

Il Governo clinico torna nell'agenda parlamentare della Camera

Dato per spacciato, il Ddl per la *clinical governance* rispunta all'attenzione del Parlamento. Dopo alcuni mesi di letargo, che avevano fatto ritenere che del tema non se ne sarebbe parlato più, ora il testo rielaborato, con ampie concessioni all'autonomia legislativa regionale, è di nuovo in pista. E la maggioranza si dice ottimista su un suo iter positivo.

Per capire qual è il clima e quali le attese nel mondo della sanità, abbiamo raccolto i pareri del relatore del provvedimento, **Domenico Di Virgilio** (Pdl), del responsabile sanità del Pd, **Paolo Fontanelli**, e del presidente Fesmed **Carmine Gigli**

di **Stefano Simonii**

Il provvedimento sul governo clinico è tornato improvvisamente all'attenzione della commissione Affari sociali della Camera dopo che per quasi un anno se ne erano perse le tracce. È successo, infatti, che poche settimane fa decisamente a sorpresa la maggioranza all'interno della XII commissione ha approvato un nuovo testo unico presentato dal relatore Domenico Di Virgilio del Pdl.

L'ultima volta che le cronache si erano occupate del ddl sulla

governance era stato il 10 giugno scorso quando il governo clinico, dopo un lavoro preparatorio in commissione durato quasi due anni, era finalmente arrivato al voto dell'Aula di Montecitorio. Quella giornata, a rileggere i resoconti parlamentari, fu decisamente nera per la maggioranza e il Governo che vennero battuti per due volte su altrettanti emendamenti presentati dal Pd. Il primo emendamento su cui andò sotto il governo permetteva ai sindaci di partecipare alla programmazione delle politiche socio-sanitarie; il secondo invece riguarda

la diretta partecipazione alla stessa programmazione delle associazioni dei cittadini.

A quel punto, dopo una serie di sospensioni nel tentativo, fallito, di ricucire gli strappi all'interno della maggioranza, in particolar modo con il Carroccio insopportabile verso le eccessive intrusioni dello Stato centrale in una materia di competenza regionale, vista la situazione di reale difficoltà, il vice-presidente della Camera, Antonio Leone, di concerto con il relatore, Di Virgilio, decisero di rinviare il testo all'esame della Commissione per un ri-esame più atten-

to dove è rimasto fino a poco tempo fa quando la maggioranza ha deciso di riprendere in mano l'esame del provvedimento ripartendo da una proposta di testo unificata firmata ancora Di Virgilio.

Testo che non è stato riscritto ma semplicemente "rimodulato" sulle esigenze di autonomia delle regioni che precedentemente avevano fatto sapere di non "gradire" troppo l'eccessiva ingerenza dello Stato.

Come mai – si è chiesta l'opposizione – dopo nove mesi di silenzio, in cui sembrava che il ddl sulla *governance* fosse finito in

qualche binario morto parlamentare, la maggioranza ha deciso di riprenderne il cammino? "Non c'è nessun colpo di scena – rassicura il relatore Di Virgilio – nessuna sorpresa. Non si è più parlato di governo clinico perché abbiamo preferito lavorare con calma, senza clamori e senza fretta".

Tutto qui dunque, nessun mistero ma solo la necessità di lavorare a fari spenti, con calma perché questa volta non si può certo sbagliare. Ma il Pd non ne è del tutto convinto e trova quantomeno sospetta questa strana accelerazione in commissione arrivando ad ipotizzare che la maggioranza voglia usare il governo clinico come veicolo della riforma sulla libera professione.

Paolo Fontanelli, responsabile sanità del Partito democratico, anche lui interpellato, ha spiegato "crediamo che dietro il tentativo di risolvere o migliorare il governo clinico ci sia, da parte della maggioranza, l'obiettivo di rimettere in discussione l'attuale normativa sull'intramoenia per tornare di fatto ad una completa liberalizzazione delle attività professionali".

Ipotesi questa suffragata anche dai sindacati medici che oltre a manifestare perplessità sul testo in sé, e per questo motivo han-

I punti salienti del provvedimento sul Governo clinico

Maggior potere alle Regioni; ruolo forte del Collegio di direzione; nuovi criteri di nomina dei direttori generali secondo criteri di trasparenza, selettività e sistemi di valutazione sull'operato; nuove procedure per la nomina dei primari; innalzamento dell'età pensionabile; intramoenia allargata che diventa una modalità di esercizio della libera professione. Questi in sintesi i

punti salienti del nuovo testo unico.

L'articolo 1 dice chiaramente che i principi fondamentali del governo clinico sono disciplinati dalle Regioni e interessano le aziende sanitarie locali od ospedaliere, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Ircs) di diritto pubblico. Inoltre il governo clinico garantisce il modello organizzativo più idoneo a rispondere alle

esigenze degli utenti e dei professionisti del Ssn, assicurando il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni.

L'articolo 2 prevede l'istituzione del Collegio di direzione come organo dell'azienda accanto al direttore generale e al Collegio sindacale. Le competenze e la composizione del Collegio di direzione sono definite dalle Regioni.

L'articolo 3 parla di meritocrazia e trasparenza ad ogni livello prevedendo un ridimensionamento del ruolo della politica nelle scelte dei dirigenti in sanità. Si individuano quindi i requisiti indispensabili per l'accesso alle nomine e i criteri di valutazione dei Dg attraverso criteri di pubblicità e trasparenza. Ai direttori generali è richiesta una competenza specifica che sarà valutata da una commissione

nominata da ogni Regione.

L'articolo 4 modifica i criteri di nomina dei responsabili di struttura semplice e di quella semplice dipartimentale, nel quadro e secondo le modalità definite dalla contrattazione collettiva nazionale. Tra i requisiti richiesti per essere nominato dirigente c'è un'anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico.

Intervista a Domenico Di Virgilio (Pdl)

La meritocrazia al centro della governance

no chiesto ufficialmente di essere auditi in Commissione prima che il testo sul governo clinico torni in Aula, lamentano il rischio che la governance contenga anche elementi di riforma sulla libera professione.

La maggioranza però, sempre attraverso le parole del relatore Di Virgilio, nega con forza "non è assolutamente vero" che questo sia lo scopo del governo clinico e illustra gli obiettivi reali: "si tratta di un provvedimento che vuole ripristinare la meritocrazia nel Ssn, ridare un ruolo centrale ai medici, riformare le norme concorsuali nel rispetto delle competenze, garantire omogeneità all'età pensionabile".

Ci sono però anche altri elementi di criticità lamentati dall'opposizione che si dichiara insoddisfatta del provvedimento in esame anche per il fatto che il nuovo testo unico non affronta in maniera più stringente il tema dell'intreccio fra nomine controllate dai partiti e sanità, e non risolve il problema della discrezionalità della nomina dei direttori generali e dei dirigenti medici e sanitari.

Insomma i punti di distanza sulla governance, tra maggioranza e opposizione, sembrano essere ancora molto marcati così come i nodi da sciogliere. Se poi ci aggiungiamo che il clima parlamentare di queste settimane, specie alla Camera, non sembra essere improntato sulla strada indispensabile del dialogo fra le parti; se consideriamo che le regioni, il cui parere positivo è fondamentale, sono sul piede di guerra nei confronti del Governo; e se da ultimo teniamo presente che il governo clinico dovrebbe arrivare al voto dell'Aula dopo un altro provvedimento delicato come il testamento biologico, che per sua natura ha sempre spaccato la politica, si può immaginare come il percorso potrebbe essere tutto in salita. **Y**

Si tratta di un provvedimento che vuole ripristinare la meritocrazia nel Ssn, ridare un ruolo centrale ai medici, riformare le norme concorsuali nel rispetto delle competenze, garantire omogeneità all'età pensionabile". Questi i principi su cui si regge il nuovo testo unico sul governo clinico secondo il relatore Domenico Di Virgilio (Pdl). Un testo che per sua stessa ammissione non è stato riscritto ma semplicemente "rimodulato" sulle esigenze di autonomia delle Regioni, che precedentemente avevano fatto sapere di non "gradire" troppo l'eccessiva ingerenza dello Stato in una materia, la sanità, in cui la competenza legislativa è concorrente

Onorevole Di Virgilio, dopo circa un anno un po' a sorpresa si torna a parlare di governo clinico. Come mai quest'improvviso interesse da parte vostra per un provvedimento che sembrava destinato a restare nei cassetti della commissione Affari sociali?

Non è successo niente di particolare. Il testo che dall'Aula è tornato in commissione nelle sue linee fondamentali è rimasto uguale, quello che abbiamo fatto è stato valutare ulteriormente il ruolo delle regioni. La tutela della salute rientra infatti tra le materie riconducibili alla competenza legislativa concorrente Stato-Regioni, di cui parla l'articolo 117 della Costituzione dove si sancisce il compito dello Stato che deve dettare i principi fondamentali mentre alle regioni spetta l'adozione della normativa di dettaglio.

In quel primo passaggio di circa un anno fa le Regioni avevano espresso dubbi e io insieme ai responsabili del Pdl abbiamo considerato le loro obiezioni e rimodulato il testo sulla base di queste esigenze di autonomia. È evidente che sono rimasti i principi per cui lo stato deve garantire uguale assistenza sul territorio ma abbiamo valutato, articolo per articolo, il grado di autonomia regionale bilanciandolo con la garanzia, da parte dello Stato, dei principi fondamentali.

Quindi, per tornare alla sua domanda, nessun colpo di scena, nessuna sorpresa. Non si è più parlato di governo clinico perché abbiamo preferito lavorare con calma, con correttezza, senza clamori e senza fretta.

Le opposizioni ritengono che il governo clinico possa essere in realtà usato come strumento



Domenico Di Virgilio

per rimettere in discussione tutto il sistema dell'intramoenia e per tornare di fatto a una completa liberalizzazione della professione. Lei cosa risponde?

Che non è assolutamente vero. L'intramoenia è soltanto uno

degli aspetti, tra l'altro uno dei più marginali. Altri sono i punti importanti primo fra tutti quello che vuole ripristinare la meritocrazia nel Servizio sanitario nazionale, poi si vuole ridare un ruolo centrale ai medici, vogliamo riformare le norme concorsuali nel rispetto delle competenze e garantire omogeneità all'età pensionabile. Questi sono i punti essenziali.

In questa rilettura avete coinvolto le regioni?

No, le regioni ci hanno fatto arrivare le loro osservazioni che abbiamo valutato insieme a quanto ci aveva detto la commissione per le questioni regionali. Sulla base di ciò ho riformulato questo nuovo testo base.

Quindi non c'è stato neanche un coinvolgimento delle professioni?

No. Le audizioni ai sindacati medici e ai professionisti della sanità le abbiamo fatte precedentemente, quando si è trattato di scrivere il primo testo ma questa volta non abbiamo sentito nessuno.

Il testo prevede anche nuovi criteri per la nomina dei direttori generali in modo da introdurre più trasparenza e meritocrazia.

Da medico e da politico le dico che come Pdl crediamo che per la politica sia arrivato il momento di fare non uno ma diversi passi indietro. Con questo testo, secondo noi, viene valorizzata la meritocrazia vogliamo fare in modo che i più capaci, i più bravi, quelli che hanno esperienze in ambito sanitario, siano i dirigenti di domani.

E per quanto riguarda l'età come mai si è deciso di passare a settant'anni?

Noi vogliamo che davanti alla legge siano tutti uguali. Oggi assistiamo ad una ineguaglianza tra ospedalieri e universitari. Vogliamo invece omogeneizzare quest'aspetto affinché tutti vadano in pensione a 70 anni indipendentemente da quanti sono gli anni di servizio maturati. La durata media della vita si è notevolmente allungata. L'Europa e l'attuale quadro economico ci chiedono di procrastinare l'età del pensionamento. È vero che c'è chi obietta che il prolungamento dell'età lavorativa potrebbe svantaggiare i giovani, che certo attualmente sono già molto penalizzati nel mondo del lavoro. Ma come segnalava anche il Governatore Draghi, l'esperienza dei paesi nordici ci dimostra come siano pienamente compatibili una elevata età pensionabile e un'elevata occupazione dei giovani. La soluzione di una più elevata occupazione tanto per i giovani quanto per gli anziani va, quindi, ricercata con strumenti diversi da quello dell'anticipato pensionamento. **Y**

L'articolo 5 individua gli strumenti, definiti dalle Regioni, per la valutazione dei dirigenti medici e sanitari con incarico di direzione di struttura complessa e di direttore di dipartimento.

L'articolo 6 stabilisce che direttore del dipartimento è nominato dal direttore generale, sentito il Collegio di direzione, tra una terna di dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse, proposta dal Comitato di dipartimento.

L'articolo 7 prevede

l'ottimizzazione dell'uso delle risorse assegnate, l'appropriatezza clinica e organizzativa dell'attività, l'efficacia delle prestazioni, la riduzione al minimo del rischio di effetti indesiderati e di insoddisfazione dei cittadini, oltre che, naturalmente, l'ottimizzazione della gestione dei posti letto.

L'articolo 8 stabilisce il limite d'età per il collocamento a riposo. L'ipotesi è il settantesimo anno di età come limite massimo per i dirigenti medici e del ruolo sanitario del Ssn compresi i

direttori di struttura complessa. Al secondo comma dell'articolo 8, tra le categorie a cui non si applicano le disposizioni previste nel decreto, si inseriscono i dirigenti medici, i veterinari e sanitari del Ssn e i medici universitari convenzionati con il Ssn.

L'articolo 9 parla dell'attività libero professionale dei dirigenti medici e del ruolo sanitario del Ssn.

La materia, disciplinata dalle Regioni, stabilisce l'unicità del rapporto di lavoro e incompatibilità con rapporti di

dipendenza da ogni altro ente pubblico o privato; l'attività libero-professionale deve essere svolta extra-orario di lavoro all'interno o all'esterno delle strutture, con esclusione delle strutture private convenzionate con il Ssn.

L'articolo 10 disciplina la libera professione degli operatori delle professioni sanitarie non mediche.

L'articolo 11 riguarda la programmazione e la gestione delle tecnologie sanitarie da parte delle Regioni.