



**Audizione FNOMCeO sui disegni di legge riguardanti**  
**“ Principi fondamentali in materia di governo delle attività sanitarie ”**  
*Commissione Affari Sociali - 17 dicembre 2008*

**Premessa: da un progetto di sistema ad un sistema di progetti**

Le proposte di **“clinical governance”** storicamente nascono in Inghilterra, verso la fine degli anni '90, in un contesto di palese insufficienza ed inadeguatezza della politica e del management del NHS nel governare con efficacia ed efficienza la complessità di attività sanitarie.

I nuovi orientamenti segnano in quel paese il passaggio dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari pubblici da un modello competitivo ad uno cooperativo che si propone di reclutare tutti i professionisti, medici e non, all' obiettivo di invertire le curve di caduta della qualità e del consenso sociale, nonché della contestuale crescita dei costi.

Nel nostro paese, il dibattito sul **“governo clinico”**, inadeguata traduzione della “clinical governance”, si è spesso appesantito di eccessi ideologici e demagogici che talora lo hanno rappresentato come una sorta di contropotere dei clinici nelle aziende sanitarie, a cui è affidato il compito di contrastare quello gestionale e monocratico del Direttore Generale.

Questo palese equivoco culturale e politico ha in primo luogo condizionato il dibattito su una visione minimalista dei problemi e, in secondo, sancito una sostanziale incapacità nel migliorare in modo organico e compiuto il Dlgs 229/99 in materia di governo delle attività clinico assistenziali delle aziende sanitarie. Rispetto a questa eredità fatta di luci ed ombre, riteniamo utili alcune premesse generali.

Un diverso equilibrio o, meglio, l'integrazione delle competenze e dei poteri - politico, manageriale e tecnico-professionale- nelle aziende sanitarie, è diventata oggi una questione centrale e soprattutto cruciale rispetto alle due sfide più grandi per il nostro sistema sanitario e cioè quella del consenso dei cittadini e quella della sua sostenibilità economica nella salvaguardia dell'universalismo e dell'equità.

Il “governo clinico” deve dunque costituire l'espressione consapevole di un sistema pluridisciplinare e pluriprofessionale di indirizzo e governo delle attività tecnico-sanitarie finalizzato all'efficacia, appropriatezza e sicurezza (qualità) delle prestazioni nell'ambito delle risorse definite.

L'esercizio di un efficace governo clinico delle attività sanitarie richiede tuttavia una condizione pregiudiziale e cioè il pieno riconoscimento e il rispetto di una sfera decisionale fondata su una sostanziale autonomia tecnico professionale dei medici e di tutti i professionisti coinvolti.

Tale autonomia decisionale deve infatti tradursi in responsabilità professionali e strumenti di governo delle attività sanitari, quali ad esempio:

- sistemi di monitoraggio e valutazione attraverso standard ed indicatori qualitativi delle prestazioni e degli esiti quali outcomes delle organizzazioni sanitarie e dei servizi professionali (audit, peer-review),
- la costruzione e diffusione sistematica ed autorevole di raccomandazioni fondate sull'evidenza delle prove di efficacia relativi a percorsi diagnostico-terapeutici o a programmi di prevenzione primaria e secondaria (linee guida),
- la prevenzione e la gestione del rischio connesso alle attività sanitarie per i pazienti e gli operatori,
- efficaci politiche di rilievo e soddisfazione dei bisogni formativi di tutti gli operatori,
- rilevazione e misurazione della soddisfazione dei pazienti.

Tuttavia, a nostro giudizio, proposte che si limitino all'individuazione di organismi professionali che, in autonomia e responsabilità, orientano e supportano il management aziendale nelle scelte tecniche, (il Consiglio di Direzione, il Consiglio dei Sanitari, il Comitato di Dipartimento) o che definiscano procedure di selezione e verifica delle carriere dei Direttori Generali, dei Direttori di Struttura Complessa e dei Dipartimenti meno discrezionali ed autoritarie, o, ancora, che alleggeriscano la deriva burocratica dell'appropriatezza clinica, pur sostanzinandone aspetti fondamentali, non esaurisce il progetto, né consente il mantenimento nel tempo del Governo Clinico, delle attività sanitarie e sociosanitarie.

Il disegno del governo clinico non può compiutamente realizzarsi se non si sviluppa in un sistema diffuso su tutto il territorio nazionale, che promuove e verifica una sorta di Livelli Essenziali di Qualità e Sicurezza delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie rese ai cittadini, individuando altresì un Centro di Coordinamento Nazionale, una vera e propria cabina di regia nazionale della qualità e sicurezza.

Tale soggetto, dal punto di vista istituzionale, deve configurarsi come punto di equilibrio terzo tra le potestà dello Stato e delle Regioni; deve possedere autorevolezza tecnico scientifica, essere affidabile per i cittadini ed i professionisti, competente perché legittimato ad intervenire con politiche di miglioramento delle seguenti funzioni, oggi non adeguatamente coordinate:

- a)** prevenzione e gestione del rischio connesso alle attività sanitarie e sua mappatura individuando e promuovendo interventi di correzione,
- b)** indirizzo e valutazione della formazione permanente basate sull'ECM e soprattutto sullo Sviluppo Continuo Professionale (SCP), sugli obiettivi formativi e sull'indipendenza dell'informazione e della ricerca pura e clinica,

c) promozione e verifica della qualità professionale e dei servizi resi ai cittadini , supportato da un efficace sistema di reporting sui dati di attività costi/efficacia e costi/benefici delle attività sanitarie e sociosanitarie, documentazione ed informazione sulla qualità resa e percepita dei servizi,

Riteniamo che tale Centro di Coordinamento vada individuato nell'attuale Agenzia Nazionale dei Servizi Sanitari Regionali (Age.Na.S.), rafforzandone l'autonomia e la terzietà rispetto alle Istituzioni Nazionali e Regionali che pure concorrono alla sua composizione, dotandola di adeguato budget e competenze tecnico professionali non solo di natura sanitaria ma anche amministrativa, gestionale, bioetico-deontologica, informatica, socio/antropologica etc.

A nostro parere le attuali Agenzie regionali dei servizi sanitari debbono rapportarsi all'Age.Na.S costituendo una rete funzionale e condividendo procedure e strumenti di valutazione e verifica delle attività sanitarie e socio sanitarie erogate.

A livello aziendale le tre funzioni sopra ricordate quali elementi costitutivi del governo clinico, dovrebbero essere formalizzate in specifiche Unità Operative che operano in staff con la Direzione Generale e funzionalmente correlate con il Collegio di Direzione. Più precisamente:

A) **“Unità di gestione del rischio clinico”**, con compiti di:

- mappatura del rischio clinico attraverso sistemi condivisi di rilevazione degli eventi avversi, compresi quelli potenziali;
- prevenzione e correzione degli errori umani, organizzativi e gestionali con indicazione degli interventi ritenuti idonei, compresi quelli formativi;
- gestione del contenzioso medico legale e dei risarcimenti anche attraverso forme di risoluzione stragiudiziale mediante arbitrato e con fondi propri del piccolo e medio contenzioso, fermo restando l'obbligo della copertura assicurativa di tutte le attività e di tutti gli operatori che escluda la rivalsa per colpa grave da coprire con oneri a carico dei professionisti;
- attivazione di programmi dipartimentali e aziendali di prevenzione e gestione del rischio da agenti fisici, chimici, biologici e relazionali (mobbing) a cui sono sottoposti gli operatori al fine di contenere e gestire il fenomeno del burn-out;
- invio all'Agenzia-Osservatorio Regionale e a quella Nazionale di periodici reports analitici sui livelli di sicurezza delle attività sanitarie, le tipologie di intervento adottate e i loro esiti.

B) **“Unità per lo Sviluppo Continuo Professionale”** con compiti di:

- promozione e coordinamento dei progetti formativi aziendali inseriti negli obiettivi del Dipartimento che, sulla base delle numerose esperienze, sembrerebbero validare, anche sul piano dei costi, quelle tipologie formative che sviluppano il processo educativo all'interno dell'organizzazione e misurano i risultati anche in termini di miglioramento dei processi clinico assistenziali. Infatti tale metodologia formativa identifica e valorizza tutte quelle attività ordinarie già presenti nei processi clinico assistenziali, quelle di studio, ricerca, tutoraggio, promozione e sorveglianza dei protocolli e linee

guida, organizzazione e partecipazione a periodiche riunioni di valutazione (audit) degli esiti delle attività;

- garanzia a tutti i soggetti coinvolti in un obbligo deontologico e legislativo di trasparenza, accessibilità, qualità e costi accettabili dell'offerta formativa, evitando inefficaci misure coercitive e soprattutto rispettando l'autonomia e la responsabilità dei professionisti anche nell'individuazione degli specifici ed individuali bisogni formativi, individuando procedure, strumenti e soggetti per livelli crescenti di accreditamento professionale;
- invio all'Agenzia/Osservatorio regionale e Nazionale di periodici reports sullo sviluppo e sugli esiti delle politiche formative.

c) **“Unità per la Promozione e Verifica della Qualità dei servizi”** con compiti di:

- formalizzare tra gli obiettivi istituzionali del Dipartimento, lo sviluppo di quelle attività e quelle procedure che direttamente sono connesse al miglioramento della qualità resa e percepita dei processi e degli esiti delle attività sanitarie anche attraverso periodiche riunioni di revisione tra pari e audit con i pazienti,
- sviluppare ad ogni livello periodiche valutazioni dell'impatto che l'organizzazione delle attività clinico assistenziali in essere produce sulla qualità resa e percepita dai pazienti e loro parenti. Ad esempio armonizzare gli orari visite mediche e orario visite parenti o pasti; i tempi di attesa per esami sia in regime di ricovero che ambulatoriale, l'appetibilità dei pasti, gli orari di somministrazione dei farmaci e delle medicazioni, il tempo dedicato e i luoghi dei colloqui, la comprensibilità delle informazioni richieste e da somministrare in ragione del consenso, gli spazi di socializzazione, una buona cartella clinica, una chiara lettera di dimissione etc;
- promuovere in modo sistematico anche sul piano della pratica clinica e della ricerca pura ed applicata, tutte le attività correlate all'obiettivo di umanizzazione delle pratiche clinico assistenziali, primi fra tutti i progetti di “cure senza dolore”, rivolte non solo ai pazienti neoplastici, ma a tutti i soggetti portatori di patologie acute e croniche;
- inviare all'Agenzia/Osservatorio Regionale e Nazionale periodici reports sullo sviluppo della qualità professionale e dei servizi.

Tali funzioni, apparentemente distanti, in realtà chiariscono come l'attuazione del Governo Clinico richieda il passaggio da “un progetto di sistema” ad “ un sistema di progetti “ che, sul piano dell'organizzazione e gestione dei servizi, definisce la centralità del ruolo delle professioni all'interno delle Aziende Sanitarie.

Il governo clinico, così inteso, si qualifica quindi come un efficace e straordinario strumento di organizzazione e gestione delle attività di tutela della salute, a cui oggi affidare quanto la tradizionale cultura aziendalista ha dimostrato di non poter compiutamente assicurare e cioè la garanzia delle finalità etiche, civili e tecnico professionali del servizio, nel rispetto delle compatibilità economico finanziarie.

Non ci sfugge in queste premesse un dato altrettanto forte e centrale e che cioè un servizio sanitario moderno, equo ed accessibile, ha certamente bisogno di tecnocrazie manageriali e professionali, ma anche di consenso

sociale, di partecipazione attiva e propositiva dei cittadini e delle comunità riconoscendo quindi più spazio e più peso alle associazioni di tutela ed ai governi dei territori (municipalità, comuni, consorzi di comuni) nella programmazione e valutazione degli obiettivi e dei risultati di salute conseguiti.

### ***Nel merito degli atti Camera 799,1552, 977- ter, 278 e 1942***

L'esperienza degli ultimi anni ci porta a dire che la cornice legislativa degli assetti gestionali del SSN (L'Azienda sanitaria dei Dlgs 502/92-Dlgs 229/99, il decentramento dei poteri del Federalismo della Lg 3/2001), non ha né scoraggiato né impedito la possibilità, per i decisori politici, di invadere la sfera gestionale della sanità, ai fini di promuovere e mantenere uno stretto e capillare controllo del consenso.

In non poche realtà, la cascata delle responsabilità nel governo della sanità, disegnata dal Dlgs 502/92 e successive integrazioni, si è infatti tradotta in una rigida catena di comando che ha piegato alle esigenze della cattiva politica quella della buona gestione.

### ***Le procedure di individuazione dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie***

La nomina diretta dei direttori generali e la loro totale subordinazione all'autorità politica che li ha scelti ha reso possibile il ramificarsi nelle aziende sanitarie di interessi clientelari e spartitori nei confronti del "middle management" tecnico professionale (direttori sanitari ed amministrativi, di dipartimento, di strutture complesse e semplici fino agli incarichi dirigenziali di alta professionalità) subordinando a questi interessi il riconoscimento del merito e delle competenze professionali.

Condividiamo dunque tutte quelle proposte che, nei disegni di legge in esame, intendono rafforzare l'autonomia, l'autorevolezza e la competenza dei direttori generali ponendo rimedi alla loro inquietante solitudine e fragilità verso il potere politico che li sceglie e li valuta con totale discrezionalità.

L'attribuzione dell'incarico di Direttore Generale non può né deve dunque essere un mero atto politico ma una scelta responsabile della politica da ancorare ad 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 aventi le migliori caratteristiche tecnico professionali per ciascun specifico incarico di direzione di azienda.

Tale attività di valutazione deve prevedere:

- misure di pubblicità (avviso) accessibili al pubblico anche attraverso 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**

Anche in questo ambito vanno riequilibrati i sistemi di valori in campo: la totale discrezionalità di scelta del DG, oggi vigente quale espressione del rapporto fiduciario, va infatti commisurato ad un altro sistema di valori tipico dei mondi professionali che guarda invece al riconoscimento delle competenze e del merito.

L'azienda sanitaria è speciale anche per questo ed una soluzione ottimale per la scelta dei Direttori di struttura complessa non può che esprimere una sintesi alta dei diversi sistemi di valori in campo, al fine di potenziare 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, a nostro giudizio, va innanzitutto abolito l'articolo 15 septies del Dlgs 229/99, in questi anni rivelatosi più spesso occasione di equivoci ed abusi che di positive opportunità, assumendo che gli incarichi di direzione possono essere attribuiti esclusivamente secondo le procedure e i requisiti di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484.

A tal fine esprimiamo il nostro consenso a tutte quelle proposte finalizzate a garantire trasparenza, imparzialità di giudizio, e valorizzazione del merito tecnico-professionale alle specifiche procedure di selezione per gli incarichi di direzione di struttura complessa nelle Aziende sanitarie ma anche le nostre perplessità per un ritorno al passato dei tradizionali concorsi pubblici, dimostratisi tutt'altro che immuni da pressioni ed 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 compreso 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 ed aggiornati presso il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali escludendo quindi 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 resi rigorosamente anonimi, deve operare secondo i criteri e le procedure di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, 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 attitudinale, 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, viene condotto dalla Commissione di selezione che, in questa fase, è integrata dal Direttore Generale dell'Azienda interessata.

Esperate 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***

Rispetto all'ipotesi di ripristinare i due livelli della dirigenza aboliti dal Dlgs 229/1999, esprimiamo forti perplessità per questo ritorno al passato.

Tale provvedimento 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: l'individuazione del Direttore e del Comitato di Dipartimento***

Ai fini dello sviluppo del progetto di governo clinico delle attività sanitarie, l'organizzazione dipartimentale deve compiutamente configurarsi come modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie e ospedaliere.

Riteniamo che anche la scelta del Direttore del Dipartimento debba rappresentare un punto di equilibrio alto tra le esigenze del management aziendale e quelle connesse alla tutela dell'autonomia e responsabilità dei professionisti.

Siamo dunque favorevoli ad una norma che ne preveda la nomina da parte del Direttore generale fra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento, nell'ambito di una terna di candidati individuati dal Comitato di Dipartimento, che rimanga titolare della struttura complessa cui è preposto e si avvalga di supporti amministrativi allo scopo individuati ed assegnati al Dipartimento.

Riteniamo altresì 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 ed 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 minimizzazione 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 nonché 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**

Le autonomie e le responsabilità manageriali e professionali che con tali modalità virtuose si strutturano legittimandosi nella matrice organizzativa e gestionale dei servizi sanitari, sono la premessa indispensabile perché possa svilupparsi una rete diffusa di autonomie e responsabilità capace di tradurre ad ogni livello del sistema, sintesi e sinergie di valori comuni.

Questo è altresì l'ambiente idoneo e coerente per quelle proposte legislative che individuano il Collegio di Direzione quale organo dell'azienda; noi le condividiamo non per confliggere con i poteri del DG ma per garantire al management aziendale il valore aggiunto di quelle competenze tecnico professionali senza le quali appare oggi improbabile un efficace governo della qualità ed appropriatezza delle attività sanitarie.

A nostro giudizio il Collegio di direzione deve dunque concorrere alle fasi di pianificazione strategica delle attività, alla condivisione degli sviluppi gestionali e organizzativi, alla valutazione interna dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi esprimendo parere obbligatorio e non vincolante al direttore generale :

- sull'atto aziendale,
- sul bilancio pluriennale di previsione e sul bilancio di esercizio,
- sul piano di valorizzazione del patrimonio immobiliare;

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

Il Collegio di Direzione deve inoltre esprimere parere obbligatorio e vincolante al direttore generale in materia di:

- 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;

-sulla valutazione degli operatori fondata sui principi dello Sviluppo Continuo Professionale da attuarsi nell'ambito dipartimentale;

-sullo sviluppo ed innovazione delle tecnologie sanitarie e sulla valutazione del loro impatto sui livelli di efficacia e sui costi delle prestazioni rese;

-sui programmi di formazione continua ed aggiornamento professionale correlati all' ECM;

-sulle attività relative alla prevenzione e gestione del rischio clinico ed alla sicurezza degli operatori;

-sui programmi finalizzati allo sviluppo della ricerca pura ed applicata;

-sulle attività dedicate alla promozione e verifica dell'appropriatezza tecnico professionale e gestionale delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie ad alta integrazione sanitaria;

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

Nel Regolamento dovrebbero altresì 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 di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, nel Collegio di Direzione, qualora non altrimenti definita dal rapporto proporzionale diretto, 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 di 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***

Rispetto alla questione dell'età pensionabile, esprimiamo due considerazioni di carattere generale: la prima ci porta a raccomandare un formale allineamento dell'età pensionabile della dirigenza medica a quella più generale, (ad oggi 65 anni per i maschi e 60 anni per le femmine), la seconda a considerare come opportuna ed equa una elasticità di detto limite in rapporto al tardivo inizio di accumulo previdenziale dei medici.

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

Con questi limiti e con l'oggettiva preoccupazione di determinare un ulteriore innalzamento dell'età media dei medici in servizio ritardando turn over generazionali e restringendo sbocchi occupazionali dei giovani, riteniamo che in ogni caso, a 70 anni , dovrebbero decadere per tutti, compresi gli universitari ed i convenzionati, le funzioni assistenziali.

**In conclusione, signor Presidente ed illustri Onorevoli della Commissione, ci dichiariamo disponibili ad ogni forma di collaborazione ritenuta utile ed idonea al concreto realizzarsi di misure che finalmente colgano e quindi provvedano ad un disagio crescente dei professionisti medici e ad una crisi di fiducia dei cittadini nella affidabilità del nostro sistema sanitario: sono entrambe pericolose minacce che erodono uno straordinario patrimonio civile e tecnico-professionale del nostro Paese.**

Dr. Amedeo Bianco  
**Presidente FNOMCeO**