con particolare attenzione alle malattie croniche e alle malattie rare.

Gli items della nuove sfide sono evidenti: qualità delle cure, appropriatezza, gestione del rischio clinico, sostenibilità del sistema.

Lo schema di decreto legislativo in esame si inserisce nel quadro delle misure tese al reclutamento di un apparato direzionale in grado di governare realtà con un elevatissimo grado di complessità tecnica, giuridica, gestionale, economica, dimensionale, sociale. La Direzione strategica può far fronte a tale complessità solo con un elevatissimo grado di preparazione, di esperienza, di capacità di tenuta di un sistema che, nell'obiettivo

fondamentale di tutela del diritto alla salute, sappia temperare tale tutela con la sostenibilità dello stesso, la cura del capitale umano, elemento imprescindibile del prendersi cura, con la capacità di mettere in campo innovazioni organizzative per far fronte alla sfida più grande che abbiamo: mantenere l'universalismo delle cure, in epoca di risorse limitate, con una popolazione che, invecchiando, diventa più fragile e non vuole rinunciare a cure integrali, dignitose, eque.

Quindi, molto bene un Elenco Nazionale dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere (art. 1), come pure una rigorosa valutazione dei risultati.

Alcune osservazioni di carattere generale, però, si impongono.

Nell'ambito della mia esperienza di Direttore generale di un Ente con un elevatissimo deficit, che ha intrapreso un percorso virtuoso che sta dando i primi frutti (la decorrenza del mio incarico risale al 1 luglio 2014), sia sotto il profilo economico che di esiti monitorati con il PNE, posso testimoniare che una Azienda con deficit così elevato va riformata in profondità, a partire dal "cuore" della stessa: generalmente, manca una governance condivisa, una consapevolezza degli impatti economici ed organizzativi che ogni azione clinica genera, soprattutto una governance che non sia solo top down ma bottom up; mancano spesso le professionalità di base, senza le quali nessun direttore generale, anche il più motivato e competente, ce la può fare: una direzione sanitaria competente, a 360 gradi, e orientata al risultato; una direzione amministrativa di altissimo profilo giuridico (si pensi alle grosse sfide di questi giorni: il precariato, il job act, il nuovo codice degli appalti, l'aggiornamento del piano nazionale anticorruzione, che comporterà la reingegnerizzazione delle maggior parte delle procedure aziendali); una farmacia in grado di seguire le grosse innovazioni farmacologiche e di dispositivi, a fronte di DRG datati e che, per esempio, rendono "insostenibili" moltissime pratiche di interventistica, che pure vanno garantite; responsabili delle acquisizioni di altissimo profilo, in grado di istruire e coordinare la rete di rup e dec per un controllo avanzato e dinamico dei contratti di appalto, soprattutto in area dei servizi; ingegneri clinici, ingegneri informatici e gestionali.

Occorre, inoltre, la condivisione, con i clinici, della consapevolezza di una strutturata partecipazione ai percorsi di gestione del rischio, di comunicazione con il paziente, di orientamento alla qualità ed esito delle cure, di sostenibilità di un sistema, che, senza rinunciare all'innovazione, riesca ad avere una tenuta economica, anche in quelle regioni in piano di rientro dove i DRG non possono essere rivalutati per dettato normativo. In altre parole, nessun Direttore generale ce la può fare se la squadra tutta non è coesa e se non ha strumenti di governance reali ed incisivi.

Alla luce di queste osservazioni, due riflessioni:

- 1) seppur consapevole dei limiti della delega stabilita dall'articolo 11, comma 1, lettera p) della legge 7 agosto 2015 n 124, la decadenza del direttore generale, a seguito di valutazione negativa sui risultati, deve essere assolutamente allineata con quella di tutta la direzione strategica (direttore sanitario ed amministrativo), affinché la previsione riesca nel suo intento: il massimo sforzo da parte di tutta la Direzione strategica per l'ottenimento di risultati enormemente sfidanti. Se fallisce il Direttore generale, vuol dire che tutta la direzione ha fallito; viceversa, la decadenza della triade, con determinati presupposti e con garanzia del giusto procedimento,

costituisce un fortissimo deterrente ad eventuali comportamenti opportunistici (a mio avviso questo è il significato che potrebbe essere attribuito alla decadenza del direttore amministrativo e del direttore sanitario per violazione del principio del "buon andamento"). D'altronde, anche per rinsaldare la coesione della Direzione strategica, indispensabile per ottenere risultati così sfidanti, logica e opportunità vogliono che si vinca e si perda insieme.

- 2) I vigenti CC.CC.NN.LL. della dirigenza (SPTA E MEDICA) prevedono la possibilità di revoca dell'incarico di un dirigente di struttura, mediante anticipazione della verifica e valutazione da parte del Collegio tecnico, solo a partire dalla seconda valutazione negativa consecutiva, il che vuol dire un periodo temporale di almeno tre anni, tra assegnazione obiettivi, tempi tecnici di monitoraggio degli stessi, valutazioni dell'Organismo indipendente di valutazione e del Collegio Tecnico. È evidente che questo disallineamento rende spuntata qualunque arma del Direttore generale, che sembra l'unico a dover pagare. Il problema non è solo quello della tutela del direttore generale, quanto garantire l'efficacia di un sistema che deve poter funzionare. È come pretendere che un generale vinca una battaglia con un esercito armato a salve. La legge di delega non dà mandato al Governo circa la questione qui posta, ma mi permetto di segnalare visto che sta per aprirsi di nuovo la stagione della contrattazione collettiva del personale sanitario e un input potrebbe essere dato in sede di Atto d'indirizzo del Comitato di settore, al fine di blindare le sfide poste nelle mani della direzione strategica. Se un responsabile di struttura complessa non rispettasse i parametri del DM 70/2015, quali reali e effettivi strumenti avrebbe il direttore generale per garantire la tenuta del sistema, dal momento che i tempi per l'eventuale rimozione dello stesso responsabile andrebbero comunque oltre il termine di decadenza del direttore generale per mancato rispetto dei parametri monitorati con il PNE?
- 3) Le norme dello schema andrebbero coordinate con il comma 534 della l. 208 del 2015, che prevede che, per garantire il pieno rispetto delle disposizioni di cui ai commi da 521 a 547, tutti i contratti dei direttori generali, ivi inclusi quelli in essere, prevedono la decadenza automatica del direttore generale in caso di mancata trasmissione del piano di rientro all'ente interessato, ovvero in caso di esito negativo della verifica annuale dello stato di attuazione del medesimo piano di rientro.
- 4) Problemi peculiari si pongono per i direttori generali delle Aziende Ospedaliere Universitarie in merito alla decadenza. Difatti, la normativa vigente prevede che i principali atti di governance del sistema (atto aziendale per le strutture a direzione universitaria, nomina dei Direttori di struttura e di dipartimento, potere disciplinare nei confronti dei docenti strutturati in capo all'Università) siano effettuati d'intesa con l'Università. Sarebbe opportuno un raccordo, da inserire nei protocolli d'intesa tra Regione e Università, circa la condivisione di percorsi e obiettivi finalizzati all'ottimale funzionamento del sistema, tanto più che i piani di rientro aziendali, previsti dalla legge 208 del 2015, pur essendo applicabili per espresso disposto normativo anche alle Aziende Ospedaliere Universitarie, non prevedono l'espressa condivisione dell'Università, a fronte, invece, della previsione della decadenza automatica del direttore generale.