



REGIONE PUGLIA



Azienda Sanitaria della Provincia di Bari

SENATO DELLA REPUBBLICA

12° COMMISSIONE PERMANENTE – IGIENE E SANITA' –

Documento per Audizione informale

Roma, 12 luglio 2016

OGGETTO: AG 305 concernente "Schema di d.lgs attuativo della delega di cui all'art. 11, comma 1, lett. p) della legge 7 agosto 2015, n. 124 (Incarichi direttoriali nel Servizio Sanitario Nazionale)"

Lo schema di decreto legislativo attuativo dell'articolo 11, comma 1, lett. p), della legge n. 124 del 2015 reca la definizione di principi fondamentali, ai sensi dell'art. 117 Cost., con specifico riferimento al conferimento degli incarichi di direttore generale, di direttore amministrativo e di direttore sanitario nonché, ove previsto dalla legislazione regionale, di direttore dei servizi socio-sanitari, delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario Nazionale – fermo restando quanto previsto dall'art. 3-bis del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni – per quanto attiene ai requisiti, alla trasparenza del procedimento finalizzato alla scelta e dei risultati, alla verifica e alla valutazione dell'attività dirigenziale.

La novella, in conformità con la *ratio* della delega, si propone innanzitutto di introdurre dei correttivi al fine di assicurare un punto di equilibrio tra l'esigenza di un rapporto fiduciario tra l'organo politico e gli organi di vertice delle ASL e l'esigenza di assicurare che le nomine avvengano in modo imparziale e trasparente.

L'esigenza di trasparenza nella scelta dei direttori generali e delle altre figure dirigenziali del servizio sanitario; la necessità di separare la sfera della politica da quella dell'amministrazione in un settore, come quello sanitario, dove più spesso che in altri si sono manifestati gravi disfunzioni, clientelismi ed episodi di corruzione, e più forte si avverte la pur generalizzata istanza di *moralizzazione* della *res publica*; l'intento di creare un'organizzazione improntata al *merito*; la pubblicità dei sistemi selettivi e degli obiettivi programmatici che contraddistinguono la scelta e, poi, l'operato della dirigenza sanitaria; la formazione di una classe manageriale dotata di elevate competenze professionali ed attitudinali e, quindi, tendenzialmente in grado di identificare i rischi derivanti dagli atti di indirizzo politico; la valutazione della dirigenza secondo criteri oggettivi, ancorati al raggiungimento di elevati ed essenziali livelli di assistenza sanitaria e improntati ad una oculata gestione delle risorse finanziarie; la verifica costante del rispetto di tali *standard* e degli obblighi di trasparenza da parte della dirigenza sanitaria, con l'espressa previsione, all'atto della nomina di ciascuna direttore generale, di «*dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per il cittadino*», sono tutti obiettivi di indubbia centralità, nell'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, e costituiscono altrettante sfide per il futuro di un ordinamento democratico che intenda porsi e proporsi quale moderno Stato sociale di diritto.

La via intrapresa dal legislatore della riforma è, dunque, consapevolmente orientata ad attuare principi di buon andamento e imparzialità della pubblica amministrazione – garanzia, nello specifico settore, della salute, perché fondamentale diritto dell'individuo e, insieme, interesse della collettività (art. 32 Cost.) – meritevoli della massima considerazione e della più ampia condivisione.

E' opportuno evidenziare in via preliminare all'analisi dello schema del d.lgs. attuativo della delega di cui all'art. 11, comma 1, lett. p) della legge 7 agosto 2015, n. 124, come le statistiche evidenziano una elevata *instabilità* dell'incarico di direttore generale, la cui permanenza media nell'incarico, a livello nazionale, è pari a circa 3 anni e mezzo [dato inserito nel parere reso dal Consiglio di Stato] ovvero venti mesi [dato inserito dalla dott.ssa Ugenti del Ministero della Salute] ciò costituisce, secondo i più autorevoli studiosi e attenti osservatori dell'organizzazione sanitaria, una delle maggiori criticità del processo di aziendalizzazione, impedendo programmazioni della gestione aziendale di medio-lungo periodo che possano concretamente incidere sull'organizzazione aziendale.

Sullo schema di decreto sono già stati acquisiti i pareri della Conferenza Unificata e del Consiglio di Stato.

Il provvedimento qui in esame consta di 9 articoli, di cui i primi due dedicati all'individuazione, alla nomina, alla conferma e alla revoca dei direttori generali delle aziende sanitarie (e degli altri enti del SSN); il terzo ai direttori generali delle aziende ospedaliero-universitarie; il quarto al conferimento degli incarichi di direttore sanitario, direttore amministrativo e, ove previsto dalla legislazione regionale, di direttore dei servizi socio-sanitari delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio Sanitario Nazionale; il quinto alle disposizioni in materia di inconferibilità e di incompatibilità degli incarichi sin qui menzionati; il sesto alle disposizioni transitorie; il settimo alle competenze delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome; l'ottavo alle disposizioni finanziarie; il nono alle abrogazioni.

Si possono qui in via generale, e salvi ulteriori approfondimenti in sede di osservazioni ai singoli articoli del testo esaminato, così sintetizzare le linee fondamentali e le principali novità, del decreto legislativo qui in esame:

a) la nomina del direttore generale dell'azienda sanitaria è articolata secondo un procedimento *bifasico*, che vede in una prima fase la formazione di elenco nazionale di idonei da parte di una Commissione apposita, all'esito di una selezione che richiede rigorosi requisiti di ammissione e vede l'assegnazione di un punteggio da 75 a 100, e in una seconda fase una procedura selettiva non concorsuale su base regionale, alla quale possono concorrere solo soggetti iscritti nell'elenco nazionale, a conclusione della quale la Commissione propone al Presidente della Giunta Regionale una terna di nomi, il tutto secondo criteri meritocratici e procedure ispirate alla massima trasparenza, pur nella riaffermata natura fiduciaria e ampiamente discrezionale della nomina, quale atto di alta amministrazione, da parte della Regione;

b) l'organizzazione, su base regionale (o eventualmente anche interregionale, avvalendosi dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali – AGENAS – e in collaborazione con le Università o soggetti pubblici e privati), del corso di formazione in materia di sanità pubblica e organizzazione e gestione sanitaria per la costituzione di un *management* sanitario dotato di alte capacità imprenditoriali e tendenzialmente in grado di identificare i rischi derivanti dagli atti di indirizzo politico, proprio per il suo elevato bagaglio tecnico di professionalità;

c) l'accentuata procedimentalizzazione della nomina, conferma e revoca dei direttori generali, con previsione del contraddittorio procedimentale e rafforzamento di obblighi motivazionali per i provvedimenti di revoca dall'incarico;

d) la maggiore responsabilizzazione gestionale del direttore generale anche in ordine al rispetto degli obblighi di trasparenza e all'equilibrio economico dell'azienda, con particolare riferimento ai dati di

bilancio sulle spese e ai costi del personale e al rispetto dell'appropriatezza prescrittiva di cui all'art. 9-*quater*, comma 6, del d.l. n. 78 del 2015;

e) la nomina dei direttori sanitari e amministrativi, da parte del direttore generale, tra i soggetti idonei contenuti nell'elenco formato da apposita Commissione regionale, con limitazione di un potere tendenzialmente illimitato e di natura fiduciaria, originariamente previsto dall'art. 3, comma 1-*quinqüies*, del d. lgs. n. 502 del 1992.

La legge n. 124 del 2015 interviene quindi a riformare, in modo incisivo, anche il sistema della dirigenza sanitaria c.d. strategica (direttore generale, direttore amministrativo, direttore sanitario), sia a livello nazionale che regionale, e modifica profondamente la disciplina in materia, le cui linee fondamentali sono dettate dal d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche.

La disciplina della dirigenza pubblica in materia sanitaria costituisce un modello derogatorio rispetto alle generali previsioni dettate dal d. lgs. n. 165 del 2001, che pure contiene, nell'art. 26, «*norme generali per la dirigenza del Servizio Sanitario Nazionale*».

Il rapporto di specialità della disciplina in questione, delineato chiaramente dall'art. 15, comma 2, del d. lgs. 502/1992 recante «*Riordino della disciplina in materia sanitaria*», è stato ben evidenziato dalle Sezioni Unite, nella sentenza n. 4241/1998, laddove queste hanno chiarito che le figure della dirigenza sanitaria hanno una «*loro autonomia*» rispetto alla normativa concernente la riforma del pubblico impiego.

La ragione di questa specialità risiede anzitutto, anche se non solo, nella considerazione che i dirigenti e, più in generale, gli operatori sanitari agiscono nel terreno estremamente sensibile dei diritti sociali costituzionalmente garantiti, che richiedono inderogabilmente azioni positive da parte dei poteri pubblici per la loro effettiva soddisfazione, in favore di un'utenza che, per il principio di universalità del servizio sanitario, nemmeno coincide con i soli possessori dello *status* di cittadini.

L'esigenza di garantire un'azione amministrativa efficace ed efficiente, anzitutto per salvaguardare i livelli essenziali di assistenza sanitaria, deve misurarsi però con l'esigenza di contenere il disavanzo della spesa pubblica e raggiungere l'equilibrio economico delle singole aziende, sempre più forte e avvertita dal legislatore proprio per le gravi inefficienze registratesi nel Servizio Sanitario Nazionale, sicché al dirigente sanitario sono richieste elevate capacità manageriali, che contemperino l'esigenza di garantire fondamentali obiettivi, per la soddisfazione di esigenze primarie e costituzionalmente garantite quanto meno nel loro nucleo irriducibile, con l'altrettanto fondamentale esigenza di assicurare il rispetto dei vincoli di bilancio, a livello nazionale ed europeo, e di contenere la spesa pubblica.

Nel settore sanitario, come e più che in altri settori dell'azione amministrativa finalizzata all'erogazione dei pubblici servizi, la correlazione tra «*organizzazione e diritti*», è tanto stretta e delicata da giustificare l'ampia portata derogatoria della disciplina della dirigenza sanitaria, la cui azione è improntata a schemi e moduli di carattere imprenditoriale.

Il processo di *regionalizzazione* e di *aziendalizzazione* del Servizio sanitario, avviato decisamente con le riforme del d. lgs. n. 502 del 1992 e del d. lgs. n. 517 del 1993 (e, invero, anche nelle successive modifiche apportate dal d. lgs. n. 229 del 1999) ha cercato di ovviare alle diffuse inefficienze che si erano registrate nell'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, susseguente alla riforma della l. n. 833 del 1978, e ha previsto l'innesto di criteri imprenditoriali e di moduli aziendalistici nell'organizzazione del servizio pubblico.

Secondo il disegno del d.lgs. n. 502 del 1992 le aziende sanitarie, persone giuridiche pubbliche dotate di autonomia imprenditoriale, rinvencono nella Regione il loro interlocutore istituzionale, ma il legislatore si preoccupa di configurare un rapporto di *tendenziale separazione* tra politica e amministrazione, per

porre un freno ai fenomeni di politicizzazione radicatisi nel sistema in origine configurato dalla legge 833 n. 1978.

Al vertice dell'azienda sanitaria, sul modello del *management* privato, sta l'organo monocratico del direttore generale, con poteri di rappresentanza e di governo dell'azienda, «*con tutti i poteri di gestione*» (art. 3, comma 6, del d. lgs. n. 502 del 1992), al quale spetta la responsabilità della direzione aziendale e l'adozione degli atti aziendali di diritto privato.

Il direttore generale, in particolare, deve assicurare l'equilibrio economico dell'azienda sanitaria affidatagli, costituendo il mancato assolvimento di tale compito ipotesi di decadenza automatica dal suo incarico, ai sensi dell'art. 52, comma 4, lett. *d*), della l. n. 289 del 2002, come oltre si vedrà, analizzando l'art. 2 dell'articolato normativo qui in esame.

Al direttore generale spetta, inoltre, la nomina del direttore sanitario e del direttore amministrativo, che lo coadiuvano, ciascuno per il settore di competenza, e che insieme con lo stesso direttore generale costituiscono la Direzione aziendale (c.d. *direzione strategica* o *triade*).

Il rapporto del direttore generale con l'azienda e, più in generale, con l'amministrazione regionale ha «*natura privatistica e fiduciaria*» (art. 2, comma 1, lett. *u*, della l. n. 419 del 1998) e gli spazi di autonomia politica riservati alla Giunta regionale nella scelta del direttore generale sono funzionali ad assicurare una fondamentale coerenza tra l'indirizzo politico regionale e la gestione aziendale.

L'effettivo contenuto di questo essenziale rapporto tra indirizzo politico regionale e gestione aziendale del direttore generale è tra i più delicati e controversi della dirigenza pubblica ed è un problema al quale la legge n. 124 del 2015, come ora si dirà, ha inteso porre rimedio con la previsione dell'elenco nazionale dei direttori generali, di cui all'art. 1.

La neutralità amministrativa del direttore generale e la sua indipendenza funzionale sono due degli obiettivi che, come si dirà, la legge di delega e lo schema del decreto attuativo qui in esame, in coerenza con le finalità più generali di trasparenza e imparzialità perseguite dalla stessa legge n. 124 del 2015, si prefiggono di raggiungere attraverso un *sistema bifasico* che prevede un *elenco nazionale*, tenuto e aggiornato da una apposita Commissione nazionale, di soggetti qualificati, elenco al quale la Commissione regionale deve necessariamente attingere per la terna di nomi da sottoporre alla nomina dell'organo politico.

In questo modo la legge ha inteso valorizzare un modello di *merito* che scongiuri, con la previsione di apposite procedure accentrate – almeno in una prima fase – a livello nazionale, il rischio di trasformare la dipendenza funzionale del dirigente sanitario in dipendenza politica secondo il modello dello *spoils system*.

La legge n. 124 del 2015 ha poi previsto una significativa apertura dei ruoli della dirigenza sanitaria strategica al *management* privato, incrementando, con il possibile apporto di esperienze provenienti dal mondo della sanità privata, e non solo, il livello di capacità e di efficienza che deve contraddistinguere l'approccio manageriale del direttore generale nella difficile gestione della *governance* della azienda sanitaria, tra le organizzazioni più complesse attualmente in attività. La estrema complessità deriva dalla coesistenza della esigenza di gestire l'azienda secondo regole di tipo privatistico per “produrre” servizi di tipo sanitario, tra i più complessi del sistema di erogazione pubblico.

Molte garanzie procedimentali circondano e assistono anche la fase di verifica dei risultati della gestione, da parte del direttore generale, come anche gli eventuali provvedimenti di revoca del suo incarico, ad evitare che la revoca per il mancato raggiungimento degli obiettivi o – significativa novità, questa, apportata dalla riforma della l. 124/2015 – per la violazione degli obblighi di trasparenza, si

trasformi, per lo sviamento del potere non di rado verificatosi nell'esperienza regionale, in una forma di occulto o surrettizio *spoils system*.

Uno dei cardini della disciplina qui in esame è, infatti, il *giusto procedimento* nella fase di nomina, conferma e revoca del direttore generale. Si tratta di un principio, questo, che la costante giurisprudenza (Corte costituzionale e Consiglio di Stato) non ha mancato di ribadire in numerose pronunce.

Sono ancora i principi di trasparenza e di imparzialità, perseguiti dalla legge di delega nell'art. 11, comma 1, lett. p), ad ispirare la innovativa disciplina della scelta dei direttori sanitari e amministrativi, secondo cui i direttori generali selezionano tali figure attingendo obbligatoriamente agli elenchi regionali di idonei effettuati da una Commissione regionale, innovando così la vecchia disciplina dell'art. 3, comma 1-*quinquies*, del d. lgs. n. 502 del 1992, ma ponendo delicati problemi di coordinamento, anche per effetto delle abrogazioni disposte dall'art. 9 dello schema, come si vedrà proprio nell'esame di tale disposizione, con la disciplina dello stesso d. lgs. n. 502 del 1992.

Anche tale innovazione è di forte impatto poiché, pur ribadendo la fiduciarità del rapporto tra direttore generale e direttore amministrativo e sanitario da lui nominati, limita la pur ampia portata discrezionale della scelta spettante al primo obbligandolo a selezionarli tra un elenco di idonei selezionati su base regionale da un'apposita Commissione.

Analisi dei singoli articoli dello schema di d.lgs attuativo della delega di cui all'art. 11, comma 1, lett. p) della legge 7 agosto 2015, n. 124:

Articolo 1. *Elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio Sanitario Nazionale.*

L'articolo 1 dello schema di decreto legislativo reca la disciplina dell'elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio Sanitario Nazionale.

Il nuovo intervento normativo prosegue e, per così dire, porta a compimento il percorso di riforma già avviato dall'art. 4 del d.l. n. 158 del 2012 (c.d. decreto Balduzzi), che, innovando l'art. 3-*bis*, comma 3, del d. lgs. n. 502 del 1992, aveva già obbligato le singole Regioni, per la nomina del direttore generale, ad attingere ad un elenco costituito presso ogni singola Regione ovvero presso quelli analoghi istituiti in altre Regioni previo avviso pubblico e a seguito di selezione da svolgere in base a criteri e modalità individuati dalla Regione, aggiornato con cadenza biennale.

Il legislatore intende istituire, in sostituzione degli elenchi regionali (superati, ora per effetto, dall'abrogazione del comma 3 dell'art. 3-*bis* del d. lgs. n. 502 del 1992 disposto dall'art. 9 del decreto qui esame), un elenco nazionale al quale le singole Amministrazioni sanitarie devono attingere per la nomina dei direttori generali, con ciò rendendo maggiormente imparziale e trasparente, con un meccanismo unico a livello nazionale, il relativo procedimento di selezione.

Il procedimento selettivo finalizzato al conferimento dell'incarico mostra nelle sue linee portanti, ha una *struttura bifasica* articolantesi su due livelli, quello nazionale (art. 1), appunto, e quello locale (art. 2).

L'articolo 1, comma 2, prevede infatti che, per quel che concerne i direttori generali delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio Sanitario Nazionale, l'istituzione, presso il Ministero della Salute, di un elenco nazionale dei soggetti in possesso dei requisiti per la nomina di direttore generale, al quale si accede mediante avviso pubblico di selezione per titoli.

Ai fini della formazione dell'elenco di cui al comma 2, con decreto del Ministro della Salute, è nominata ogni due anni, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, una Commissione composta da cinque esperti (ovvero sei esperti come ha precisato il Consiglio di Stato nel parere n.

1113/2016) di comprovata competenza ed esperienza, in particolare in materia di organizzazione e gestione aziendale, di cui due designati dal Ministro della Salute, uno con funzioni di Presidente scelto tra magistrati ordinari, amministrativi e contabili o avvocati dello Stato, uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, e due designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano.

I componenti della Commissione possono essere nominati una sola volta e restano in carica per il tempo necessario alla formazione dell'elenco e all'espletamento delle attività connesse e consequenziali. Il legislatore in questo modo ha scongiurato il rischio di dare vita ad un organismo stabile e permanente, assicurando, invece, il continuo *turn over* della Commissione per fornire ulteriori garanzie in termini di trasparenza e di imparzialità della selezione.

L'elenco è aggiornato con cadenza biennale, è alimentato con procedure informatizzate, ed è pubblicato sul sito *internet* del Ministero della Salute.

Occorre prevedere, espressamente, che la durata dell'elenco formato all'esito della selezione nazionale sia biennale o, quantomeno, mantenga la propria validità fino al successivo aggiornamento previsto ogni due anni, per prevenire contenziosi riguardanti la perdurante efficacia dell'elenco una volta scaduti i due anni senza che la Commissione sia riuscita ad aggiornare, all'esito di nuova selezione, l'elenco stesso.

L'art. 1, comma 4, prevede rigorosi *requisiti di ammissione* alla procedura idoneativa, previo avviso pubblico di selezione per titoli, innovando profondamente la disciplina in precedenza stabilita dall'art. 3-bis, comma 3, del d. lgs. n. 502 del 1992.

Alla selezione sono ammessi, infatti, i candidati che non abbiano compiuto 65 anni di età e che siano in possesso dei già prescritti requisiti della laurea magistrale e della comprovata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale, nel campo delle strutture sanitarie o settennale negli altri settori, con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, e ai quali sia stato altresì rilasciato apposito attestato all'esito del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria.

Il requisito dell'età risulta coerente con i più recenti indirizzi di politica legislativa, volti ad agevolare il ricambio generazionale e il ringiovanimento del personale nelle pubbliche amministrazioni. In altri termini, con il requisito richiesto, si intende bilanciare l'esigenza del trasferimento delle conoscenze e delle competenze acquisite nel corso della vita lavorativa con l'esigenza di assicurare il fisiologico ricambio di personale nelle amministrazioni, anche a livello apicale.

La disposizione prevede, al punto b), che l'ulteriore requisito dell'esperienza dirigenziale debba essere riferito "*al settore sanitario*" anziché al solo campo delle sole «*strutture sanitarie*» pubbliche, come prevede l'abrogando art. 3-bis, comma 3, del d. lgs. n. 502 del 1992, e ciò al fine di non restringere eccessivamente la platea dei possibili candidati, come spiega la relazione illustrativa, e scongiurando, nel contempo, il rischio di escludere in radice dalla partecipazione alla selezione il personale che, pur non essendo mai stato impiegato in una struttura sanitaria pubblica, vanta comunque una significativa esperienza nel settore sanitario. La previsione apre così la selezione dirigenziale alla partecipazione di personale proveniente dal mondo del *management* sanitario privato, favorendo un processo di *osmosi* tra l'esperienza di gestione nel settore privato e in quello pubblico.

Il possesso dell'attestato rilasciato all'esito del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria, organizzato dalle singole Regioni, è elevato dall'art. 1, comma 4, lett. c), dello schema a *requisito di ammissione* alla selezione dei futuri direttori generali e, quindi, all'inserimento nell'elenco predisposto, all'esito di tale selezione, dalla Commissione nazionale.

Il legislatore ha così inteso valorizzare la formazione dei direttori generali quale requisito di ammissione alla selezione, all'elenco e, quindi, alla carriera dirigenziale del direttore generale, innovando profondamente, anche sul punto, la precedente previsione dell'art. 3-bis, comma 4, del d. lgs. n. 502 del 1992, la quale si limitava solo a richiedere che i direttori generali dovessero produrre, entro diciotto mesi dalla nomina, il certificato di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria.

La scelta normativa anche nel settore della dirigenza sanitaria punta, indubbiamente, a fare della formazione professionale un elemento di forza, necessario e qualificante, del nuovo *management* pubblico, in linea, del resto, con la specificità delle conoscenze e delle competenze richieste al dirigente sanitario, sia a livello nazionale che locale, ma potrebbe porre delicati problemi di compatibilità con il quadro costituzionale ed europeo, laddove ha inteso assegnare *carattere escludente* al mancato ottenimento dell'attestato conseguibile all'esito dei corsi regionali, risultando chiaramente dalla lettura della disposizione che non possano essere ammessi alla selezione per l'inserimento nell'elenco nazionale dei direttori generali quanti non abbiano conseguito tale titolo.

Si segnala, quindi, l'opportunità di considerare se il possesso dell'attestato non debba essere più propriamente annoverato, e collocato, tra gli *elementi di valutazione* di cui all'art. 1, comma 6, dello schema, ai fini del punteggio da assegnare ai candidati inseriti nell'elenco nazionale, anziché tra i *requisiti di ammissione*, di cui all'art. 1, comma 4, con ciò non sminuendo la rilevanza della formazione professionale garantita dai corsi, che potrà essere valorizzata dalla Commissione nazionale mediante l'assegnazione di un punteggio molto più alto rispetto a quanti non abbiano frequentato alcun corso di formazione regionale, senza tuttavia precludere loro drasticamente l'accesso alla selezione.

Altro delicato e complesso problema concerne il rapporto tra l'elenco nazionale degli idonei, con assegnazione di un punteggio da 75 a 100, e la valutazione delle singole Commissioni regionali.

Il comma 6 dell'art. 1 stabilisce che la Commissione procede alla valutazione dei titoli formativi e professionali e della comprovata esperienza dirigenziale, nel senso sopra precisato, assegnando un punteggio in base a criteri specifici predefiniti nell'avviso pubblico di cui al comma 4, considerando:

a) relativamente alla comprovata esperienza dirigenziale, la tipologia e la dimensione delle strutture nelle quali è stata maturata, anche in termini di risorse umane e finanziarie gestite, la posizione di coordinamento e di responsabilità di strutture con incarichi di durata non inferiore ad un anno, nonché eventuali provvedimenti di decadenza o provvedimenti assimilabili;

b) relativamente ai titoli formativi e professionali, l'attività di docenza svolta in corsi universitari e post-universitari presso istituzioni pubbliche e private di riconosciuta rilevanza, delle pubblicazioni e delle produzioni scientifiche degli ultimi cinque anni, il possesso di diplomi di specializzazione, dottorati di ricerca, *master*, abilitazioni professionali.

Il punteggio massimo complessivamente attribuibile dalla Commissione a ciascun candidato è di 100 punti e possono essere inseriti nell'elenco nazionale i candidati che abbiano conseguito un punteggio minimo non inferiore a 75 punti.

In sede di Conferenza unificata Stato-Regioni, con il parere reso sullo schema di decreto legislativo qui in esame, è stato proposto, infatti, un emendamento all'art. 1, comma 7, secondo cui il punteggio dovrebbe essere assegnato ai fini dell'inserimento del candidato nell'elenco nazionale, senza che esso possa incidere, quindi, sulla valutazione che effettuerà la Commissione regionale.

Il Consiglio di Stato, invece, nel parere reso ha precisato che la proposta di modifica avanzata Conferenza unificata Stato-Regioni non debba trovare accoglimento, perché l'assegnazione di un punteggio a livello nazionale, pur non preconstituendo un vincolo per il giudizio idoneativo della Commissione regionale (che può motivatamente discostarsi dall'ordine preferenziale espresso nell'elenco nazionale), rappresenta comunque una prima e uniforme garanzia di imparzialità nella

valutazione delle capacità dirigenziali dell'aspirante direttore generale, già a livello nazionale, e un dato di partenza imprescindibile alla valutazione della Commissione regionale, limitando arbitri, parzialità e favoritismi, dettati dai "particolarismi" locali, e spesso annidatisi nel carattere non concorsuale, ma meramente idoneativo, della selezione e nel carattere fiduciario della nomina.

Occorre ricordare infatti che ai sensi dell'art. 3, comma 6, del d. lgs. n. 502 del 1992, non abrogato dall'art. 9 dello schema di decreto legislativo qui in esame, la nomina del direttore generale avviene «senza necessità di procedure comparative».

Si deve rilevare, peraltro, che l'art. 1, commi 6 e 7, non stabilisce espressamente quale sia il peso della comprovata esperienza dirigenziale e dei titoli formativi e professionali nell'assegnazione dei punteggi da parte della Commissione nazionale, lasciando all'ampia discrezionalità della Commissione sia la fissazione, nell'avviso pubblico, dei criteri specifici predefiniti sia l'assegnazione, in sede di singole valutazioni, del punteggio.

Articolo 2. *Disposizioni relative al conferimento degli incarichi di direttore generale.*

L'art. 2 dello schema di decreto legislativo qui in esame detta disposizioni in merito al conferimento degli incarichi di direttore generale da parte del Presidente della Regione.

È questa la seconda ed essenziale fase del procedimento di scelta, *a livello locale*, per il conferimento degli incarichi di direttore generale.

Fermo restando l'obbligo, per le Regioni e le Province autonome, di attingere esclusivamente dall'elenco nazionale per la nomina del direttore generale, infatti, la Regione a tal fine indice un avviso pubblico e nomina una Commissione regionale composta da esperti, indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti, ed uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.

La Commissione regionale così costituita effettua una valutazione per titoli e colloquio e propone al Presidente della Regione una terna di candidati nell'ambito dei quali viene scelto il soggetto che presenta i requisiti di competenza conformi alle caratteristiche dell'incarico da conferire, tenendo conto delle esigenze, delle dimensioni, dei profili organizzativi dell'azienda sanitaria locale o azienda ospedaliera che presente la vacanza di incarico e delle pregresse esperienze professionali e dirigenziali, maturate dal candidato, tenendo conto anche di eventuali provvedimenti di accertamento della violazione degli obblighi in materia di trasparenza, al fine di garantire anche un'adeguata coerenza tra l'incarico da ricoprire e l'eventuale incarico di provenienza, nonché di conservare in capo alla Regione un certo margine di discrezionalità.

Nella terna proposta non possono essere inseriti coloro che abbiano ricoperto l'incarico di direttore generale, per due volte, presso la medesima azienda sanitaria locale, la medesima azienda ospedaliera o il medesimo ente del Servizio Sanitario Nazionale.

Il provvedimento di nomina, di conferma o di revoca del direttore generale deve essere motivato e pubblicato, oltre che nel sito *internet* della Regione o Provincia autonoma, anche in quello dell'azienda sanitaria locale o azienda ospedaliera interessate.

La durata dell'incarico di direttore generale non può essere inferiore a tre anni e superiore a cinque anni. Alla scadenza dell'incarico o nell'ipotesi di decadenza e di mancata conferma dell'incarico, le Regioni procedono alla nuova nomina, previo espletamento delle procedure previste dall'articolo 2.

In caso di commissariamento delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio Sanitario Nazionale, il commissario è scelto tra i soggetti inseriti nell'elenco nazionale.

L'intervento del legislatore mira a riequilibrare i rapporti tra il vertice politico regionale e gli organi apicali delle aziende sanitarie al fine di slegare la nomina dei direttori generali dalla "fiducia politica" per agganciarla ad una valutazione di profilo tecnico finalizzata alla selezione delle professionalità ritenute maggiormente competenti ed adeguate a ricoprire l'incarico.

Le stesse Regioni, in seno alla Conferenza unificata, hanno proposto un emendamento inteso, nella loro prospettiva, a meglio definire il ruolo e i compiti della Commissione regionale sia rispetto alle competenze spettanti alla Commissione nazionale sia rispetto al potere di nomina esercitato dal Presidente della Giunta Regionale, suggerendo che la Commissione regionale proponga al Presidente *«una rosa di candidati costituita da tutti coloro che, iscritti nell'elenco nazionale, hanno manifestato l'interesse all'incarico da ricoprire, segnalando coloro che presentano i requisiti maggiormente coerenti con le caratteristiche dell'incarico da retribuire»*.

La proposta di emendamento non è stata tuttavia recepita dallo schema di decreto legislativo qui in commento e, a ragion veduta secondo il parere del Consiglio di Stato, il quale ha precisato che nel caso di specie, circoscrivere il numero degli idonei al numero di tre, all'esito della procedura idoneativa, limita la possibile arbitrarietà della scelta e la sua insindacabilità, in sede giurisdizionale, dietro ad una eventuale indifferenziata pluralità di soggetti ritenuti tutti parimenti idonei, ma preordinata, in realtà, a celare nel generale livellamento degli aspiranti il carattere non meritocratico della scelta, che è e resta comunque, già in sé, atto di alta amministrazione di pregnante connotazione fiduciaria.

L'incrementata procedimentalizzazione della procedura selettiva, che rimane pur sempre idoneativa, deve quindi essere apprezzata e salvaguardata, soprattutto nella misura in cui essa, appunto, stabilisce che nella terna di nomi il Presidente della Regione scelga quello *«che presenta requisiti maggiormente coerenti con le caratteristiche dell'incarico da attribuire»*.

L'intervento legislativo tenta in questo modo di ancorare la scelta regionale quanto meno ad un criterio di *natura obiettiva* e, cioè, la maggior rispondenza del candidato alle caratteristiche specifiche dell'incarico al quale è chiamato, riducendo il margine di totale e incontrollata discrezionalità, se non di puro arbitrio, che può condizionarne negativamente la nomina da parte del vertice politico.

Il provvedimento di nomina, dunque, deve recare espressamente le ragioni di tale scelta, avuto riguardo a questo specifico criterio, ed essere ancora a ragioni obiettive, riconducibili al buon andamento e all'imparzialità della pubblica amministrazione.

Merita quindi apprezzamento, in quest'ottica, la previsione della motivazione espressa – conforme, del resto, alle generali previsioni dell'art. 3 della legge n. 241 del 1990 – di ogni provvedimento di nomina, conferma e revoca del direttore generale.

Il comma 5 dell'art. 2 ha sottoposto ad una stringente procedimentalizzazione, *«previa contestazione e nel rispetto del principio del contraddittorio»* e *«con provvedimento motivato»*, anche l'ipotesi di risoluzione del contratto di lavoro stipulato dal direttore generale per grave violazione di legge o dei principi di buon andamento o di imparzialità nonché per altri gravi comprovati motivi.

La procedimentalizzazione di questa ipotesi risolutiva del rapporto contrattuale, il cui esito è quello, espressamente previsto dal legislatore, di un provvedimento motivato da parte dell'Amministrazione, impone due rilevanti considerazioni.

La prima è che anche *la violazione degli obblighi in materia di trasparenza, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale*, oltre che ad una non oculata gestione con situazione di grave disavanzo o alle gravi violazioni di legge, regolamenti e dei principi di buon andamento e di imparzialità della pubblica amministrazione, assurge ora a motivo di risoluzione del

rapporto, con immediata decadenza del direttore generale dell'incarico. Il legislatore ha inteso, in questo modo, valorizzare anche in questo settore la fondamentale importanza degli *obblighi in materia di trasparenza*

Articolo 3. (*Aziende ospedaliero universitarie*).

L'articolo prevede che le disposizioni di cui al citato art. 1 (*Elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio Sanitario Nazionale*) e art. 2 (*Disposizioni relative al conferimento degli incarichi di direttore generale*) si applichino anche alle aziende ospedaliero-universitarie, ferma restando, per la nomina del direttore generale, l'intesa del Presidente della Regione con il Rettore.

Articolo 4 (*Disposizioni per il conferimento dell'incarico di direttore sanitario, direttore amministrativo e, ove previsto dalle leggi regionali, di direttore dei servizi socio-sanitari delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio Sanitario Nazionale*).

L'art. 4 attua, in un unico e corposo comma, la parte della delega che indica una «*selezione per titoli e colloquio, previo avviso pubblico, dei direttori amministrativi e dei direttori sanitari, nonché, ove previsti dalla legislazione regionale, dei direttori dei servizi socio-sanitari, in possesso di specifici titoli professionali, scientifici e di carriera, effettuata da parte di commissioni regionali composte da esperti di qualificate istituzioni scientifiche, per l'inserimento in appositi elenchi regionali degli idonei, aggiornati con cadenza biennale, da cui i direttori generali devono obbligatoriamente attingere per le relative nomine*».

Lo scopo della delega è quello di incidere, con connotazione più selettiva e meritocratica, sull'attuale sistema, che vede nella scelta di quei dirigenti un'ampia discrezionalità del direttore generale (v. art. 3, comma 1-*quinquies*, del d. lgs. n. 502 del 1992, aggiunto dall'art. 3, comma 1, del d. lgs. n. 229 del 1999).

L'articolo mantiene per il direttore generale il potere di nomina del direttore amministrativo e del direttore sanitario ora previsto nell'articolo 3, comma 1-*quinquies*, del d. lgs. n. 502 del 1992 e aggiunge, conformemente alla espressa previsione della delega, «*ove previsto dalle leggi regionali, il direttore dei servizi socio-sanitari*».

L'articolo 4 ora in esame prevede espressamente, in via generale, il rispetto dei principi di trasparenza, di cui al decreto legislativo 24 marzo 2013, n. 33 (sul riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni) e di cui all'articolo 1, comma 522 (che dispone regole specifiche di trasparenza per gli enti del Servizio Sanitario Nazionale ivi specificati) della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (*“Legge di stabilità 2016”*), e nello specifico, ispirandosi all'attuale sistema della scelta dei direttori generali delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale previsto nell'articolo 3-*bis*, comma 3, del d. lgs. n. 502 del 1992:

a) impone che le nomine siano effettuate attingendo obbligatoriamente da elenchi regionali di idonei, anche di altre Regioni, appositamente costituiti, previo avviso pubblico e selezione per titoli e colloquio;

b) che avviso pubblico e selezione siano effettuati da una commissione nominata dalla regione, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, e composta da esperti di qualificate istituzioni scientifiche, di comprovata professionalità e competenza nelle materie oggetto degli incarichi; e che la commissione valuti i titoli formativi e professionali, scientifici e di carriera presentati dai candidati, secondo specifici criteri indicati nell'avviso pubblico;

c) che i criteri siano definiti, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore dallo schema di decreto legislativo qui in esame, con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, fermi restando i requisiti previsti per il

direttore amministrativo e il direttore sanitario dall'art. 3, comma 7 e dall'art. 3-bis, comma 9, del d. lgs. n. 502 del 1992, e successive modificazioni;

d) l'aggiornamento biennale dell'elenco;

e) la durata dell'incarico (non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni);

f) la eventuale decadenza – stabilita dal direttore generale con provvedimento motivato, previa contestazione e nel rispetto del principio del contraddittorio «*in caso di manifesta violazione di leggi o regolamenti e del principio di buon andamento e di imparzialità della amministrazione*» – così come espressamente previsto dalla norma delegante; e la sostituzione con le procedure di cui al presente articolo.

Articolo 5. (*Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità dell'incarico di direttore generale, di direttore sanitario, di direttore amministrativo e, ove previsto dalle leggi regionali, di direttore dei servizi socio-sanitari*).

La disposizione prevede che, fermo restando quanto previsto in materia di inconferibilità e di incompatibilità, dagli artt. 3, 8 e 10 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 (*“Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190”*) e dall'articolo 3, comma 11 (sulla inconferibilità della nomina a direttore generale, direttore amministrativo o direttore sanitario delle unità sanitarie locali per i sottoposti a sottoposti a procedimento penale per delitto per il quale è previsto l'arresto obbligatorio in flagranza, a misura di prevenzione, a misura di sicurezza detentiva o a libertà vigilata), del d. lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni, l'incarico di direttore generale, di direttore amministrativo, di direttore sanitario e, ove previsto dalle leggi regionali, di direttore dei servizi socio-sanitari, è incompatibile con la sussistenza di altro rapporto di lavoro, dipendente o autonomo.

Si osserva che la delega non comprende la inconferibilità e incompatibilità dell'incarico di direttore generale, di direttore sanitario, di direttore amministrativo e di direttore dei servizi socio-sanitari.

La materia pertanto, allo stato, dovrebbe restare disciplinata dalla normativa vigente, e segnatamente:

a) quanto al direttore generale, dall'articolo 3-bis, comma 10, del d. lgs. n. 502 del 1992 (*«La carica di direttore generale è incompatibile con la sussistenza di altro rapporto di lavoro, dipendente o autonomo»*): testo peraltro riprodotto, con estensione anche al direttore sanitario, al direttore amministrativo e il direttore dei servizi socio-sanitari, nel presente articolo 5);

b) quanto al direttore generale, al direttore sanitario e al direttore amministrativo dal successivo comma 11 del citato articolo 3-bis (*«La nomina a direttore generale, amministrativo e sanitario determina per i lavoratori dipendenti il collocamento in aspettativa senza assegni e il diritto al mantenimento del posto. L'aspettativa è concessa entro sessanta giorni dalla richiesta. Il periodo di aspettativa è utile ai fini del trattamento di quiescenza e di previdenza. Le amministrazioni di appartenenza provvedono ad effettuare il versamento dei contributi previdenziali e assistenziali comprensivi delle quote a carico del dipendente, calcolati sul trattamento economico corrisposto per l'incarico conferito nei limiti dei massimali di cui all'articolo 3, comma 7, del decreto legislativo 24 aprile 1997, n. 181, e a richiedere il rimborso di tutto l'onere da esse complessivamente sostenuto all'unità sanitaria locale o all'azienda ospedaliera interessata, la quale procede al recupero della quota a carico dell'interessato»*), comma 11, la cui vigenza, peraltro, è fatta salva dal successivo articolo 9, comma 2, del presente schema;

c) quanto al direttore dei servizi socio-sanitari, dai singoli ordinamenti regionali.

Art. 6. (*Disposizioni transitorie*).

La disposizione prevede che, fino all'istituzione dell'elenco nazionale e degli elenchi regionali di cui rispettivamente agli articoli 1 e 4, si applichino, per il conferimento degli incarichi di direttore generale, di direttore amministrativo, di direttore sanitario e, ove previsto dalle leggi regionali, di direttore dei servizi socio-sanitari, delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio Sanitario Nazionale, le procedure vigenti alla data di entrata in vigore del decreto legislativo.

Art. 7. (Competenze delle regioni a statuto speciale e delle province autonome).

L'articolo 7, conformemente alla previsione della legge delega, precisa che le disposizioni del decreto legislativo costituiscono principi fondamentali ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione, e si applicano alle regioni a statuto speciale e alle province autonome secondo le procedure previste dai rispettivi statuti speciali e dalle relative norme di attuazione.

Art. 8. (Disposizioni finanziarie).

L'articolo qui in esame prevede la totale gratuità della partecipazione alla Commissione nazionale, di cui all'art. 1 e alle Commissioni regionali di cui agli artt. 2 e 4; e la invarianza finanziaria dell'emanando decreto legislativo.

Art. 9. (Abrogazioni).

L'articolo 9 reca il seguente testo:

«1. A decorrere dalla data di istituzione dell'elenco nazionale di cui all'articolo 1, sono abrogate le disposizioni del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, di cui all'articolo 3-bis, comma 1, commi da 3 a 7, comma 10 e comma 15. Tutti i riferimenti normativi ai commi abrogati dell'articolo 3-bis devono, conseguentemente, intendersi come riferimenti alle disposizioni del presente decreto.

2. Restano altresì ferme, in ogni caso, le disposizioni recate dai commi 2, 7-bis, 8, 9, e da 11 a 14 dell'articolo 3-bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, non abrogate dal presente decreto».

Nella previsione dell'art. 1, comma 2, dell'articolato qui in esame l'istituzione dell'elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale coincide con l'entrata in vigore del nuovo decreto legislativo.

CONSIDERAZIONI FINALI

Il processo di innovazione previsto dallo schema di d.lgs. in commento, rinsalda e rafforza la ratio aziendalistica concepita nel d.lgs 502 del 1992.

Lo schema di decreto, sulla base della lettura della proposta, nonché degli interventi precedenti, suggerisce alcune riflessioni che a parere dello scrivente potrebbero completare il percorso evolutivo verso un percorso di individuazione di professionalità manageriali in grado di "guidare" azienda dalla complessità non comune.

La coesistenza nella "governance" di un'azienda sanitaria dei principi di amministrazione e gestione privatistici per la produzione di un "bene" ritenuto fondamentale dalla Carta Costituzionale, rende indispensabile l'individuazione chiara di caratteristiche/criteri guida per la nomina dei manager:

- Conoscenza
- Competenza
- Formazione

- Attitudine
- Trasparenza

Tali caratteristiche/criteri sono richiamati nel testo in esame, e con uno spirito di leale collaborazione tra legislatore nazionale e legislatore regionale potranno essere utilizzati nelle procedure di selezione della direzione strategica delle aziende sanitarie.

Il tempo d'incarico è fondamentale nella pianificazione e programmazione delle azioni da porre in essere nella gestione di un'azienda sanitaria. I tempi di incarico e di valutazione nel corso del mandato dovranno tenere conto della complessità aziendale più volte richiamata. Pertanto, si valuta positivamente la proposta di estensione del tempo di valutazione di metà mandato, elevato da 18 a 24 mesi

Le procedure di istituzione dell'Albo nazionale (art.1) potrebbero essere caratterizzate da principi di dinamicità consentendo l'iscrizione degli aventi titolo in maniera continua. La commissione nominata secondo le regole identificate nello schema di decreto potrà valutare le iscrizioni secondo criteri di temporalità (ad esempio, ogni trimestre), ovvero di quantità (ad esempio, rispetto ad un numero di candidature).

Con riferimento ai criteri di valutazione appare utile evidenziare l'esigenza di integrare i principi sulla base dei quali le commissioni regionali dovranno valutare le terne proposte. E' utile chiarire che nella selezione una delle componenti è costituita dal punteggio conseguito, dal momento che si reputa fondamentale la valutazione anche di tipo attitudinale.

Grato per l'opportunità ricevuta, esprimo a tutti i presenti molte cordialità

Vito Montanaro

Direttore Generale ASL Bari