

# CAMERA DEI DEPUTATI

---

N.305

## **ATTO DEL GOVERNO SOTTOPOSTO A PARERE PARLAMENTARE**

Schema di decreto legislativo recante attuazione della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n. 124 (305)

*(articolo 11, commi 1, lettera p), e 2, della legge 7 agosto 2015, n. 124)*

---

*Trasmesso alla Presidenza il 17 maggio 2016*

---

VISTI gli articoli 76 e 87 della Costituzione;

VISTA la legge 7 agosto 2015, n. 124, recante deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche;

VISTO l'articolo 11, comma 1, della citata legge n. 124 del 2015, con il quale il Governo è delegato ad adottare uno o più decreti legislativi in materia di dirigenza pubblica e di valutazione dei rendimenti dei pubblici uffici, e, in particolare, la lettera p) recante principi e criteri direttivi per il 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;

RITENUTO di estendere le disposizioni del presente decreto legislativo, per quanto compatibili, anche alle aziende ospedaliere universitarie;

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421;

VISTO il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, recante norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche;

VISTA la preliminare deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 20 gennaio 2016;

ACQUISITO il parere della Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, nella seduta del....;

UDITO il parere del Consiglio di Stato, espresso dalla Sezione consultiva per gli atti normativi nell'adunanza del.....;

ACQUISITI i pareri delle competenti Commissioni della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del....;

SULLA PROPOSTA del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione, di concerto con il Ministro della salute;

EMANA

il seguente decreto legislativo:



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)*

1. I provvedimenti di nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale sono adottati nel rispetto di quanto previsto dal presente articolo.

2. È istituito, presso il Ministero della salute, l'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, aggiornato con cadenza biennale. L'elenco nazionale è alimentato con procedure informatizzate ed è pubblicato sul sito internet del Ministero della salute.

3. 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 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, contabili e 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 conseguenziali. In fase di prima applicazione, la Commissione è nominata entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto.

4. La Commissione di cui al comma 3 procede alla formazione dell'elenco nazionale di cui al comma 2, entro 120 giorni dalla data di insediamento, previa pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana e sul sito internet del Ministero della salute di un avviso pubblico di selezione per titoli. Alla selezione sono ammessi i candidati che non abbiano compiuto 65 anni di età in possesso di:

- a) diploma di laurea di cui all'ordinamento previgente al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, ovvero laurea specialistica o magistrale;
- b) comprovata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale, nel settore sanitario o settennale in altri settori, con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e finanziarie;
- c) attestato rilasciato all'esito del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria. I predetti corsi sono organizzati e attivati dalle regioni, anche in ambito interregionale, avvalendosi anche dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, e in collaborazione con le università o altri soggetti pubblici o privati accreditati ai sensi dell'articolo 16-ter, del decreto legislativo



30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, operanti nel campo della formazione manageriale, con periodicità almeno biennale. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono definiti i contenuti, la metodologia delle attività didattiche, la durata dei corsi e il termine per l'attivazione degli stessi, nonché le modalità di conseguimento della certificazione. Sono fatti salvi gli attestati di formazione conseguiti alla data di entrata in vigore del presente decreto, ai sensi delle disposizioni previgenti e, in particolare dell'articolo 3-bis, comma 4, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, nonché gli attestati in corso di conseguimento ai sensi di quanto previsto dal medesimo articolo 3-bis, comma 4, anche se conseguiti in data posteriore all'entrata in vigore del presente decreto, purché i corsi siano già iniziati alla data di entrata in vigore del presente decreto.

5. I requisiti indicati nel comma 4 devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione della domanda di ammissione. Alle domande dovranno essere allegati il curriculum formativo e professionale e l'elenco dei titoli valutabili ai sensi del comma 6. La partecipazione alla procedura di selezione è subordinata al versamento ad apposito capitolo di entrata del bilancio dello Stato di un contributo pari ad euro 30, non rimborsabile. I relativi introiti sono riassegnati ad apposito capitolo di spesa dello stato di previsione del Ministero della salute per essere destinati alle spese necessarie per assicurare il supporto allo svolgimento delle procedure selettive e per la gestione dell'elenco di idonei di cui al presente articolo.

6. La Commissione procede alla valutazione dei titoli formativi e professionali e della comprovata esperienza dirigenziale assegnando un punteggio secondo criteri specifici predefiniti nell'avviso pubblico di cui al comma 4, considerando:

a) relativamente alla comprovata esperienza dirigenziale, la tipologia e dimensione delle strutture nelle quali è stata maturata, anche in termini di risorse umane e finanziarie gestite, la posizione di coordinamento e responsabilità di strutture con incarichi di durata non inferiore a 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.

7. 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.

8. Non possono essere reinseriti nell'elenco nazionale coloro che siano stati dichiarati decaduti dal precedente incarico di direttore generale per violazione degli obblighi di trasparenza di cui all'articolo 2, comma 2.



## Art. 2.

### *(Disposizioni relative al conferimento degli incarichi di direttore generale)*

1. Le regioni e le province autonome nominano direttori generali esclusivamente gli iscritti all'elenco nazionale dei direttori generali di cui all'articolo 1. A tal fine, la regione o la provincia autonoma rende noto, con apposito avviso pubblico, l'incarico che intende attribuire, ai fini della manifestazione di interesse da parte dei soggetti iscritti nell'elenco nazionale. Una commissione regionale composta da esperti, indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti, ed uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, effettua una valutazione per titoli e colloquio dei candidati, anche tenendo conto di eventuali provvedimenti di accertamento della violazione degli obblighi in materia di trasparenza, e propone al Presidente della regione una terna di candidati nell'ambito dei quali viene scelto quello che presenta requisiti maggiormente coerenti con le caratteristiche dell'incarico da attribuire. 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.

2. Il provvedimento di nomina, di conferma o di revoca del direttore generale è motivato e pubblicato sul sito *internet* della regione o provincia autonoma e delle aziende o degli enti interessati. All'atto della nomina di ciascun direttore generale, le regioni e le province autonome definiscono e assegnano, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi con riferimento alle relative risorse, gli obiettivi di trasparenza, finalizzati a rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per il cittadino, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale, da indicare sia in modo aggregato che analitico, tenendo conto dei canoni valutativi di cui al comma 3, e ferma restando la piena autonomia gestionale dei direttori stessi. La durata dell'incarico di direttore generale non può essere inferiore a tre anni e superiore a cinque anni. Alla scadenza dell'incarico, ovvero, nelle ipotesi di decadenza e di mancata conferma dell'incarico, le regioni procedono alla nuova nomina, previo espletamento delle procedure di cui presente articolo. 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.

3. Al fine di assicurare omogeneità nella valutazione dell'attività dei direttori generali, entro 120 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con Accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono definiti i criteri e le procedure per valutare e verificare tale attività, tenendo conto:

- a) del raggiungimento di obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, all'ottimizzazione dei servizi sanitari e al



rispetto degli obiettivi economico-finanziari e di bilancio concordati, avvalendosi anche dei dati e degli elementi forniti dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali;

b) della garanzia dei livelli essenziali di assistenza e dei risultati del programma nazionale valutazione esiti dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali;

c) degli adempimenti in materia di appropriatezza prescrittiva di cui all'articolo 9-quater, comma 6, del decreto legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125;

d) degli obblighi in materia di trasparenza, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale;

e) degli ulteriori adempimenti previsti dalla legislazione vigente.

4. Trascorsi 24 mesi dalla nomina di ciascun direttore generale, la regione, entro sessanta giorni, sentito il parere del sindaco o della Conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, ovvero, per le aziende ospedaliere, della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, del medesimo decreto legislativo, verifica i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi di cui ai commi 2 e 3, e in caso di esito negativo dichiara, previa contestazione e nel rispetto del principio del contraddittorio, la decadenza immediata dall'incarico con risoluzione del relativo contratto. La disposizione si applica in ogni altro procedimento di valutazione dell'operato del direttore generale. A fini di monitoraggio, le regioni trasmettono all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali una relazione biennale sulle attività di valutazione dei direttori generali e sui relativi esiti.

5. Se ricorrono gravi e comprovati motivi o la gestione presenta una situazione di grave disavanzo o in caso di manifesta violazione di legge o regolamenti o del principio di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione, nonché di violazione degli obblighi in materia di trasparenza previsti dalle disposizioni vigenti, la regione, previa contestazione e nel rispetto del principio del contraddittorio, provvede, entro trenta giorni dall'avvio del procedimento, a risolvere il contratto, dichiarando l'immediata decadenza del direttore generale con provvedimento motivato e provvede alla sua sostituzione con le procedure di cui al presente articolo. In tali casi la regione provvede previo parere della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, che si esprime nel termine di dieci giorni dalla richiesta, decorsi inutilmente i quali la risoluzione del contratto può avere comunque corso. Si prescinde dal parere nei casi di particolare gravità e urgenza. Il sindaco o la Conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, ovvero, per le aziende ospedaliere, la Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, del medesimo decreto legislativo, nel caso di manifesta inattuazione nella realizzazione del Piano attuativo locale, possono chiedere alla regione di revocare l'incarico del direttore generale. Quando i procedimenti di valutazione e di decadenza dall'incarico di cui al comma 4 e al presente comma riguardano i direttori generali delle aziende ospedaliere, la Conferenza di cui al medesimo articolo 2, comma 2-



bis, è integrata con il sindaco del comune capoluogo della provincia in cui è situata l'azienda.

6. E' fatto salvo quanto previsto dall'articolo 52, comma 4, lettera d), della legge 27 dicembre 2002, n. 289, e quanto previsto dall'articolo 3-bis, comma 7-bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

7. I provvedimenti di decadenza di cui ai commi 4 e 5 e di decadenza automatica di cui al comma 6 sono comunicati al Ministero della salute ai fini della cancellazione dall'elenco nazionale del soggetto decaduto dall'incarico. Fermo restando quanto disposto al comma 6, lettera a), dell'articolo 1, i direttori generali decaduti possono essere reinseriti nell'elenco esclusivamente previa nuova selezione.

### Art. 3.

#### *(Aziende ospedaliero universitarie)*

1. Le disposizioni di cui agli articoli 1 e 2 si applicano anche alle aziende ospedaliero universitarie, ferma restando per la nomina del direttore generale l'intesa del Presidente della Regione con il Rettore.

### Art. 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)*

1. Il direttore generale, nel rispetto dei principi di trasparenza di cui al decreto legislativo 24 marzo 2013, n. 33, e di cui all'articolo 1, comma 522, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, nomina il direttore amministrativo, il direttore sanitario e, ove previsto dalle leggi regionali, il direttore dei servizi socio-sanitari, attingendo obbligatoriamente agli elenchi regionali di idonei, anche di altre regioni, appositamente costituiti, previo avviso pubblico e selezione per titoli e colloquio, 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. La commissione valuta i titoli formativi e professionali, scientifici e di carriera presentati dai candidati, secondo specifici criteri indicati nell'avviso pubblico, definiti, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, 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'articolo 3, comma 7 e dall'articolo 3-bis, comma 9, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. L'elenco regionale è aggiornato con cadenza biennale. L'incarico di direttore



amministrativo, di direttore sanitario e ove previsto dalle leggi regionali, di direttore dei servizi socio-sanitari, non può avere durata inferiore a tre anni e superiore a cinque anni. In caso di manifesta violazione di leggi o regolamenti e del principio di buon andamento e di imparzialità della amministrazione, il direttore generale, previa contestazione e nel rispetto del principio del contraddittorio, risolve il contratto, dichiarando la decadenza del direttore amministrativo e del direttore sanitario, e ove previsto dalle leggi regionali, del direttore dei servizi socio-sanitari, con provvedimento motivato e provvede alla sua sostituzione con le procedure di cui al presente articolo.

#### Art. 5.

*( Disposizioni in materia di inconfiribilità 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)*

1. Fermo restando quanto previsto in materia di inconfiribilità e di incompatibilità, dagli articoli 3, 8 e 10 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, e dall'articolo 3, comma 11, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, 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.

#### Art. 6.

*( Disposizioni transitorie)*

1. Fino all'istituzione dell'elenco nazionale e degli elenchi regionali di cui rispettivamente agli articoli 1 e 4, si applicano, 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 presente decreto.

#### Art. 7.

*(Competenze delle regioni a statuto speciale e delle province autonome)*

1. Le disposizioni del presente decreto 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)*

1. La partecipazione alla Commissione nazionale di cui all'articolo 1 e alle Commissioni regionali di cui agli articoli 2 e 4, è a titolo gratuito e ai componenti non sono corrisposti gettoni, compensi, rimborsi di spese o altri emolumenti comunque denominati.
2. Fermo restando quanto disposto dall'articolo 1, comma 5, all'attuazione delle disposizioni derivanti dal presente decreto si provvede nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

**Art. 9.**

*(Abrogazioni)*

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.

*Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta Ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.*



## Relazione illustrativa

Le norme proposte intendono modificare il sistema attualmente vigente di conferimento degli incarichi dei direttori generali, dei direttori sanitari e dei direttori amministrativi e, ove previsti dalle leggi regionali, dei direttori dei servizi socio-sanitari delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale, con l'obiettivo di ridisegnare le relative procedure di nomina, valutazione e decadenza onde conformarle ai principi di trasparenza e di merito e dare in tal modo attuazione alla delega conferita al Governo con l'art 11, comma 1, della legge n. 124 del 2015 in materia di dirigenza pubblica e di valutazione dei rendimenti dei pubblici uffici ed, in particolare alla lettera p) recante i criteri per il 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.

Il presente intervento normativo tende a riequilibrare i rapporti tra il vertice politico regionale e le apicalità direzionali delle aziende sanitarie, al fine di slegare la nomina dei direttori generali dalla "fiducia politica" per agganciarla a una valutazione di profilo tecnico finalizzata alla selezione delle professionalità ritenute maggiormente competenti ed adeguate a ricoprire l'incarico. Tale intervento si rende, pertanto, necessario tenuto conto che una quota rilevante dell'inefficienza organizzativa che ha caratterizzato la conduzione del Servizio sanitario in molte realtà regionali trova una delle sue cause proprio nelle distorsioni che hanno caratterizzato la selezione e la scelta sia dei direttori generali, che dei dirigenti sanitari delle Asl e delle aziende ospedaliere.

In tale prospettiva il presente provvedimento completa il lavoro di riforma già avviato con il D.L. 158 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189 che, nella medesima prospettiva, ha obbligato le Regioni, per la nomina dei direttori generali, ad accedere ad un elenco regionale di idonei costituito previo avviso pubblico e selezione effettuata da parte di una commissione costituita da esperti indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti, di cui uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.

Gli interventi che si apportano con il provvedimento in esame, risultano necessari anche sotto altro profilo, occorre, infatti, considerare che l'attuale esperienza della nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie evidenzia una durata media del relativo incarico di circa venti mesi: tale dato finisce per frustrare la stessa logica dell'aziendalizzazione inibendo, sin dal nascere, qualsiasi programmazione dell'attività a medio e a lungo termine, firando, invece, per favorire politiche aziendali di corto respiro.

Alla luce di quanto rappresentato, il presente intervento normativo intende ovviare all'assenza di reali forme di procedimentalizzazione del potere di nomina dei direttori generali, assenza questa che nel tempo è stata giudicata quale concausa del crescente livello di politicizzazione delle nomine aziendali, coerentemente a quanto affermato anche dalla Corte Costituzionale con la sentenza n. 104/2007 in merito alla natura dell'incarico di direttore generale delle Asl. In tale occasione il giudice delle leggi ha dichiarato l'incostituzionalità di alcune norme della Regione Lazio, contenute nella legge regionale n.



1/2004 e n. 9/2005, in base alle quali veniva configurato nella regione un sistema volto a commisurare la durata delle nomine e degli incarichi dirigenziali, compresi i direttori generali delle ASL, alla durata degli organi di indirizzo politico, precisando, a tale riguardo, che *"le Asl, in quanto strutture cui spetta di erogare l'assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie nell'ambito dei servizi sanitari regionali, assolvono compiti di natura essenzialmente tecnica, che esercitano con la veste giuridica di aziende pubbliche, dotate di autonomia imprenditoriale, sulla base degli indirizzi generali contenuti nei piani sanitari regionali e negli indirizzi applicativi impartiti dalle Giunte regionali"*. Pertanto, il Direttore generale delle ASL viene qualificato dalle riorme *"come una figura tecnico-professionale che ha il compito di perseguire, nell'adempimento di un'obbligazione di risultato (oggetto di un contratto di lavoro autonomo), gli obiettivi gestionali e operativi definiti dal piano sanitario regionale (a sua volta elaborato in armonia con il piano sanitario nazionale), dagli indirizzi della Giunta, dal provvedimento di nomina e dal contratto di lavoro con l'amministrazione regionale"*.

Sotto tale profilo, si comprende come la disciplina degli incarichi dirigenziali nel comparto della sanità è sempre stata caratterizzata dalla presenza di rilevanti tratti di specialità rispetto alla normativa racchiusa negli artt. 19 ss. del d.lgs. 165/2001.

Non priva di rilievo, quanto alle ragioni delle peculiarità che connotano la disciplina, è la circostanza che la dirigenza del servizio sanitario sia al proprio interno variamente articolata secondo criteri funzionali (in relazione alle diverse attività di indirizzo strategico, di gestione e va delle strutture dirette) e professionali (in relazione al ruolo medico, sanitario, professionale, tecnico o amministrativo d'appartenenza). In tal senso si è anche espressa la Corte di Cassazione con ordinanza n. 26631/2007, che ha chiarito che il *"direttore generale dell'azienda sanitaria (persona giuridica pubblica) è organo che rappresenta l'azienda (ente strumentale della regione), con tutti i poteri di organizzazione (adotta l'atto aziendale) e di responsabilità della gestione, compresi quelli di nomina dei direttori sanitario e amministrativo, nonché dei revisori; è nominato con provvedimento dell'ente di cui l'azienda è strumento, cioè della regione"* la quale stipula con il nominato un contratto di diritto privato e di lavoro autonomo esclusivo. Ne deriva, pertanto, *"che l'organo di vertice dell'ente non può prestare servizio in condizione di subordinazione"*, di conseguenza, la Corte ha escluso la configurabilità di un rapporto di impiego pubblico. La natura autonoma del rapporto di lavoro colloca, inoltre, lo stesso in ambito escludente l'applicazione delle norme raccolte nel D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche".

Le disposizioni proposte si pongono, altresì, quali principi fondamentali nell'ambito della "tutela della salute". Infatti, i rapporti di lavoro con le amministrazioni sanitarie, sono strumentali alla prestazione del servizio e, pertanto, sono riconducibili, secondo un ormai consolidato orientamento della Corte Costituzionale, alla materia concorrente della «tutela della salute» di cui all'art. 117, terzo comma, della Costituzione (ex multis Corte Cost. n. 422/2006, n. 295/2009).

In tale contesto, gli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo hanno un ruolo fondamentale nel raggiungimento degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi definiti nel quadro della programmazione regionale.

Il provvedimento consta di 9 articoli.



L'articolo 1 prevede per quel che riguarda 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, cui si accede mediante avviso pubblico di selezione per titoli. L'elenco è aggiornato con cadenza biennale, è alimentato con procedure informatizzate ed è pubblicato sul sito internet del Ministero della salute.

Alla selezione sono ammessi 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; si prevede quale requisito d'accesso ulteriore anche l'attestato rilasciato all'esito del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria, organizzato e attivato dalla regione anche in ambito interregionale, la quale può avvalersi anche dell'apporto dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, tenuto conto della convenzione stipulata dalla medesima Agenzia con la Scuola Nazionale dell'Amministrazione per la realizzazione di uno specifico programma speciale dedicato alla formazione manageriale in ambito sanitario, che, invece, a legislazione vigente, deve essere conseguito dal Direttore incaricato entro 18 mesi dalla nomina. Con Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottarsi entro centoventi giorni dall'entrata in vigore del presente decreto, sono definiti i contenuti, la metodologia delle attività didattiche, la durata dei corsi, e il termine per l'attivazione degli stessi, nonché le modalità di conseguimento della certificazione. Per evitare quindi che nel passaggio dalla vecchia alla nuova disciplina intercorra un lasso di tempo eccessivo per l'attivazione dei nuovi corsi, si è ritenuto opportuno, prevedere che nell'Accordo venga anche individuato il termine entro il quale le regioni dovranno attivare i nuovi corsi. Sono, comunque, fatti salvi gli attestati di formazione conseguiti alla data di entrata in vigore del presente decreto, ai sensi delle disposizioni previgenti e, in particolare dell'art. 3-bis, comma 4, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni nonché gli attestati in corso anche se conseguiti in data posteriore all'entrata in vigore del presente decreto, purché i corsi siano già iniziati alla data di entrata in vigore del presente decreto.

L'articolo in esame mira, pertanto, ad innovare la disciplina vigente anche per quel che concerne i requisiti richiesti ai candidati, al fine di delineare una serie di precise caratteristiche che devono connotare le figure apicali degli enti del SSN. In particolare, il requisito dell'età risulta coerente con i più recenti indirizzi di politica legislativa volti ad agevolare il ricambio e il ringiovanimento del personale nelle pubbliche amministrazioni. In altri termini, con il requisito richiesto si intende bilanciare l'esigenza di 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 verticistico. Né peraltro, innovando la disciplina previgente si incorre in un eccesso di delega dal momento che l'art. 11, comma 1, lett p) della legge n. 124/2015 espressamente delega il governo, nella materia di cui trattasi, a dettare una disciplina ad hoc "per quanto attiene ai requisiti, alla trasparenza del procedimento e dei risultati, alla verifica e alla valutazione...". Tanto più che il requisito dell'età rileva come requisito ai fini dell'inserimento in elenco non già come requisito per il conferimento dell'incarico.



Nè, peraltro, argomenti di segno contrario sono desumibili dal richiamo contenuto nella citata lett. p) all'art. 3-bis, d.lgs n. 502/1992, dal momento che i requisiti ivi previsti devono intendersi come requisiti minimi, che il legislatore nel conferire la delega non ha escluso possano essere ulteriormente arricchiti. Analoghe considerazioni possono essere compiute relativamente al requisito dell'attestato di formazione in materia sanitaria che, a legislazione vigente non costituisce un requisito di accesso alla selezione, ma un onere per il direttore nominato, che, invece, con il decreto in esame diviene requisito per l'inserimento in elenco.

Quanto all'ulteriore requisito della pregressa esperienza dirigenziale si ritiene che debba essere riferito "al settore sanitario" piuttosto che "al campo delle strutture sanitarie", al fine di non restringere eccessivamente la platea dei possibili candidati, scongiurando, al contempo, il rischio di escludere, in nuce, dalla partecipazione alla selezione, personale che, pur non essendo mai impiegato in una struttura sanitaria, può, comunque, vantare una significativa esperienza nel settore sanitario.

Ai fini della formazione e aggiornamento dell'elenco è nominata, ogni due anni, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, una Commissione presso il Ministero della salute composta in modo da assicurare una composizione paritetica tra amministrazioni statali e regionali, come richiesto dalla legge di delega, da 5 esperti di comprovata competenza ed esperienza, in particolare in materia di organizzazione e gestione aziendale, nominati con decreto del Ministro della salute, di cui due designati dal Ministro della salute, uno con funzioni di Presidente scelto tra magistrati ordinari, amministrativi, contabili e 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 restano in carica per il tempo necessario all'espletamento delle procedure di selezione, alla formazione dell'elenco e all'espletamento delle attività connesse e consequenziali e non possono essere nuovamente nominati; si vuole in tal modo scongiurare il rischio di dar vita ad un organismo stabile e permanente, assicurando, invece, il continuo turn over della Commissione al fine di fornire ulteriori garanzie in termini di trasparenza e imparzialità della selezione. In fase di prima applicazione, la Commissione è nominata entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto.

Spetta alla Commissione così composta pubblicare sul sito internet del Ministero della salute l'avviso pubblico di selezione e procedere alla valutazione dei titoli formativi e professionali prodotti dai candidati con la presentazione della domanda di partecipazione. In sede di valutazione dei titoli la Commissione provvede, altresì, all'assegnazione di un punteggio secondo criteri specifici predeterminati nell'avviso pubblico, come indicati al comma 6 dell'articolo 1.

Il punteggio massimo complessivamente attribuibile a ciascun candidato è di 100 punti, sono inseriti nell'elenco nazionale i soli candidati che abbiano conseguito un punteggio minimo non inferiore a 75 punti.

Non possono essere reinseriti nell'elenco nazionale coloro che siano stati dichiarati decaduti dal precedente incarico di direttore generale per violazione degli obblighi di trasparenza previsti dalla legislazione vigente.

Per accedere alla selezione è, inoltre, previsto il versamento di un contributo di partecipazione, non rimborsabile, sulla falsariga di quanto, ad oggi, previsto dalla stragrande maggioranza dei bandi pubblici di selezione, che, tra i vari requisiti per la



candidatura, richiedono il versamento di un "contributo per la partecipazione al concorso" per la copertura delle spese della selezione. Del resto, pur mancando una norma di carattere generale, svariate sono le disposizioni normative che prevedono il versamento di un contributo, il riferimento, va in particolare, all'articolo 1 del regio decreto 21 ottobre 1923, n. 2361, relativo alla "Determinazione della tassa per l'ammissione ai concorsi per gli impieghi degli Enti Locali", all'art. 4, comma 45, della legge n.183/2011, che ha introdotto il pagamento del diritto di segreteria a carico dei partecipanti ai concorsi pubblici per il reclutamento dei dirigenti presso le pp.aa, l'art. 4, comma 15, del decreto-legge n. 101/2013, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 125/2013, ha stabilito l'estensione del pagamento del predetto contributo anche ai concorsi per il reclutamento del personale di magistratura.

L'articolo 2 detta disposizioni in merito al conferimento degli incarichi di direttore generale da parte del Presidente della Regione. Fermo restando l'obbligo per le regioni e province autonome di attingere esclusivamente dall'elenco nazionale, 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 presenta la vacanza di incarico e delle pregresse esperienze professionali, dirigenziali maturate dal candidato, tenendo anche conto 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.

All'atto della nomina di ciascun direttore generale, le regioni e le province autonome definiscono e assegnano, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi con riferimento alle relative risorse, gli obiettivi di trasparenza, finalizzati a rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per il cittadino, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale, da indicare sia in modo aggregato che analitico. La durata dell'incarico di direttore generale non può essere inferiore a tre anni e superiore a cinque anni. Alla scadenza dell'incarico, ovvero, nelle ipotesi di decadenza e di mancata conferma dell'incarico, le regioni procedono alla nuova nomina, previo espletamento delle procedure di cui presente articolo. 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.

Per quanto concerne la valutazione dell'attività dei direttori generali, fermo restando che con successivo accordo, siglato in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo



Stato e le Regioni, sono definiti i relativi criteri di valutazione, il comma 3 dell'articolo in esame prevede che questi ultimi devono tener conto del raggiungimento di obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, all'ottimizzazione dei servizi sanitari e al rispetto degli obiettivi economico-finanziari e di bilancio concordati, della garanzia che siano assicurati i livelli essenziali di assistenza, dei dati risultanti dal Programma nazionale valutazione esiti, degli adempimenti in materia di appropriatezza prescrittiva nonché degli obblighi in materia di trasparenza.

Inoltre, è stato prolungato da 18 a 24 mesi il termine decorso il quale le regioni effettuano la verifica dei risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi, ed esercitano, entro 60 giorni dall'avvio del procedimento, secondo le procedure già previste, il potere di confermare o meno i direttori generali. Il predetto termine di 24 mesi è finalizzato a consentire che i direttori generali possano disporre di un congruo periodo per realizzare una efficace programmazione delle attività strumentali al raggiungimento degli obiettivi.

Viene inoltre integrata, attraverso la previsione della previa contestazione e del rispetto del principio del contraddittorio, la previgente disciplina in materia di risoluzione del contratto, con immediata decadenza dei direttori generali per gravi e comprovati motivi, o gravi disavanzi o manifesta violazione di legge o di regolamento o del principio di buon andamento e imparzialità dell'amministrazione, nonché di violazione degli obblighi in materia di trasparenza previsti dalle disposizioni vigenti. Viene in ogni caso fatto salvo il richiamo alle ipotesi di decadenza automatica di cui all'art. 52, comma 4, lettera d) della legge 27 dicembre 2002, n. 289 e quanto previsto dall'articolo 3-bis, comma 7-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

L'articolo 3, secondo quanto espressamente previsto dall'art 11, comma 1, lettera p) della legge di delega n. 124 del 2015, stabilisce che le disposizioni così proposte si applicano anche alle aziende ospedaliere universitarie, ferma restando la necessità per la nomina del direttore generale della previa intesa con il Presidente della Regione ed il Rettore.

L'articolo 4 innova la procedura per il conferimento dell'incarico di direttori amministrativo, direttore sanitario, e, ove previsto dalle leggi regionali, di direttore dei servizi socio sanitari, ed infatti, rispetto alla vigente disciplina, secondo cui essi vengono scelti discrezionalmente dal direttore generale, purché posseggano i requisiti previsti dalla legge, la norma proposta prevede che il direttore generale ai fini della nomina debba attingere obbligatoriamente agli elenchi regionali di idonei, eventualmente anche di altre regioni, costituiti previo avviso pubblico e selezione per titolo e colloquio. La selezione per l'iscrizione negli elenchi è effettuata da una commissione nominata dalla regione e costituita da esperti esterni agli enti del Servizio sanitario nazionale, di comprovata professionalità e competenza nelle materie di conferimento dell'incarico, essa valuta i titoli formativi e professionali, scientifici e di carriera presentati dai candidati, secondo specifici criteri indicati nell'avviso pubblico previamente concordati in sede di Conferenza delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano. L'elenco regionale al pari dell'elenco nazionale è aggiornato con cadenza biennale.

Lo scopo di tali previsione è dunque quello di garantire una selezione imparziale e meritocratica di tali importanti figure direttive che partecipano, unitamente al direttore generale, alla direzione dell'azienda, assumendo la responsabilità delle funzioni loro



attribuite e concorrendo, con la formulazione di proposte e pareri, alle decisioni della direzione generale.

L'articolo 5 richiama, inoltre le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità previste dagli articoli 8 e 10 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, e dall' articolo 3, comma 11 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, disponendo, altresì che 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.

L'articolo 6 detta la disciplina transitoria prevedendo che nel more dell'istituzione dell'elenco nazionale e degli elenchi regionali dei soggetti in possesso dei requisiti rispettivamente richiesti per la nomina di direttore generale, direttore amministrativo, direttore sanitario e di direttore dei servizi socio-sanitari, ove previsto dalla legislazione regionale, continuino a trovare applicazione, per il conferimento degli incarichi, le procedure vigenti alla data di entrata in vigore del presente decreto.

L'articolo 7, in modo coerente a quanto già previsto dall'articolo 19 del d.lgs n. 502 del 1992, e successive modificazioni, prevede che le disposizioni del presente decreto costituiscono principi fondamentali ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione e si applicano alle regioni e province autonome secondo le procedure previste dai rispettivi statuti speciali e dalle relative norme di attuazione.

L'articolo 8 reca, infine, le disposizioni finanziarie prevedendo che costituzione della Commissione nazionale di cui all'articolo 1 e delle Commissioni regionali di cui agli articoli 2 e 4, avviene senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica poiché la partecipazione dei relativi componenti è a titolo gratuito, non essendo corrisposti gettoni, compensi, rimborsi di spese o altri emolumenti comunque denominati. Si prevede, altresì, che all'attuazione delle disposizioni recate dal provvedimento, si provvede nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

L'articolo 9 dispone l'abrogazione dell'articolo 3-bis, relativamente ai commi 1; da 3 a 7 10 e 15 del d.lgs n. 502/1992, e successive modificazioni e di ogni norma incompatibile con le disposizioni di cui al presente decreto, facendo, al contempo, salve le disposizioni di cui ai commi 2, 7-bis, 8, 9 e i commi da 11 a 14 dell'articolo 3-bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, non abrogate dal presente decreto. Infine, si prevede per coordinamento che tutti i riferimenti normativi ai commi abrogati dell'articolo 3-bis devono, conseguentemente, intendersi come riferimenti alle disposizioni del presente decreto, ciò al fine di garantire il raccordo tra le nuove previsioni e tutte le disposizioni normative che nell'ordinamento rinviano ai diversi commi dell'attuale articolo 3-bis, che saranno successivamente abrogati dal provvedimento in esame. Non sembra pertanto possibile prevedere rinvii più puntuali, posto, peraltro, che le disposizioni abrogate dell'attuale art. 3-bis sono state integralmente riformulate nell'ambito dello schema di decreto e non sempre c'è corrispondenza tra i vecchi commi dell'art. 3-bis e le nuove disposizioni come introdotte.



## Relazione Tecnica

Il presente provvedimento normativo è volto a dare attuazione alla delega conferita al Governo con l'art 11, comma 1, della legge n. 124 del 2015 in materia di dirigenza pubblica e di valutazione dei rendimenti dei pubblici uffici ed, in particolare alla lettera p) recante i criteri per il 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.

Dagli articoli proposti non derivano maggiori oneri a carico della finanza pubblica ed infatti, le disposizioni ivi previste intendono ridisegnare i meccanismi di selezione dei direttori generali, dei direttori sanitari e dei direttori amministrativi e, ove previsti dalle leggi regionali, dei direttori dei servizi socio-sanitari delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale in modo da conformare le relative procedure di nomina ai principi di trasparenza e di merito nella scelta delle professionalità ritenute maggiormente competenti ed adeguate a ricoprire l'incarico.

Va inoltre rappresentato che non comporta maggiori oneri l'istituzione presso il Ministero della salute della Commissione di cui al comma 3 dell'art 1 incarica di formare ed aggiornare l'elenco nazionale dei soggetti in possesso dei requisiti per la nomina di direttore generale atteso che per i relativi componenti non è prevista alcuna indennità o emolumento. Analogamente, ad invarianza di oneri per la finanza pubblica, il comma 1 dell'articolo 2 rimette ad una commissione regionale il compito di espletare la valutazione per titoli e colloquio degli iscritti nell'elenco nazionale onde proporre al Presidente della Regione una terna di candidati tra i quali verrà scelto il soggetto cui conferire l'incarico.

Per quanto attiene la previsione recata dal comma 2 dello stesso art. 1, concernente l'istituzione, presso il Ministero della salute, 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, aggiornato con cadenza biennale, esso è alimentato e aggiornato con procedure informatizzate.

Al riguardo, si rappresenta che, la competente Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica ha in carico lo sviluppo e la gestione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario e, in parte, lo sviluppo di strumenti per il governo del SSN è coperto dal finanziamento corrente.

Per la realizzazione della procedura informatizzata possono essere riutilizzate da parte del Ministero della salute, almeno in parte, alcune delle funzionalità già realizzate per la piattaforma tecnologica e applicativa unica prevista dall'articolo 23, comma 12-



septiesdecies del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 (Concorso straordinario per l'assegnazione di sedi farmaceutiche).

Pertanto, la spesa stimata per la realizzazione delle procedure informatizzate previste dal citato art. 1, comma 2 del presente schema di decreto legislativo, è valutabile in 100.000 euro.

Per quel che riguarda gli introiti previsti dall'art. 1, comma 5 ( versamento di 30 euro, quale contributo di partecipazione alla selezione) tali somme verranno utilizzate per assicurare il necessario supporto alla procedura selettiva e alla gestione dell'elenco, e delle relative procedure informatizzate.

Al riguardo si precisa quanto segue.

La platea dei possibili soggetti interessati a partecipare alle procedure selettive per la formazione dell'elenco nazionale dei direttori generali degli enti del SSN è molto ampia.

Infatti si stima che i soggetti in possesso dei requisiti richiesti dallo schema di decreto legislativo per poter partecipare alla procedura selettiva potrebbero essere i seguenti:

- a) gli organi di vertice degli enti pubblici del SSN ,che in base a quanto riportato nella seguente tabella relativa all'anno 2013 del Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato, riferita al numero degli incarichi conferiti, sono pari a 875:

	Tempo Pieno		Part Time fino al 50%		Part Time oltre il 50%		Totale		
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini + Donne
SSNA - DIRETTORE SANITARIO - 0D0482 (DG)	200	70					200	70	270
SSNA - DIRETTORE GENERALE - 0D0097 (DG)	264	32			1		265	32	297
SSNA - DIRETTORE DEI SERVIZI SOCIALI - 0d0484 (DG)	34	12					34	12	46
SSNA - DIRETTORE AMMINISTRATIVO - 0D163 (DG)	186	76					186	76	262
<b>Totale</b>	<b>684</b>	<b>190</b>			<b>1</b>		<b>685</b>	<b>190</b>	<b>875</b>



b) i direttori di struttura complessa degli enti del SSN che in base a quanto riportato nella seguente tabella relativa all'anno 2013 del Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato, riferita al numero degli incarichi conferiti, sono pari a 11.150.

### Direttori di struttura complessa per profilo professionale al 31/12/2013 - Conto Annuale

CATEGORIA/PROFILO	Uomini	Donne	Totale
<b>CAT. MEDICI VETERINARI ODONTOIATRI (SSNA)</b>	<b>7.228</b>	<b>1.216</b>	<b>8.444</b>
SSNA - DIR. MEDICO CON INC. STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. ESCLUSIVO) - SD0E33	6.466	1.162	7.628
(MD)			
SSNA - DIR. MEDICO CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. NON ESCL. - SD0N33 (MD)	350	11	361
SSNA - VETERINARI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. ESCLUSIVO) - SD0E74 (MV)	405	42	447
(MO)			
SSNA - ODONTOIATRI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. ESCL.) - SD0E49	4		4
(MO)			
SSNA - ODONTOIATRI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. NON ESCL. - SD0N49 (MO)	3	1	4
<b>CAT. DIRIG. SANITARI NON MEDICI (SSNA)</b>	<b>360</b>	<b>380</b>	<b>740</b>
SSNA - FARMACISTI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. ESCLUSIVO) - SD0E39 (DS)	99	202	301
(DS)			
SSNA - BIOLOGI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. ESCLUSIVO) - SD0E13	70	53	123
(DS)			
SSNA - CHIMICI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. ESCLUSIVO) - SD0E16	61	46	107
(DS)			
SSNA - FISICI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. ESCLUSIVO) - SD0E42 (DS)	61	18	79
SSNA - FISICI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. NON ESCL.) - SD0N42 (DS)	1		1
SSNA - PSICOLOGI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA (RAPP. ESCLUSIVO) - SD0E66	68	61	129
(DS)			
<b>CAT. DIR. RUOLO PROFESSIONALE (SSNA)</b>	<b>402</b>	<b>66</b>	<b>468</b>
SSNA - AVVOCATO DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA - PD0010 (DP)	26	29	55
SSNA - INGEGNERE DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA - PD0046 (DP)	325	28	353
SSNA - ARCHITETTI DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA - PD0004 (DP)	45	5	50
SSNA - GEOLOGI DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA - PD0044 (DP)	6	4	10
<b>CAT. DIR. RUOLO TECNICO (SSNA)</b>	<b>153</b>	<b>94</b>	<b>247</b>
SSNA - ANALISTI DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA - TD0002 (DT)	91	34	125
SSNA - STATISTICO DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA - TD0071 (DT)	9	15	24
SSNA - SOCIOLOGO DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA - TD0068 (DT)	53	45	98
<b>CAT. DIR. RUOLO AMMINISTRATIVO (SSNA)</b>	<b>627</b>	<b>624</b>	<b>1.251</b>
SSNA - DIRIGENTE AMM. VO CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA - AD0032 (DA)	627	624	1.251
<b>TOTALE DIRETTORI DI STRUTTURA COMPLESSA</b>	<b>8.770</b>	<b>2.380</b>	<b>11.150</b>

c) gli organi di vertice degli enti ospedalieri cd. classificati di cui all'articolo 4, comma 12, del decreto legislativo n. 502 del 1992, ad oggi pari a circa 114 (il conteggio si riferisce ai 38 enti interessati).



A tali soggetti potrebbero aggiungersi anche gli organi di vertice delle strutture private accreditate del SSN. Ne consegue, pertanto, che le entrate derivanti dalla previsione del contributo di partecipazione alla selezione di 30 euro, sono congrue ( euro 360.750) rispetto ad una spesa stimata di euro100.000.

Al riguardo, si rappresenta che l'aggiornamento biennale comporta, da parte dei candidati, la necessità di ripresentare domanda e, quindi, il versamento dei relativi 30 euro. L'onere per la "realizzazione" delle procedure informatizzate, quantificato in 100.000 euro, è da considerare di natura una tantum, necessario per la fase iniziale dell'implementazione dell'elenco nazionale. Tuttavia, come indicato nella relazione tecnica, gli introiti previsti dall'art. 1, comma 5 saranno utilizzati anche per assicurare il necessario supporto alla procedura selettiva e alla gestione dell'elenco, e delle relative procedure informatizzate. Per queste, si stima infatti un costo di gestione (Manutenzione correttiva, infrastruttura tecnologica, service desk) di circa 17.900 euro a normativa invariata. Le disposizioni prevedono l'avvio di una nuova procedura di selezione ogni due anni, i dati e le valutazioni e tutta la documentazione relativa alla procedura precedente sarà oggetto di archiviazione, rendendo disponibile quindi il sistema per l'acquisizione dei dati relativi alla nuova procedura. Per le procedure informatiche i costi previsti sono i seguenti:

- a) Impianto delle procedure informatiche 100.000 euro una tantum (82.000 euro + IVA)
- b) Gestione annuale 17.900 euro dal secondo anno (14.700 + IVA)

Il capitolo di spesa della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo e della statistica su cui gravano gli oneri per la realizzazione delle procedure è il 2200 dello stato di previsione della spesa del Ministero della salute.

La verifica della presenza del timbro e della data di emissione per gli effetti della Legge n. 190 del 2012, art. 135 ha avuto esito

*[Handwritten mark]*

POSTINO

UFFICIO

Il Responsabile Generale dello Stato

11 FEB. 2016

*[Handwritten signature]*



## ANALISI TECNICO NORMATIVA (A.T.N.)

*Amministrazione proponente:* Ministero della salute

Titolo: "SCHEMA DI DECRETO LEGISLATIVO di attuazione della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n. 124."

### PARTE I. ASPETTI TECNICO-NORMATIVI DI DIRITTO INTERNO

#### *1) Obiettivi e necessità dell'intervento normativo. Coerenza con il programma di Governo.*

Lo schema di decreto legislativo in esame costituisce adempimento attuativo della delega conferita al Governo con l'articolo 11, comma 1, lettera p) della legge n.124 del 2015. Le norme proposte intendono modificare il sistema attualmente vigente di conferimento degli incarichi dei direttori generali, dei direttori sanitari e dei direttori amministrativi e, ove previsti dalle leggi regionali, dei direttori dei servizi socio-sanitari delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale, con l'obiettivo di ridisegnare le relative procedure di nomina, valutazione e decadenza onde conformarle ai principi di trasparenza e di merito. In particolare, il presente intervento nasce dall'esigenza di favorire la scelta dei migliori al di fuori delle eventuali influenze della politica regionale e, dunque, di slegare la nomina della dirigenza apicale dalla "fiducia politica" per agganciarla ad una valutazione di tipo "tecnico". Infatti, l'assenza di reali forme di procedimentalizzazione del potere di nomina è stata con il tempo considerata una causa del crescente livello di politicizzazione delle nomine aziendali, con conseguenti inefficienze organizzative presenti in diverse realtà sanitarie regionali. Da qui la necessità di introdurre dei correttivi al fine di rinvenire, anche nel settore della sanità, un punto di equilibrio tra fiduciarità ed imparzialità mediante l'adozione di soluzioni che, nel rispetto del riparto delle competenze Stato-Regioni (infatti, le nuove disposizioni insistono in un ambito legislativo di competenza concorrente ascrivibile alla materia della "tutela della salute"), conduca ad un progressivo affievolimento della discrezionalità nella gestione degli incarichi. L'intervento, quindi, è coerente con il programma di Governo.

#### *2) Analisi del quadro normativo nazionale.*

Il presente provvedimento, di attuazione della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera p) della legge n.124 del 2015, completa il lavoro di riforma già avviato con il decreto legge n. 158 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n.189 del 2012, che, nella medesima prospettiva, ha obbligato le Regioni, per la nomina dei direttori generali, ad accedere ad un



elenco regionale di idonei costituito previo avviso pubblico e selezione effettuata da parte di una commissione di esperti.

Le disposizioni normative afferenti la materia oggetto dell'intervento normativo sono tra l'altro rappresentate:

- dal decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni;
- dal decreto legislativo n. 150 del 2009, recante "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", che introduce una disciplina organica, per la pubblica amministrazione, relativa all'utilizzo di strumenti di valorizzazione del merito e di incentivazione della produttività e della qualità della prestazione lavorativa e principi di selettività e di concorsualità nelle progressioni di carriera, il riconoscimento di meriti e demeriti, l'incremento dell'efficienza del lavoro pubblico ed il contrasto alla scarsa produttività e all'assenteismo, la trasparenza dell'operato delle amministrazioni pubbliche anche a garanzia della legalità;
- dal decreto legislativo n. 33 del 2013, recante "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni", concernente l'individuazione del livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche a fini di trasparenza, prevenzione, contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione;
- dal decreto legislativo n. 39 del 2013, recante "Disposizioni in materia di inconfiribilità 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".

*3) Incidenza delle norme proposte sulle leggi e i regolamenti vigenti.*

L'intervento incide, abrogandole, sulle disposizioni vigenti contenute nell'art.3-bis, commi 1, 3, 4, 5, 6, 7, 10 e 15, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni.

*4) Analisi della compatibilità dell'intervento con i principi costituzionali.*

Il provvedimento non presenta profili d'incompatibilità con i principi costituzionali.

*5) Analisi delle compatibilità dell'intervento con le competenze e le funzioni delle regioni ordinarie e a statuto speciale nonché degli enti locali.*

L'intervento legislativo appare in linea con l'attuale ripartizione costituzionale di competenze Stato/regioni, riguardando la materia concorrente della "tutela della salute" di cui all'articolo 117, terzo comma, della Costituzione; peraltro, 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.

6) *Verifica della compatibilità con i principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza sanciti dall'articolo 118, primo comma, della Costituzione.*

Non si rilevano profili di incompatibilità con le competenze e le funzioni delle regioni a statuto ordinario ed a statuto speciale nonché degli enti locali, né di incompatibilità con i principi di sussidiarietà, di differenziazione e di adeguatezza sanciti dall'articolo 118, primo comma, della Costituzione.

7) *Verifica dell'assenza di rilegificazioni e della piena utilizzazione delle possibilità di delegificazione e degli strumenti di semplificazione normativa.*

Il provvedimento non investe materie oggetto di rilegificazione, né di delegificazione, mentre non sono previsti strumenti di semplificazione normativa.

8) *Verifica dell'esistenza di progetti di legge vertenti su materia analoga all'esame del Parlamento e relativo stato dell'iter.*

Attualmente non risulta essere all'esame del Parlamento alcun provvedimento vertente su materia analoga.

9) *Indicazioni delle linee prevalenti della giurisprudenza ovvero della pendenza di giudizi di costituzionalità sul medesimo o analogo progetto.*

Risulta pendente un giudizio di costituzionalità promosso dalla Regione Veneto che lamenta l'illegittimità di varie disposizioni della legge delega n.124 del 7 agosto 2015 recante : "*Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche (G.U. n.187 del 13 agosto 2015)*", tra cui l'art. 11 comma 1, lett. p) recante i criteri per il 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.

## PARTE II. CONTESTO NORMATIVO COMUNITARIO E INTERNAZIONALE

10) *Analisi della compatibilità dell'intervento con l'ordinamento comunitario.*

Il provvedimento non presenta profili d'incompatibilità con l'ordinamento dell'Unione Europea.



*11) Verifica dell'esistenza di procedure d'infrazione da parte della Commissione europea sul medesimo o analogo oggetto.*

Considerata la materia trattata, non sussistono procedure di infrazione su questioni relative all'intervento normativo proposto.

*12) Analisi della compatibilità dell'intervento con gli obblighi internazionali.*

Il provvedimento non presenta profili di incompatibilità con gli obblighi internazionali.

*13) Indicazioni delle linee prevalenti della giurisprudenza ovvero della pendenza di giudizi innanzi alla Corte di Giustizia delle Comunità europee sul medesimo o analogo oggetto.*

Non risultano sussistere sulla specifica materia, precedenti giurisprudenziali della Corte di Giustizia dell'Unione Europea, né si ha notizia di giudizi pendenti sul medesimo o analogo oggetto dinanzi al citato organo.

*14) Indicazioni delle linee prevalenti della giurisprudenza ovvero della pendenza di giudizi innanzi alla Corte Europea dei Diritti dell'uomo sul medesimo o analogo oggetto.*

Non risultano indicazioni giurisprudenziali, né giudizi pendenti dinanzi alla Corte europea dei diritti dell'uomo sul medesimo o analogo oggetto.

*15) Eventuali indicazioni sulle linee prevalenti della regolamentazione sul medesimo oggetto da parte di altri Stati membri dell'Unione Europea.*

La specificità della materia non consente di fornire indicazioni sulle linee prevalenti della regolazione sulla medesima materia a livello comunitario.

### PARTE III. ELEMENTI DI QUALITÀ SISTEMATICA E REDAZIONALE DEL TESTO

*1) Individuazione delle nuove definizioni normative introdotte dal testo, della loro necessità, della coerenza con quelle già in uso.*

Basandosi sull'impostazione normativa di tradizione italiana, non vengono utilizzate nel testo definizioni normative che non appartengano già al linguaggio tecnico-giuridico di settore.

*2) Verifica della correttezza dei riferimenti normativi contenuti nel progetto, con particolare riguardo alle successive modificazioni e integrazioni subite dai medesimi.*

E' stata verificata la correttezza dei riferimenti normativi citati nel provvedimento, anche con riferimento alle successive modificazioni ed integrazioni effettuate sulla norma primaria.



3) *Ricorso alla tecnica della novella legislativa per introdurre modificazioni ed integrazioni a disposizioni vigenti.*

Considerata la particolarità della materia si è ritenuto opportuno far ricorso alla normazione diretta.

4) *Individuazione di effetti abrogativi impliciti di disposizioni dell'atto normativo e loro traduzione in norme abrogative espresse nel testo normativo.*

Il provvedimento introduce all'articolo 9 l'espressa abrogazione di disposizioni normative.

5) *Individuazione di disposizioni dell'atto normativo aventi effetti retroattivi o di reviviscenza di norme precedentemente abrogate o di interpretazione autentica o derogatorie rispetto alla normativa vigente.*

Nello schema di decreto legislativo che si propone non vi sono disposizioni aventi effetto retroattivo o di reviviscenza di norme precedentemente abrogate o di interpretazione autentica o di deroga rispetto alla vigente normativa.

6) *Verifica della presenza di deleghe aperte sul medesimo oggetto, anche a carattere integrativo o correttivo.*

Nella materia oggetto delle disposizioni in questione non sussistono deleghe aperte.

7) *Indicazione degli eventuali atti successivi attuativi; verifica della congruenza dei termini previsti per la loro adozione.*

L'intervento prevede i seguenti atti successivi attuativi:

a) è prevista entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore del provvedimento l'adozione di un decreto del Ministro della salute per la nomina della commissione deputata alla formazione dell'elenco nazionale (art. 1, comma 3);

a) è prevista entro 120 giorni dalla data di entrata in vigore del provvedimento l'adozione di un Accordo Stato Regioni in cui sono definiti i contenuti, la metodologia delle attività didattiche, la durata dei corsi nonché le modalità di conseguimento degli attestati di formazione manageriale (art. 1, comma 4, lettera c);

b) è prevista entro 120 giorni dalla data di entrata in vigore del provvedimento l'adozione di un Accordo Stato Regioni in cui sono definiti i criteri e le procedure per valutare e verificare l'attività dei Direttori generali degli enti del Servizio sanitario nazionale (art. 2, comma 3, alinea);

c) è prevista entro 120 giorni dalla data di entrata in vigore del provvedimento l'adozione di un Accordo Stato Regioni in cui sono definiti i criteri per la valutazione dei titoli formativi e professionali, scientifici e di carriera per il conferimento degli incarichi di direttore amministrativo, direttore sanitario e, ove previsto dalle leggi regionali, di direttore dei servizi socio sanitari (art. 4, secondo periodo).



8) *Verifica della piena utilizzazione e dell'aggiornamento di dati o riferimenti statistici attinenti alla materia oggetto del provvedimento, ovvero indicazioni della necessità di commissionare all'Istituto nazionale di Statistica apposite elaborazioni statistiche con correlata indicazione nella relazione economico finanziaria della sostenibilità di relativi costi.*

Nella fase della predisposizione del provvedimento sono stati presi in esame i dati già in possesso del Ministero della salute, nonché i dati riferiti all'anno 2013 della Ragioneria Generale dello Stato relativi al Conto Annuale.



## ANALISI DI IMPATTO DELLA REGOLAMENTAZIONE (A.I.R.)

(all. "A" alla Direttiva P.C.M. 16 gennaio 2013)

**Titolo:** "Schema di decreto legislativo di attuazione della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n.124."

**Amministrazione proponente:**

### *Sezione 1 - Contesto e obiettivi dell'intervento di regolamentazione:*

#### *A) la rappresentazione del problema da risolvere e delle criticità constatate, anche con riferimento al contesto internazionale ed europeo, nonché delle esigenze sociali ed economiche considerate:*

Le ragioni dell'intervento di riforma si ravvisano nell'opportunità di modificare il sistema vigente di conferimento degli incarichi dei direttori generali, dei direttori sanitari e dei direttori amministrativi, e, ove previsti dalle leggi regionali, dei direttori dei servizi socio-sanitari delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale, con l'obiettivo di ridisegnare le relative procedure di nomina, valutazione e decadenza al fine di conformarle ai principi di trasparenza e di merito e dare attuazione alla delega conferita al Governo con l'articolo 11, comma 1, lettera p) della legge n.124 del 2015.

In particolare, il presente intervento, che completa il lavoro di riforma già avviato con il D.L. 158 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189 che aveva già previsto per la nomina dei direttori generali, un elenco regionale di idonei costituito previo avviso pubblico e selezione effettuata da parte di una commissione costituita da esperti indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti, nasce dall'esigenza di favorire la scelta dei migliori aspiranti per il conferimento dei suddetti incarichi al di fuori delle eventuali influenze della politica regionale e, dunque, di slegare la nomina della dirigenza apicale dalla "fiducia politica" per agganciarla ad una valutazione di tipo "tecnico". Infatti, l'assenza di reali forme di procedimentalizzazione del potere di nomina è stata con il tempo considerata una causa del crescente livello di politicizzazione delle nomine aziendali, spesso causa di inefficienze organizzative presenti in diverse realtà sanitarie regionali. Dal che la necessità di introdurre dei correttivi al fine di rinvenire, anche nel settore della sanità, 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. Con l'intervento in esame, si



intende anche risolvere un'altra criticità riscontrata nell'attuale esperienza della nomina dei direttori generali che ha una durata media di incarico di circa venti mesi: tale dato finisce per frustrare la stessa logica dell'aziendalizzazione inibendo, sin dal nascere, qualsiasi programmazione dell'attività di gestione a medio e lungo termine, finendo, invece, per favorire politiche aziendali di corto respiro.

Si riporta di seguito la tabella relativa all'anno 2013 del Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato, riferita al numero degli incarichi conferiti.

	Tempo Pieno		Part Time fino al 50%		Part Time oltre il 50%		Totale		
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini + Donne
SSNA - DIRETTORE SANITARIO - 000482 (DG)	200	70					200	70	270
SSNA - DIRETTORE GENERALE - 000097 (DG)	264	32			1		265	32	297
SSNA - DIRETTORE DEI SERVIZI SOCIALI - 000484 (DG)	34	12					34	12	46
SSNA - DIRETTORE AMMINISTRATIVO - 00163 (DG)	186	76					186	76	262
<b>Totale</b>	<b>684</b>	<b>190</b>			<b>1</b>		<b>685</b>	<b>190</b>	<b>875</b>

Una delle criticità constatate, che con l'intervento regolatorio si intende risolvere, è rappresentato dal mancato raggiungimento degli obiettivi di trasparenza del direttore generale (tali obiettivi sono finalizzati a rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per il cittadino, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale, da indicare sia in modo aggregato che analitico) la cui violazione comporta il mancato reinserimento nell'elenco nazionale.

**B) l'indicazione degli obiettivi (di breve, medio o lungo periodo) perseguiti con l'intervento normativo:**

Gli obiettivi che si intendono realizzare con l'intervento regolatorio all'esame sono:

- riequilibrare i rapporti tra il vertice politico regionale e gli organi apicali della aziende sanitarie;



- assicurare la trasparenza , il merito e l'imparzialità nella scelta delle persone più idonee allo svolgimento dell'incarico attraverso l'impiego di parametri neutrali e determinati solo dalla valutazione delle attitudini e della capacità professionali dei candidati;
- riduzione delle inefficienze organizzative e favorire un miglior perseguimento degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi definiti nel quadro della programmazione regionale.
- garantire il rispetto del riparto delle competenze Stato-Regioni (infatti, le nuove disposizioni insistono in un ambito legislativo di competenza concorrente ascrivibile alla materia della "tutela della salute");
- realizzare gli obiettivi di trasparenza

*C) la descrizione degli indicatori che consentiranno di verificare il grado di raggiungimento degli obiettivi indicati e di monitorare l'attuazione dell'intervento nell'ambito della VIR:*

L'indicatore che consentirà di verificare il grado di raggiungimento degli obiettivi è rappresentato dalla verifica dei risultati aziendali in termini di:

- efficienza;
- efficacia dei servizi sanitari, intesa come : a) efficacia esterna (risposta ai bisogni di salute, outcome); b) efficacia organizzativa (modello organizzativo, formazione, sviluppo delle competenze, benessere organizzativo, pari opportunità);c) efficacia interna (efficacia organizzativa, capacità di raggiungere gli obiettivi aziendali);
- ottimizzazione dei servizi sanitari in termini di qualità dell'assistenza (con riferimento alle prestazioni erogate);
- rispetto degli equilibri economici finanziari e di bilancio nel quadro della programmazione regionale, quindi: a) economicità (equilibrio finanziario, economico e patrimoniale);b)appropriatezza: (uso appropriato delle risorse nell'erogazione di prestazioni e servizi);

*D) l'indicazione delle categorie dei soggetti, pubblici e privati, destinatari dei principali effetti dell'intervento regolatorio.*

I soggetti destinatari dell'intervento regolatorio sono:

- per la parte pubblica: il Ministero della salute ( presso il quale viene istituito l'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); le regioni e province autonome ( cui



competete la nomina dei direttori generali tra gli iscritti all'elenco nazionale), l'AGENAS (della quale possono avvalersi le regioni per la organizzazione dei corsi di formazione);

- per la parte privata: tutti gli aspiranti, ove in possesso dei requisiti previsti, al conferimento degli incarichi di direttori generali, di direttori sanitari e di direttori amministrativi e, ove previsti dalle leggi regionali, di direttori dei servizi socio-sanitari delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale. Si stima che i potenziali aspiranti potrebbero ammontare a n. 1800.

Inoltre, si rileva che l'intervento produrrà effetti indiretti sui cittadini, quali utenti dei servizi sanitari.

### ***Sezione 2 - Procedure di consultazione precedenti l'intervento:***

L'intervento regolatorio che si propone è stato elaborato dai competenti Uffici del Ministero della salute. Non sono state effettuate consultazioni con destinatari pubblici e privati, atteso che esso costituisce attuazione degli specifici criteri di delega previsti dall'articolo 11, comma 1, lettera p) della legge n.124 del 2015. Tra l'altro va considerato che le procedure di consultazione si ritengono assolte attraverso le proposte emendative e le audizioni intervenute in sede di esame parlamentare della citata legge di delega.

### ***Sezione 3 - Valutazione dell'opzione di non intervento di regolamentazione (opzione zero)***

L'opzione di non intervento è stata presa in considerazione, ma è stata scartata, tenuto conto che l'adozione del decreto delegato costituisce adempimento attuativo della legge delega. Peraltro, la mancata adozione del provvedimento non consente di porre rimedio alle distorsioni che fino ad oggi hanno caratterizzato la selezione e la scelta della dirigenza apicale.

### ***Sezione 4 - Opzioni alternative all'intervento regolatorio.***

L'amministrazione non ha valutato opzioni alternative, rispetto a quelle di non intervento, in quanto lo schema di decreto delegato si pone in attuazione della delega conferita al Governo con l'articolo 11, comma 1, lettera p) della legge n.124 del 2015. Inoltre, l'esigenza di introdurre dei correttivi al vigente sistema di attribuzione degli incarichi in parola nasce dalla necessità di rinvenire nel settore sanità un punto di equilibrio tra fiduciarità ed imparzialità mediante l'adozione di soluzioni che, nel rispetto del riparto di competenze Stato-Regioni, conduca ad un progressivo affievolimento della discrezionalità nella gestione degli incarichi. Peraltro, come già indicato nella sezione 2,



neanche dalle proposte emendative e dalle audizioni intervenute in sede di esame parlamentare della legge di delega sono emerse opzioni alternative.

*Sezione 5 - Giustificazione dell'opzione regolatoria proposta e valutazione degli oneri amministrativi e dell'impatto sulle PMI:*

*A) gli svantaggi e i vantaggi dell'opzione prescelta, per i destinatari diretti e indiretti, a breve e a medio-lungo termine, adeguatamente misurati e quantificati, anche con riferimento alla possibile incidenza sulla organizzazione e sulle attività delle pubbliche amministrazioni, evidenziando i relativi vantaggi collettivi netti e le relative fonti di informazione:*

Lo schema di provvedimento non presenta svantaggi.

L'opzione scelta presenta i seguenti vantaggi:

- disciplina in maniera uniforme, su tutto il territorio nazionale, il sistema di conferimento degli incarichi dei direttori generali, dei direttori sanitari e dei direttori amministrativi, e, ove previsti dalle leggi regionali, dei direttori dei servizi socio-sanitari delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale;
- garantisce la predeterminazione di criteri utili ad esprimere valutazioni chiare e precise fondate su dati omogenei;
- dà la possibilità, con specifico riferimento ai direttori generali, di sottoporre a stringente verifica e valutazione l'attività svolta e i risultati raggiunti, sia con riferimento agli obiettivi economico-finanziari, sia con riferimento ai LEA e al Programma Valutazione Esiti;
- prevede una decadenza automatica in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi o in caso di gravi e comprovati motivi (*mala gestio*), di violazioni di leggi o regolamenti ovvero del principio di buon andamento e imparzialità;
- prevedere il mancato reinserimento nell'elenco nazionale di coloro che siano stati dichiarati decaduti dal precedente incarico di direttore generale per violazione degli obblighi di trasparenza. Tale ipotesi realizza e concretizza il vantaggio di indurre il direttore generale al puntuale rispetto dei suddetti obblighi;
- prevedere che non possono essere inseriti nella terna di candidati proposta al Presidente della regione, coloro che abbiano ricoperto l'incarico di direttore generale, per due volte, presso la medesima azienda sanitaria locale, azienda ospedaliera o altro ente del Servizio sanitario nazionale. Tale ipotesi realizza e concretizza un vantaggio poiché assicura un'efficace rotazione dei vertici aziendali.



***B) L'individuazione e la stima degli effetti dell'opzione prescelta sulle micro, piccole e medie imprese:***

Le disposizioni dell'intervento normativo non contemplano interventi diretti che incidono sulle micro, piccole e medie imprese, tuttavia non si può tacere che i nuovi criteri di selezione e nomina delle figure apicali degli enti del Servizio sanitario nazionale, costituiscono una garanzia nell'adozione degli atti di gestione dei citati enti (contratti per acquisizione di servizi e forniture ecc).

***C) L'indicazione e la stima degli oneri informativi e dei relativi costi amministrativi, introdotti o eliminati a carico di cittadini e imprese. Per onere informativo si intende qualunque adempimento comportante raccolta, elaborazione, trasmissione, conservazione e produzione di informazioni e documenti alla pubblica amministrazione:***

Le disposizioni del provvedimento non introducono oneri procedurali e informativi di particolare rilevanza. I candidati alla procedura selettiva per essere iscritti nell'elenco nazionale dovranno presentare la domanda all'avviso pubblico indetto dal Ministero della salute allegando la documentazione ivi prescritta. Si prevede, ai fini dell'accesso alla selezione per direttori generali, il versamento di un contributo di partecipazione di 30 euro non rimborsabile, analogamente a quanto già previsto per altre tipologie di selezione pubblica. Gli introiti derivanti da tali somme verranno utilizzate per assicurare il necessario supporto alla procedura selettiva, alla gestione dell'elenco ed alla relative procedure informatizzate.

***D)le condizioni e i fattori incidenti sui prevedibili effetti dell'intervento regolatorio, di cui comunque occorre tener conto per l'attuazione (misure di politica economica ed aspetti economici e finanziari suscettibili di incidere in modo significativo sull'attuazione dell'opzione regolatoria prescelta; disponibilità di adeguate risorse amministrative e gestionali; tecnologie utilizzabili, situazioni ambientali e aspetti socio-culturali da considerare per quanto concerne l'attuazione della norma prescelta, ecc.).***

Non si rinvencono aspetti economici e finanziari suscettibili di incidere in modo significativo sull'attuazione dell'opzione regolatoria, né situazioni ambientali ed aspetti socio-culturali da considerare per quanto concerne la relativa attuazione. In particolare, va rappresentato che non comporta maggiori oneri la nomina, presso il Ministero della salute, della Commissione incaricata di formare ed aggiornare l'elenco nazionale dei soggetti in possesso dei requisiti per la nomina di



direttore generale atteso che per i relativi componenti non è prevista alcuna indennità o emolumento. Analogamente, ad invarianza di oneri per la finanza pubblica, per gli incarichi di direttore amministrativo, direttore sanitario e, ove previsto dalle leggi regionali, direttore dei servizi socio-sanitari, è demandata ad una commissione regionale il compito di espletare la valutazione per titoli e colloquio degli iscritti nell'elenco nazionale onde proporre al Presidente della Regione una terna di candidati tra i quali verrà scelto il soggetto cui conferire l'incarico. Per quanto attiene la previsione relativa all'istituzione, presso il Ministero della salute, 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, aggiornato con cadenza biennale, esso è alimentato e aggiornato con procedure informatizzate. Al riguardo, si rappresenta che, per la realizzazione della procedura informatizzata possono essere riutilizzate da parte del Ministero della salute, le funzionalità già realizzate per la piattaforma tecnologica e applicativa unica prevista dall'articolo 23, comma 12- *septiesdecies* del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.

***Sezione 6 - Incidenza sul corretto funzionamento concorrenziale del mercato e sulla competitività del Paese:***

Lo strumento normativo proposto non incide sul corretto funzionamento concorrenziale dei mercati e non provoca distorsioni della concorrenza. Esso incide invece positivamente sulla competitività del Paese creando gli strumenti per una gestione più efficiente efficace ed economica delle asl e degli altri enti del SSN.

***Sezione 7 - Modalità attuative dell'intervento di regolamentazione:***

***A) i soggetti responsabili dell'attuazione dell'intervento regolatorio:***

I soggetti responsabili dell'intervento regolatorio sono:

- Ministero della salute;
- le Regioni;
- le ASL e altri enti del SSN

***B) le azioni per la pubblicità e per l'informazione dell'intervento (con esclusione delle forme di pubblicità legale degli atti già previste dall'ordinamento):***

L'intervento regolatorio sarà pubblicizzato sul portale del Ministero della salute.



*C) strumenti e modalità per il controllo e il monitoraggio dell'intervento regolatorio:*

Il controllo ed il monitoraggio dell'intervento proposto verranno attuati dalle autorità competenti (Ministero della salute e Regioni) con le risorse e le strutture già disponibili.

*D) i meccanismi eventualmente previsti per la revisione dell'intervento regolatorio;*

Non sono previsti nell'atto normativo specifici interventi di revisione.

*D) gli aspetti prioritari da monitorare in fase di attuazione dell'intervento regolatorio e considerare ai fini della VTR.*

L'aspetto prioritario da monitorare è rinvenibile nell'auspicata riduzione delle inefficienze organizzative che hanno caratterizzato la conduzione del Servizio sanitario in molte realtà regionali.

*Sezione 8 - Rispetto dei livelli minimi di regolazione europea*

Sezione non dovuta.





Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

Parere, ai sensi dell'articolo 11, comma 2, della legge 7 agosto 2015, n. 124, sullo schema di decreto legislativo recante attuazione della delega di cui all'art.11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n.124.

Repertorio atti n. *31/cv del* 03 MAR. 2016

### LA CONFERENZA UNIFICATA

Nella odierna seduta del 3 marzo 2016:

VISTA la legge 7 agosto 2015, n.124, recante "deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche";

VISTO l'articolo 11, comma 1, della citata legge n.124/2015, il quale prevede che il Governo è delegato ad adottare uno o più decreti legislativi in materia di dirigenza pubblica e di valutazione dei rendimenti dei pubblici uffici e, in particolare, la lettera p) recante principi e criteri direttivi per il conferimento degli incarichi di direttore generale, di direttore sanitario e di direttore amministrativo e, ove previsto dalla legislazione regionale, di direttore dei servizi socio-sanitari delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale;

RILEVATO le disposizioni del presente schema di decreto legislativo, per quanto compatibili, sono estese anche alle aziende ospedaliere universitarie;

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421;

VISTO il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, recante norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche;

CONSIDERATA la preliminare deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nelle riunioni del 20 gennaio 2016;

VISTA la nota dell'11 febbraio 2016 del Dipartimento per gli affari giuridici e legislativi della Presidenza del Consiglio dei Ministri, diramata dall'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza il 12 febbraio 2016 alle Regioni ed agli Enti locali con richiesta di assenso tecnico, con la quale ha trasmesso, ai fini dell'espressione del parere da parte di questa Conferenza, lo schema di decreto in epigrafe, di iniziativa del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione di concerto con il Ministro della salute;

CONSIDERATO che nella riunione a livello tecnico del 2 marzo 2016, presenti Regioni, ANCI e UPI, sono state presentate e discusse dalle Regioni alcune proposte emendative, contenute nel documento Allegato A) al presente atto;

*dl*





*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

VISTA la nota prot. n. 1134 del 3 marzo 2016 di questo Ufficio di Segreteria, con la quale è stato trasmesso il documento del Ministero della salute che accoglie e riformula gli emendamenti presentati dalle Regioni nel corso della suddetta riunione tecnica del 2 marzo 2016;

CONSIDERATO che, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, le Regioni hanno espresso parere favorevole sullo schema di decreto legislativo con la riformulazione degli emendamenti così come concordati con il Ministero della salute e contenuti nel citato documento (Allegato B) inviato da questo Ufficio di Segreteria con nota prot. 1134 del 3 marzo 2016;

CONSIDERATO che, nel corso della odierna seduta, l'ANCI e l'UPI hanno espresso parere favorevole sullo schema di decreto legislativo in parola;

ESPRIME PARERE FAVOREVOLE

nei termini di cui in premessa, ai sensi dell'articolo 11, comma 2, della legge 7 agosto 2015, n. 124, sullo schema di decreto legislativo recante attuazione della delega di cui all'art. 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n. 124.

Il Segretario  
Antonio Naddo



Il Presidente  
On. Avv. Enrico Costa

ck

## CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME

25 FEBBRAIO 2016

PARERE SULLO SCHEMA DI DECRETO LEGISLATIVO IN MATERIA DI DIRIGENZA  
SANITARIA  
PARERE

Le Regioni, esaminato lo schema di provvedimento, ritengono di poter esprimere parere favorevole, condizionato all'accoglimento delle seguenti proposte emendative:

**Articolo 1 comma 7**

Aggiungere *"Il punteggio è assegnato esclusivamente ai fini dell'inserimento del candidato nell'elenco nazionale"*

Con questo emendamento si intende chiarire come le finalità dell'assegnazione del punteggio da parte della Commissione si esauriscano nell'ammissione o esclusione dei candidati dall'elenco nazionale. In tal modo si chiarisce altresì come il suddetto punteggio non possa in alcun modo condizionare lo svolgimento della verifica svolta dalla commissione regionale ai sensi dell'articolo 2, orientata alla individuazione della rosa dei candidati su cui il Presidente della Giunta effettuerà la propria scelta, assegnando l'incarico.

All'articolo 2, primo e secondo comma, si chiede l'abrogazione del riferimento alle province autonome

- **Articolo 2** - Sostituire il comma 1 con il seguente:

*1. Le regioni nominano direttori generali esclusivamente gli iscritti all'elenco nazionale dei direttori generali di cui all'articolo 1. A tal fine, la regione o la provincia rende noto, con apposito avviso pubblico, l'incarico che intende attribuire, ai fini della manifestazione di interesse da parte dei soggetti iscritti nell'elenco nazionale. Una commissione regionale, nominata dal Presidente della Regione, composta da esperti, indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti, ed uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e uno dalla Regione, senza*



*nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, effettua la verifica dei requisiti per titoli e colloquio dei candidati, e propone al Presidente della regione 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 attribuire. Nella rosa 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, né coloro che con provvedimento sono stati sanzionati per la violazione degli obblighi previsti in materia di trasparenza.*

L'emendamento è finalizzato a meglio definire il ruolo e i compiti della commissione regionale sia rispetto alle verifiche operate dalla commissione nazionale che rispetto al potere di nomina esercitato dal presidente della giunta. In particolare alla commissione è assegnato il compito di verificare la specifica idoneità del candidato allo svolgimento delle funzioni di direttore generale con riferimento all'azienda per la quale di deve procedere alla copertura del relativo incarico.

All'articolo 2, comma 4 sostituire le parole "trascorsi 24 mesi" con "trascorsi 18 mesi"

#### Articolo 4

dopo il comma 1, inserire un comma 2:

**"2. Coloro che sono inseriti nell'elenco nazionale per la nomina dei direttori generali, e che ne abbiano fatto richiesta, sono automaticamente inclusi negli albi regionali per la nomina dei direttori sanitari, amministrativi e socio-sanitari, purché in possesso degli specifici requisiti prevista dalla normativa vigente."**

L'emendamento è finalizzato a prevedere che, coloro che sono inseriti previa verifica dei requisiti nell'elenco nazionale per la nomina dei direttori generali, siano automaticamente inseriti negli albi regionali per la nomina dei direttori sanitari, amministrativi e socio-sanitari.



## Articolo 7

- Si chiede inoltre di sostituire l'articolo 7 con il testo seguente:

### *Clausola di salvaguardia per le Regioni e Province Autonome*

- 1. Sono fatte salve le potestà attribuite alle Regioni a Statuto Speciale e alle Province Autonome di Trento e Bolzano dai rispettivi Statuti Speciali e delle relative norme di attuazione, nonché ai sensi degli articoli 2 e 10 della legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3.*
- 2. Le Regioni a Statuto Speciale e le Province Autonome di Trento e Bolzano adeguano il proprio ordinamento alle disposizioni di principio desumibili dal presente decreto e nel rispetto delle disposizioni previste dal comma 1.*
- 3. Le Regioni e Province a Statuto Speciale che provvedono al finanziamento del servizio sanitario con risorse esclusivamente a carico del proprio bilancio, istituiscono procedure idonee al fine di garantire le finalità di cui all'articolo 2, comma 3.*



## Emendamenti accolti come concordato

1) emendamento all'art. 1, comma 7, che prevede l'aggiunta del seguente periodo "Il punteggio è assegnato ai fini dell'inserimento del candidato nell'elenco nazionale", atteso che va a chiarire in maniera più puntuale la finalità dell'attribuzione del punteggio; pertanto il comma 7 è così riformulato:

"7. 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. Il punteggio è assegnato ai fini dell'inserimento del candidato nell'elenco nazionale."

2) emendamento all'art. 2 commi 1 e 2, concernente la soppressione del riferimento alle province autonome, fermo restando, comunque il mantenimento della clausola di salvaguardia di cui all'art. 7, come riformulata.

3) Articolo 2 - Sostituire il comma 1 con il seguente:

1. Le regioni nominano direttori generali esclusivamente gli iscritti all'elenco nazionale dei direttori generali di cui all'articolo 1. A tal fine, la regione ~~e la provincia~~ rende noto, con apposito avviso pubblico, l'incarico che intende attribuire, ai fini della manifestazione di interesse da parte dei soggetti iscritti nell'elenco nazionale. Una commissione regionale, nominata dal Presidente della Regione, composta da esperti, indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti, di cui uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e uno dalla Regione, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, effettua la verifica dei requisiti per titoli e colloquio dei candidati che hanno manifestato l'interesse all'incarico da ricoprire e propone al Presidente della regione una rosa di candidati costituita da coloro che presentano i requisiti maggiormente coerenti con le caratteristiche dell'incarico da attribuire. Nella rosa 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, né coloro che con provvedimento sono stati sanzionati per la violazione degli obblighi previsti in materia di trasparenza.

## Relazione

L'articolo 2 detta disposizioni in merito al conferimento degli incarichi di direttore generale da parte del Presidente della Regione. Fermo restando l'obbligo per le regioni ~~e province autonome~~ di attingere esclusivamente dall'elenco nazionale, la regione, con apposito avviso pubblico, rende noto l'incarico che intende attribuire per la manifestazione di interesse da parte dei soggetti iscritti nell'elenco nazionale. A tal fine, il Presidente della regione nomina, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza



pubblica, una commissione regionale composta da esperti, indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti, di cui uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e uno dalla regione. La commissione regionale così costituita effettua una valutazione per titoli e colloquio dei candidati che hanno manifestato l'interesse all'incarico da ricoprire, e sottopone alle valutazioni del Presidente della regione un'ampia rosa di candidati, ai fini della scelta del soggetto che presenta i requisiti di competenza conformi alle caratteristiche dell'incarico da conferire. In ogni caso, nella rosa 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, né coloro che sono stati sanzionati per la violazione degli obblighi previsti in materia di trasparenza.

4) **Articolo 4, comma 1, primo periodo:**

"1. Il direttore generale, nel rispetto dei principi di trasparenza di cui al decreto legislativo 24 marzo 2013, n. 33, e di cui all'articolo 1, comma, comma 522, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, nomina il direttore amministrativo, il direttore sanitario e, ove previsto dalle leggi regionali, il direttore dei servizi socio sanitari, attingendo obbligatoriamente agli elenchi regionali di idonei, anche di altre regioni, appositamente costituiti, previo avviso pubblico e selezione per titoli e colloquio, 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, di cui uno designato dalla regione."

5) **Articolo 7, riformulato:**

**Art. 7**

*(Competenze delle regioni a statuto speciale e delle province autonome)*

1. Le disposizioni del presente decreto sono applicabili nelle regioni a statuto speciale e nelle province autonome di Trento e di Bolzano compatibilmente con i rispettivi statuti e le relative norme di attuazione, anche con riferimento alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3.

Relazione

L'articolo 7, coerentemente con quanto previsto nell'articolo 22 della legge delega, ripropone la medesima clausola di salvaguardia, prevedendo che le disposizioni del presente decreto sono applicabili nelle regioni a statuto speciale e nelle province autonome di Trento e di Bolzano compatibilmente con i rispettivi statuti e le relative norme di attuazione, tenendo conto, comunque, degli aspetti connessi al bilinguismo, nonché a quelli organizzativi legati alla realtà territoriale, con particolare riferimento alla previsione di cui all'art. 2, comma 1, ultimo periodo.





**Consiglio di Stato**  
**Segretariato Generale**

N. *113/2015*

Roma, addì - 5 MAG. 2015

Risposta a nota del  
N. \_\_\_\_\_

Div. \_\_\_\_\_

D'ordine del Presidente, mi prego di trasmettere il numero  
**436/2016**, emesso dalla SEZIONE NORMATIVA di  
questo Consiglio sull'affare a fianco indicato.

**OGGETTO:**  
**REGOLAMENTO:**

**DIRIGENZA SANITARIA - DELEGA  
ART. 11, COMMA 1, LETTERA P)  
DELLA LEGGE 7 AGOSTO 2015, N.  
124**

Parere emesso in base all'art. 15 della L. 21 luglio 2000, n.  
205.

Allegati N.  
.....

**MINISTERO DELLA FUNZIONE  
PUBBLICA UFFICIO LEGISLATIVO**  
(.....)

Segretario Generale

*Autobello*

Gabinetto dell' On. Ministro

ROMA

Numero 113/2016 e data 18 AG. 2016



REPUBBLICA ITALIANA

## Consiglio di Stato

Adunanza della Commissione speciale del 18 aprile 2016

**NUMERO AFFARE 00436/2016**

**OGGETTO:**

Ministero per la Semplificazione e la Pubblica amministrazione –  
Ufficio legislativo.

Dirigenza sanitaria – delega di cui all'art. 11, comma 1, lettera p) della  
legge 7 agosto 2015, n. 124;

### LA COMMISSIONE SPECIALE

Vista la relazione prot. n. 115/16/UL/P del 25.02.2016 con la quale il  
Ministero per la semplificazione e la pubblica amministrazione –  
Ufficio legislativo ha chiesto il parere del Consiglio di Stato sull'affare  
consultivo in oggetto;

Visti tutti gli atti allegati allo schema e alla relazione (la relazione  
tecnica, l'analisi di impatto della regolamentazione – A.I.R., l'analisi  
tecnico normativa – A.T.N.);

Visto il parere n. 31/CU del 3.3.2016 reso dalla Conferenza Unificata, di cui all'art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, ai sensi dell'art. 11, comma 2, della legge 7 agosto 2015, n. 214;

Visto il decreto n. 29 del 1 marzo 2016, con cui il Presidente del Consiglio di Stato ha istituito una Commissione speciale per l'esame dello schema e per l'espressione del parere;

considerato che, nell'adunanza del 18 aprile 2016, presenti anche i Presidenti aggiunti Luigi Carbone e Lanfranco Balucani, la Commissione speciale ha esaminato gli atti e ha udito i relatori, consiglieri Massimiliano Noccelli e Giancarlo Luttazi;

§ 1. *La riforma e il suo contesto normativo.*

Lo schema di decreto legislativo per il quale è richiesto il parere al Consiglio di Stato, presso il quale è stata costituita *ad hoc* in sede consultiva, con decreto n. 29 del 1 marzo 2016 del Presidente del Consiglio di Stato, la presente Commissione speciale, costituisce attuazione della delega al Governo per la riforma della dirigenza pubblica, di cui all'art. 11, comma 1, lett. p), della l. n. 124 del 2015, che 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.

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 sopra menzionati); 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.

La l. n. 124 del 2015 interviene a riformare, in modo incisivo, anche il sistema della dirigenza sanitaria, 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 dalle successive modifiche e, in particolare, da quelle introdotte dal d. lgs. n. 299 del 1999).

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.

Le molteplici e difficili funzioni che competono al dirigente sanitario e, in particolar modo, al direttore generale dell'azienda sanitaria, come meglio si vedrà, non costituiscono solo obbligazioni *di risultato*, dovendo esse garantire il raggiungimento degli obiettivi primari

stabiliti dal Piano Sanitario (nazionale, regionale ed aziendale), ma anche obbligazioni *di mezzi*, poiché il perseguimento di tali finalità deve essere attuato attraverso una sapiente gestione delle risorse e un'efficiente organizzazione dell'apparato amministrativo.

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*", sulla quale tante volte la Corte costituzionale ha posto l'accento (v., in particolare, Corte cost., 27.11.1998, n. 383, ma anche questo stesso Cons. St., sez. III, 2.9.2014, n. 4460), 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 e di corruzione radicatisi nel sistema in origine configurato dalla l. 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. *triade*).

Il rapporto di lavoro del direttore generale deve essere esclusivo ed è regolato da un contratto di diritto privato, che ha durata minima di 3 anni e massima di 5 anni.

Sulla durata del contratto si registrano peraltro scelte differenziate a livello di legislazione regionale, che spaziano dai 3 anni nelle Marche e in Toscana ai 5 anni del Veneto.

Come anche la relazione illustrativa dello schema qui in esame non manca di rilevare, tuttavia, 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, ciò che 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.

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 dirigenti generali, di cui all'art. 1.

La Corte costituzionale è più volte intervenuta sulla materia, cercando di chiarire, di definire e di separare le rispettive sfere di competenze e di influenza.

Il direttore generale è definito quale figura tecnico-professionale che ha il compito di perseguire, nell'adempimento di una obbligazione di risultato (oggetto di un contratto di lavoro autonomo), gli obiettivi gestionali e operativi definiti dal Piano sanitario regionale, in accordo con quello nazionale, dagli indirizzi della Giunta regionale, dal provvedimento di nomina e dal contratto di lavoro con l'amministrazione regionale.

Lo stesso giudice delle leggi ha altresì precisato che il rapporto di fiduciarità politica insito nel meccanismo della nomina del direttore generale non può sconfinare, tuttavia, in uno *spoils system* senza limiti e garanzie, sicché la sua nomina e, ancor più, la sua rimozione deve passare attraverso un *giusto procedimento* di verifica dei risultati della gestione, tenendo conto della condizione economico-finanziaria di partenza della singola azienda, del *budget* assegnato e degli obiettivi di salute e di gestione fissati dalla Regione.

La posizione del direttore generale, in altri termini, deve essere garantita per evitare che la sua posizione di dipendenza funzionale, rispetto alla volontà politica della Giunta regionale, si trasformi in dipendenza politica (Corte cost., 19.3.2007, n. 104).

I direttori generali, ha soggiunto il giudice delle leggi in una sua più recente pronuncia, devono essere considerati «*funzionari neutrali*», poiché non sono nominati in base a criteri «*puramente fiduciarî*», essendo l'affidamento dell'incarico subordinato al possesso di specifici requisiti di competenza e di professionalità, e non richiedendosi agli stessi «*la fedeltà personale alla persona fisica che riveste la carica politica*», ma la «*corretta e leale esecuzione delle direttive che provengono dall'organo politico, quale che sia il titolare pro tempore*» (Corte cost., 5.2.2010, n. 34).

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 *merit system* 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 l. n. 124 del 2015 ha poi previsto una significativa apertura dei ruoli della dirigenza sanitaria al *management* privato, incrementando, con il possibile apporto di esperienze provenienti dal mondo della sanità privata, il livello di capacità e di efficienza che deve contraddistinguere la managerialità del direttore generale nella difficile *governance* della struttura sanitaria.

Molte garanzie procedurali 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*.

Occorre segnalare, peraltro, che alcune Regioni, per non incorrere nelle censure della Corte costituzionale, hanno preferito collegare la rimozione dei direttori generali, anche prescindendo dal raggiungimento degli obiettivi assegnati, alla volontà politica di avviare una riforma del Servizio Sanitario regionale (L.R. Abruzzo n. 17 del

2009 e L.R. Sardegna n. 3 del 2009) anziché al subentro di una nuova maggioranza politica (c.d. *spoils system* mascherato).

La compatibilità di questo sistema con i principi fondamentali della legge delega e del decreto legislativo qui esaminato, peraltro, sarà tutta da verificare, anche ai sensi dell'art. 117 Cost., perché contrastante con il sistema di stabilità gestionale e di indipendenza funzionale del direttore generale, decisamente perseguiti dalla riforma.

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 del Consiglio di Stato, forte dell'orientamento seguito dalla Corte costituzionale, non ha mancato di ribadire, annullando provvedimenti di revoca immotivati o affetti da evidente sviamento di potere.

Il principio di efficienza dell'Amministrazione, ha chiarito questo Consiglio, vale ad assicurare al rapporto di lavoro dei dirigenti "*specifiche garanzie*", quanto alla verifica che gli incarichi siano assegnati *«tenendo conto, tra l'altro, delle attitudini e delle capacità professionali»*, e che la loro cessazione anticipata dall'incarico avvenga in seguito all'accertamento dei risultati conseguiti e secondo i principi del giusto procedimento (Corte cost., 19.3.2007, n. 104, sopra menzionata) *«talo nella misura in cui mira a contrastare ogni eventuale tentativo delle nuove forze politiche avvicendatesi al governo dell'ente di sostituire i preposti agli organi burocratici dell'ente stesso in assenza di qualsivoglia valutazione del loro operato e dunque ad evitare ogni ipotesi di dipendenza politica del dirigente»* (Cons. St., sez. III, 3.2.2014, n. 480).

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.

Al riguardo non può non ricordarsi, infatti, come la nomina del direttore sanitario e di quello amministrativo *«non regola un rapporto fondato sull'intuitus personae tra l'organo politico che conferisce un incarico ed il soggetto che lo riceve ed è responsabile verso il primo dell'efficienza dell'amministrazione; ma concerne l'organizzazione della struttura amministrativa regionale in materia sanitaria e mira a garantire, all'interno di essa, la consonanza di impostazione gestionale fra il direttore generale e i direttori amministrativi e sanitari delle stesse aziende da lui nominati»* (Corte cost., 16.6.2006, n. 233).

La giurisprudenza costituzionale, pur ribadendo la natura fiduciaria della nomina di tali figure dirigenziali per la necessaria consonanza

della impostazione gestionale, ha tuttavia fatto registrare un ulteriore passo in avanti negli ultimi anni, segno di una più accentuata sensibilità sulle problematiche della dirigenza sanitaria, e ha inteso orientarne la nomina a criteri meritocratici e a precise garanzie procedurali, con l'affermazione che il nuovo direttore generale non può rimuovere il direttore amministrativo o sanitario, prima della scadenza del loro contratto, senza adeguati motivi e giusto procedimento.

Il direttore generale è tenuto a specificare le ragioni, connesse alle pregresse modalità di svolgimento delle funzioni dirigenziali da parte dell'interessato, idonee a fare ritenere sussistenti comportamenti di quest'ultimo suscettibili di integrare la violazione delle direttive ricevute o di determinare risultati negativi nei servizi di competenza e giustificare, dunque, il venir meno della necessaria consonanza di impostazione gestionale tra direttore generale e direttore amministrativo o sanitario.

In effetti, secondo il giudice delle leggi, *«soltanto nel rispetto delle predette modalità e condizioni il nuovo direttore generale può, con provvedimento motivato, procedere alla rimozione del direttore amministrativo prima della suddetta scadenza contrattuale»* (Corte cost., 24.6.2010, n. 224).

Proprio alla luce di quest'orientamento, sempre più marcato, alla imparzialità e alla trasparenza, questa Commissione speciale ritiene di segnalare al Governo, come meglio si dirà nelle osservazioni sull'art. 4 dello schema di decreto legislativo, l'opportunità di valutare, anche per i procedimenti di revoca del direttore amministrativo e sanitario (e, ove previsto, di quello dei servizi socio-sanitari) e analogamente a quanto è contemplato dallo schema per il direttore generale, una

previsione – avente valore di principio fondamentale ai sensi dell'art. 117 Cost. – secondo cui la risoluzione del rapporto dei direttori amministrativi e sanitari debba comunque essere comminata *«previa contestazione di gravi inadempienze, stabilite dalla legge regionale, e nel rispetto del principio del contraddittorio»*, ferma restando la generale disposizione dell'art. 3-bis, comma 8, del d. lgs. n. 502 del 1992, non abrogata dall'art. 9 dello schema qui in commento.

Con una simile previsione, salvaguardando comunque la competenza regionale sulle cause di risoluzione (demandata, infatti dal cennato art. 3-bis, comma 8, del d. lgs. n. 502 del 1992 al legislatore regionale), troverebbe compiuta e coerente applicazione la legge delega nella parte in cui prevede, alla lettera p), la decadenza dall'incarico – anche per tali figure (che la disposizione della legge n. 124 del 2015 non differenzia, in questo, dal direttore generale) – *«nel caso di manifesta violazione di leggi o regolamenti o del principio di buon andamento e di imparzialità»*.

Si limiterebbe, in questo modo, l'eventualità che l'esercizio del potere di revoca sia impiegato, e sviato, strumentalmente dal direttore generale, come l'esperienza del contenzioso ha mostrato in questi anni, per congedare direttori sanitari e amministrativi solo perché sgraditi *sic et simpliciter* al direttore generale, al di là di pur necessarie esigenze di consonanza gestionale, in violazione del principio del giusto procedimento, sul quale tanto la giurisprudenza della Corte (e quella di questo stesso Consiglio) ha insistito in applicazione dell'art. 97 Cost.

La tendenza dell'ordinamento, infatti, muove nel senso di assicurare alla dirigenza sanitaria, nel suo complesso, stabilità, imparzialità,

trasparenza, adeguata professionalità, secondo criteri meritocratici e i canoni del giusto procedimento, intesi ad assicurare il buon andamento della pubblica amministrazione, in prima battuta, e il funzionamento del servizio sanitario, in una prospettiva di più lunga durata, sul piano cronologico, e quale fine ultimo dell'intera legislazione in materia, sul piano teleologico, per garantire il benessere inteso quale diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività (art. 32 Cost.).

§ 2. *Linee fondamentali della riforma e considerazioni generali su relativi presupposti, contenuti ed effetti.*

Premesse queste brevi considerazioni circa il contesto normativo sul quale interviene la riforma, necessarie a comprenderne, seppure in estrema sintesi, la filosofia ispiratrice, questa Commissione speciale ritiene ora di formulare alcune osservazioni sulle linee fondamentali dello schema di decreto legislativo, che ha inteso attuare i principi di cui all'art. 11, comma 1, lett. p), della l. n. 124 del 2015, svolgendo alcuni rilievi di ordine generale, che qui seguiranno, prima di procedere, poi, all'analisi dei singoli articoli del testo.

È opportuno rilevare preliminarmente, come del resto ha segnalato anche la scheda di Analisi tecnico normativa A.T.N. (p. 3, punto 9), che sull'intero impianto della legge n. 124 del 2015, anche con riferimento all'art. 11, comma 1, lett. p), pende questione di costituzionalità, sollevata in via principale dalla Regione Veneto con ricorso n. 94, depositato il 19.10.2015 avanti alla Corte costituzionale

e pubblicato sulla G.U. 1a Serie Speciale – Corte Costituzionale n. 50 del 16.12.2015.

Non risulta, allo stato, che per la discussione del ricorso sia stata fissata dalla Corte costituzionale l'udienza pubblica.

La contestazione sollevata dalla Regione Veneto, che lamenta la violazione delle competenze assegnate dall'art. 117 Cost. in diverse materie, investe tra gli altri principi e criteri della legge di delega anche l'art. 11, comma 1, lett. p), poiché, secondo la Regione ricorrente, i principi e i criteri direttivi formulati dal legislatore delegante sarebbero talmente stringenti da concretizzarsi in norme di dettaglio, comprimendo indebitamente l'autonomia legislativa regionale e configurando una disciplina del tutto irragionevole e contraria al principio di buon andamento della pubblica amministrazione, che lederebbe le competenze costituzionali della Regione, unica responsabile del corretto governo, anche finanziario, del sistema sanitario regionale.

Sulla tenuta complessiva della riforma, anche per quanto attiene alla dirigenza sanitaria, influisce indubbiamente l'esito del giudizio di costituzionalità, di cui questa Commissione speciale non può non segnalare al Governo la pregiudizialità.

La stessa Corte costituzionale ha del resto riconosciuto, anche in questa materia, una concorrenza di competenze, poiché la disciplina della dirigenza sanitaria, pur lambendo inevitabilmente la materia dell'ordinamento civile per la natura privatistica del rapporto privatistico intercorrente tra i dirigenti e l'Amministrazione, è comunque ascrivibile, in via prevalente o assorbente, alla materia concorrente della "tutela della salute", di cui all'art. 117, comma 3, Cost.,

appunto per la prevalenza di questa materia sulle altre in concorso (v., tra le altre, sentt. 422/2006, 105/2007 e 295/2009).

Il complesso riparto di competenze tra lo Stato e le Regioni si situa sullo sfondo dell'intera riforma, anche e soprattutto nella materia della dirigenza sanitaria, e pone criticità di sistema, a livello costituzionale, che competerà alla Corte risolvere, con valenza pregiudiziale, come detto, anche sull'attuazione da parte del legislatore delegato.

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, di cui si è peraltro fatto cenno già nelle premesse al § 1, del decreto legislativo qui in esame:

a) la nomina del direttore generale dell'azienda sanitaria 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 indipendente, proprio per il suo elevato bagaglio tecnico di professionalità, da influenze politiche;

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-*quinquies*, del d. lgs. n. 502 del 1992.

Questo Consiglio di Stato, come non ha mancato di osservare in altri pareri già resi su altri schemi di decreti legislativi attuativi della legge n. 124 del 2015 e, in particolare, nel parere n. 515 del 24.2.2016 sullo schema di decreto legislativo recante "*Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia*

di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche», intende ancora una volta evidenziare tutta l'importanza e l'urgenza dei principi ispiratori della riforma, ben evidenti, del resto, dalla semplice lettura dell'art. 11, comma 1, lett. p), della legge di delega.

Occorre anche in questa sede ribadire, come già si è fatto nel citato parere n. 515 del 24.2.2016, che la trasparenza, perseguita dal legislatore delegante anche per la riforma della dirigenza sanitaria, si pone non solo come forma di prevenzione dei fenomeni corruttivi, ma come strumento ordinario e primario di riavvicinamento del cittadino alla pubblica amministrazione, *«destinata sempre più ad assumere i contorni di una 'casa di vetro', nell'ambito di una visione più ampia dei diritti fondamentali sanciti dall'articolo 2 della Costituzione, che non può prescindere dalla partecipazione ai pubblici poteri»*.

In sostanza, come ha osservato questo Consiglio nel citato parere n. 515, la trasparenza viene a configurarsi, ad un tempo, come un mezzo per porre in essere una azione amministrativa più efficace e conforme ai canoni costituzionali e come un obiettivo a cui tendere, direttamente legato al valore democratico della funzione amministrativa, *«al fine di realizzare l'aspirazione a una democrazia intesa come "regime del potere visibile" (secondo la definizione di Norberto Bobbio)»*.

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 corruttela, e più forte si avverte la pur generalizzata istanza di *moralizzazione della res publica*, l'intento di creare un'organizzazione improntata al *merit system*, 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 e, quindi, tendenzialmente indipendente dalle influenze politiche; 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 quale bene ultimo, sul piano teleologico, perché fondamentale diritto dell'individuo e, insieme, interesse della collettività (art. 32 Cost.) – meritevoli della massima considerazione e della più ampia condivisione, ma è una via, occorre subito rilevarlo, non priva di ostacoli e criticità.

Un primo rilievo attiene alla tecnica di normazione, poiché il recepimento della legge delega in un testo normativo diverso dalla generale *sedes materiae*, quella del d. lgs. n. 502 del 1992, pone il problema di un quadro legislativo composito, la cui ricostruzione

passa attraverso una difficile opera di coordinamento tra i due testi normativi, quello del d. lgs. n. 502 del 1992 e quello del nuovo decreto legislativo, foriera di difficoltà ed eventuali contraddizioni o, al contrario, lacune, tutte evitabili mediante il ricorso ad un testo unico di carattere compilativo.

La tecnica della *novellazione a pettine*, nel settore della dirigenza sanitaria, può comportare dunque il rischio di discrasie normative, che devono invece essere evitate proprio per la necessità di offrire all'operatore, prima ancora che all'interprete, un quadro legislativo chiaro, univoco, compatto, omogeneo, e possibilmente un *corpus* normativo unico, al quale orientarsi e uniformarsi, essendo la chiarezza della previsione normativa premessa e condizione indispensabile della stessa trasparenza amministrativa.

Si segnala perciò al Governo l'opportunità di valorizzare lo strumento dell'art. 17-*bis* della l. n. 400 del 1988 e, cioè, del testo unico compilativo, quantomeno per un successivo riordino a normativa vigente, eventualmente demandando, come prevede il comma 3 di tale disposizione, la redazione dello schema di testo unico a questo stesso Consiglio di Stato, ai sensi dell'articolo 14, numero 2°, del testo unico delle leggi sul Consiglio di Stato, di cui al regio decreto 26 giugno 1924, n. 1054.

Ancora si deve evidenziare che, come si legge nella scheda di Analisi di impatto della regolamentazione (AIR), l'intervento regolatorio proposto è stato elaborato dai competenti uffici del Ministero della Salute, senza che siano state effettuate consultazioni con destinatari pubblici e privati, rilevandosi, in tale scheda (p. 4), che le procedure di consultazione si ritengono assolte attraverso le proposte emendative e

le audizioni intervenute in sede di esame parlamentare della legge delega.

L'intervento normativo qui in esame, dunque, non è stato preceduto da una vera e propria consultazione degli operatori del settore, al di là delle sole audizioni svolte in sede di esame parlamentare, e ciò costituisce un *limite cognitivo* della riforma, nel settore sanitario, poiché la previa consultazione delle associazioni a tutela degli utenti del Servizio sanitario, delle rappresentanze del personale dirigenziale, medico, tecnico e amministrativo, impegnato nella conduzione delle aziende sanitarie, e della stessa AGENAS avrebbe consentito di disporre di elementi valutativi più vasti e differenziati, in considerazione delle singole particolarità regionali e territoriali che caratterizzano il composito panorama organizzativo dello stesso Servizio in Italia.

La stessa Analisi di impatto di regolamentazione (AIR) allegata allo schema qui in esame, soffermandosi sulle finalità della riforma, ha evidenziato, infatti, che l'assenza di reali forme di procedimentalizzazione del potere di nomina è stata considerata, con il tempo, una causa del crescente livello di politicizzazione delle nomine aziendali, spesso causa di inefficienze organizzative presenti in diverse realtà sanitarie regionali (p. 1 della scheda).

Ora, una più approfondita conoscenza di queste realtà regionali, condotta attraverso una idonea consultazione delle singole aziende sanitarie, a campione, del relativo personale dirigenziale o di un ente specializzato come l'AGENAS, avrebbe verosimilmente consentito al legislatore di comprendere meglio, con una visione che dal "*particolare*" delle singole realtà locali e regionali risalisse al generale

assetto del servizio sanitario, le criticità del sistema e il loro diverso manifestarsi sul territorio, ascrivibili principalmente – anche se non solo – al circuito vizioso innestatosi tra politica regionale e dirigenza sanitaria: criticità che hanno condotto nel corso degli anni a gravi disfunzioni e inefficienze.

La stessa scheda dell'Analisi di impatto regolatorio, riportando la tabella relativa all'anno 2013 del Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato, osserva che la riforma investe un numero complessivo, su scala nazionale, di ben 875 incarichi dirigenziali.

Si tratta di un numero certo rilevante, ma che poco dice – al di là della sua consistenza – sul modo con il quale si atteggia il complesso rapporto tra politica regionale e amministrazione sanitaria nelle singole realtà locali e, soprattutto, non giova a comprendere isolatamente, in difetto di ulteriori dati esperienziali acquisiti in sede di consultazione e di una più approfondita analisi dei possibili impatti della normativa, se e in che misura tale problematico rapporto abbia effettivamente inciso sul raggiungimento degli obiettivi in termini di efficacia esterna (risposta ai bisogni della salute) e di efficacia organizzativa e interna, obiettivi, questi, che la stessa scheda pone quali indicatori che consentiranno di verificare il grado di raggiungimento degli obiettivi indicati e di monitorare l'attuazione dell'intervento nell'ambito della Valutazione dell'impatto regolatorio – VIR (p. 3 della scheda).

L'assenza di una preventiva e più vasta, approfondita e capillare cognizione di questi aspetti, più che opportuna ove si consideri l'organizzazione su base regionale e la minuta articolazione territoriale del servizio sanitario, potrebbe incidere negativamente sull'attuazione

della riforma, che finirebbe – pur nel perseguimento di indeclinabili e condivisibili valori costituzionali, prima ancora che di obiettivi di efficienza – per peccare di astrattezza, se non fosse accompagnata, sostenuta e corroborata da un attento monitoraggio, nell'ambito della Valutazione dell'impatto regolatorio (VIR), del suo concreto funzionamento da parte del Ministero della Salute e, soprattutto, delle Regioni.

Elemento rivelatore di questa potenziale criticità, insita nella genesi stessa della riforma, sta nel fatto che la legge di delega non abbia trovato una dettagliata e, si direbbe, individualizzata attuazione nella parte in cui l'art. 11, comma 1, lett. p), della l. n. 124 del 2015 prevede che nel sistema di verifica e di valutazione dell'attività dei direttori generali, che tenga conto degli obiettivi sanitari e dell'equilibrio economico dell'azienda, rientri anche *«la garanzia dei livelli essenziali di assistenza e dei risultati del programma nazionale valutazione esiti dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali»*.

L'incompleto esercizio della delega proprio su questo specifico punto, necessario allo stesso funzionamento del servizio sanitario nella sua proiezione esterna, verso gli utenti, per la stretta interrelazione tra organizzazione e diritti di cui si è detto in premessa, sconta forse l'originario *deficit* di consultazione e di analisi dell'impatto normativo, da parte del legislatore delegante, in ordine alle singole problematiche che quotidianamente affliggono la dirigenza sanitaria, nelle singole realtà regionali e locali, tra perseguimento degli obiettivi della sanità nazionale e regionale ed equilibrio economico dell'azienda, peraltro in un rapporto spesso opaco con i vertici politici della Regione.

L'assenza di una chiara visione e previsione circa le minime modalità attraverso le quali debbano essere garantiti dalla dirigenza i livelli essenziali di assistenza, "nucleo irriducibile", secondo il consolidato orientamento della giurisprudenza civile e amministrativa, del diritto alla salute, costituisce un aspetto estremamente significativo dello schema di decreto legislativo qui in esame, che proprio sul versante dell'*efficacia esterna* dell'azione amministrativa, in fondo quella più importante per il servizio sanitario, difetta di una precisa e testuale indicazione normativa, scontando la stessa astrattezza e, dunque, inapplicabilità del principio, al di là del generico e non meglio circostanziato riferimento ai livelli essenziali di assistenza contenuto nell'art. 2, comma 3, lett. b), dello schema qui in commento.

Ciò renderà verosimilmente più difficile la Valutazione dell'intervento regolatorio (VIR), in sede di attuazione, considerando che la stessa scheda di analisi, più volte richiamata, pone a p. 8 quale aspetto prioritario da monitorare, da parte del Ministero della Salute e, poi, delle Regioni, la auspicata riduzione delle inefficienze organizzative che hanno caratterizzato la conduzione del Servizio Sanitario Nazionale in molte realtà regionali.

Non è inutile ricordare, infatti, che il successo della riforma qui in esame è affidata anzitutto all'opera e alla leale collaborazione delle Regioni, alle quali è demandata, anche sul piano della ripartizione delle competenze voluto dall'attuale Costituzione, l'organizzazione del Servizio sanitario secondo i fondamentali principi di imparzialità, efficienza e trasparenza.

Alle Regioni è anche demandata dalla Costituzione e, in armonia con il sistema da essa delineato, dalla stessa legge di delega l'attuazione di

un altro fondamentale caposaldo della riforma, che giova qui ricordare e rimarcare, e cioè la formazione professionale dei direttori generali delle aziende sanitarie.

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.

Questo Consiglio di Stato ha già evidenziato, nel recente parere n. 929 del 15.4.2016 sullo schema di decreto recante «*Norme per il riordino della disciplina in materia di conferenza dei servizi*» in attuazione dell'art. 2 della stessa l. n. 124 del 2015, l'importanza della formazione professionale e, più in generale, di una "*capacitazione*" degli amministratori (§ 5.2. del citato parere) per la formazione di una dirigenza pubblica competente e altamente qualificata.

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 al Governo, 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 iscritti 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.

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.

Ritiene questo Consiglio che la proposta non debba trovare accoglimento, perché l'assegnazione di un punteggio a livello nazionale, pur non precostituendo 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 "particolatismi" 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»*.

Per eguali o consimili ragioni, ispirate a fondamentali principi di imparzialità e trasparenza e uniformità di valutazione – almeno quale punto di partenza – sull'intero territorio nazionale, ad arginare arbitri e disparità di ordine particolaristico, ritiene questa Commissione speciale che non debba trovare accoglimento nemmeno l'altra proposta emendativa, suggerita in sede di Conferenza unificata Stato-Regioni, secondo cui la Commissione regionale presenterebbe al Presidente della Regione una "rosa" di nomi anziché una "terna" di nomi.

Non si tratta infatti, come *prima facie* potrebbe apparire, di una questione meramente numerica.

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.

La tensione dialettica tra l'aspirazione del legislatore delegante alla imparzialità e alla trasparenza nella scelta dei direttori generali, secondo criteri meritocratici, e l'aspirazione delle Regioni a preservare la natura fiduciaria della nomina degli stessi direttori generali, quali primi e fondamentali responsabili dell'attuazione delle direttive politiche in materia sanitaria, pare a questa Commissione aver trovato un ragionevole punto di equilibrio nelle previsioni dello schema del decreto legislativo qui in commento, salvi i profili critici di ordine generale, di cui si è detto, e quelli di carattere particolare, che saranno singolarmente esaminati.

Una modifica di queste previsioni con un nuovo sbilanciamento verso la fiduciarità della nomina rischierebbe, a parere di questa Commissione speciale, di attenuare la concreta portata della riforma e il suo impatto sull'organizzazione del servizio sanitario.

Il monitoraggio di questa portata e di questo impatto richiede un'attività costante e intensa da parte del Ministero della Salute e delle singole Regioni.

Questa Commissione suggerisce, al riguardo, l'istituzione di una cabina di regia, come già si è osservato nel sopra menzionato parere n. 515 del 24.2.2015, che potrebbe costantemente, o anche solo periodicamente, valutare lo "stato di avanzamento" e i risultati effettivamente conseguiti dalla riforma.

Per il concreto funzionamento del sistema, del resto, sono previsti dallo schema qui in esame tempi molto brevi, come ricorda anche la scheda di analisi tecnico-normativa trasmessa in allegato allo schema (p. 5), se commisurati alla vastità e all'incisività degli obiettivi, ambiziosi, che la riforma persegue.

Sono previsti:

- 30 giorni dall'entrata in vigore del decreto legislativo qui in esame, ad esempio, per l'adozione, da parte del Ministro della Salute, di un decreto per la nomina della Commissione deputata alla formazione dell'elenco nazionale (art. 1, comma 3);
- 120 giorni dallo stesso *dies a quo* per l'adozione di un accordo tra lo Stato e le Regioni per definire contenuti, metodologia, dei corsi, nonché per l'adozione di un ulteriore accordo per definire i criteri valutativi dei direttori generali (art. 1, comma 4, lett. c) e art. 2, comma 3);
- 120 giorni sempre decorrenti da detto termine, infine, per l'adozione di altro accordo tra lo Stato e le Regioni per la valutazione dei titoli formativi e professionali, scientifici e di carriera, per il conferimento degli incarichi di direttore amministrativo, direttore sanitario e, ove previsto dalle leggi regionali, di direttore dei servizi socio-sanitari.

Soltanto un attento monitoraggio affidato ad una "cabina di regia" composta dagli attori istituzionali – Stato, Regioni, soggetti pubblici

indipendenti coinvolti nell'attuazione della riforma – circa la realizzazione dei fondamentali obiettivi, di breve, medio e lungo periodo, perseguiti con l'intervento normativo, potrà assicurare alla riforma qui in esame il successo che merita.

Sul piano della tecnica normativa, peraltro, si suggerisce al Governo, come meglio si dirà analizzando l'art. 6 dedicato alle disposizioni transitorie, l'opportunità di inserire tutte le previsioni relative alla tempistica e alle modalità di prima applicazione del decreto legislativo qui in esame, appena menzionata, nell'articolo 6, appositamente dedicato alle norme transitorie.

Si procede ora all'esame del testo nei suoi singoli articoli.

### *§ 3. Rilevi sull'articolato normativo.*

*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.

Tale disciplina, come si è anticipato nelle premesse di cui al § 1 e, ancor più dettagliatamente, si è veduto nelle considerazioni generali di cui al § 2, innova profondamente il sistema delineato dal d. lgs. n. 502 del 1992, di cui infatti viene abrogato dall'art. 9 dello schema qui in commento – alla cui più approfondita analisi, comunque, si rinvia – l'art. 3-bis, commi 1, commi da 3 a 7, comma 10 e comma 15.

Si sono già segnalati nella parte generale (§ 2) i problemi di coordinamento che comporta la previsione di un nuovo *corpus* normativo, come quello qui in esame, accanto alla disciplina generale tuttora dettata dall'art. 3-*bis* del d. lgs. n. 502 del 1992, con la conseguente opportunità di una *reductio ad unitatem*, in un testo unico, dell'intera materia.

Altri problemi frutto di questa opzione normativa non unitaria, relativi all'impatto della nuova disciplina sul d. lgs. n. 502 del 1992 e alle carenti o erronee previsioni abrogative dell'art. 9 dello schema qui in esame, saranno affrontate in sede di commento a tale articolo.

Il nuovo intervento normativo, come anche ricorda la relazione illustrativa (p. 1) e la scheda di Analisi di impatto della regolazione – AIR (pp. 1-2), 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 (e, dunque, almeno tendenzialmente insensibile alle dinamiche politiche dei singoli contesti regionali), il relativo procedimento di selezione.

Il procedimento selettivo finalizzato al conferimento dell'incarico mostra nelle sue linee portanti, come si è già accennato in sede di premesse (§ 1) e di considerazioni generali (§ 2), 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 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.

Si rileva anzitutto che l'art. 1, comma 3, non presenta una formulazione del tutto chiara, poiché esso prevede che la Commissione sia composta da cinque esperti di comprovata

competenza ed esperienza, «di cui», così essa testualmente recita, due designati dal Ministero della Salute, uno scelto tra i magistrati ordinari, amministrativi, contabili e avvocati dello Stato con funzioni di Presidente, uno dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e due designati dalla Conferenza permanente Stato-Regioni.

La formulazione del comma presta il fianco a dubbi e perplessità, poiché i componenti della Commissione complessivamente sono sei, comprendendovi il Presidente scelto tra i magistrati o gli avvocati dello Stato, e non già cinque, sicché appare preferibile la formulazione «Commissione composta da sei membri, di cui uno con funzioni di Presidente scelto tra magistrati ordinari, amministrativi, contabili e avvocati dello Stato, e cinque esperti di comprovata competenza ed esperienza», a meno di non ipotizzare che il legislatore delegato abbia inteso escludere il Presidente dalla composizione della commissione e dal numero dei suoi membri, ciò che apparirebbe, invero, alquanto anomalo e di difficile comprensione, quando ha comunque previsto, con l'espressione «di cui», che anche egli sia un esperto di comprovata competenza ed esperienza.

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 ha voluto in questo modo, come si legge del resto espressamente nella relazione illustrativa, scongiurare 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.

In fase di prima applicazione, come prevede l'ultimo periodo del comma 2, la Commissione è nominata entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo.

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

Occorre segnalare al Governo la necessità di 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, secondo la relazione illustrativa, 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 intendere 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 specifica previsione di un particolare limite di età per determinati tipi di concorsi, da parte di una legge successiva alla l. n. 127 del 1997, comporta l'inapplicabilità di quanto previsto a livello generale per i concorsi indetti da pubbliche amministrazioni dall'art. 3, comma 6, della stessa L. n. 127 del 1997, secondo cui la partecipazione ai concorsi indetti da pubbliche amministrazioni non è soggetta a limiti di età (v., *ex plurimis*, Cons. St., sez. V, 30.5.2007, n. 2753).

La previsione del limite pari a 65 anni, d'altro canto, non pare irragionevole, ove si consideri che l'incarico non può avere durata inferiore a tre anni e superiore a cinque, sicché il candidato scelto non potrebbe superare l'età massima dei 70 anni.

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.

Questa Commissione ha già segnalato sopra, nei rilievi di carattere generale (§ 2), le criticità connesse alla scelta di prevedere, tra i requisiti di ammissione, il possesso dell'attestato rilasciato all'esito del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria, escludendo la partecipazione a quanti non possano o non debbano, per essere già in possesso di altri titoli formativi (eventualmente equipollenti) o, comunque, di sufficienti cognizioni in materia, partecipare a tali corsi.

Si segnala al Governo l'opportunità di collocare il possesso dell'attestato tra i *criteri di valutazione* e, in particolare, nella lettera b) dell'art. 1, comma 6, valorizzandone l'importanza ai fini dell'assegnazione del punteggio tra i criteri specifici predefiniti nell'avviso pubblico di cui al comma 4.

In ogni caso molto opportunamente l'art. 1, comma 4, nella sua parte finale fa salvi gli attestati conseguiti alla data di entrata in vigore del decreto, ai sensi delle disposizioni previgenti e, in particolare, ai sensi dell'art. 3-*bis*, comma 4, del d. lgs. n. 502 del 1992, nonché quelli in corso di conseguimento secondo quanto previsto dallo stesso art. 3-*bis*, appena menzionato.

Il comma 5 dell'art. 1 prevede che i requisiti debbano essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione della domanda di ammissione.

Alle domande devono essere allegati il *curriculum* formativo e professionale e l'elenco dei titoli valutabili ai sensi del comma 6.

La partecipazione alla procedura di selezione è subordinata dall'art. 1, comma 5, al versamento ad apposito capitolo di bilancio di un contributo pari ad almeno 30 euro, non rimborsabile, e i relativi introiti sono riassegnati ad apposito capitolo di spesa dello stato di previsione del Ministero della Salute per essere destinati alle spese necessarie per assicurare il supporto allo svolgimento delle procedure selettive e per la gestione dell'elenco degli idonei.

Nella propria relazione tecnica la Ragioneria Generale dello Stato sottolinea che tali somme verranno utilizzate per assicurare il necessario supporto tecnico alla procedura selettiva e alla gestione dell'elenco e delle relative procedure informatizzate.

La platea dei possibili soggetti interessati a partecipare alle procedure selettive, rileva la Ragioneria, è molto ampia, atteso che, secondo quanto risulta dalla tabella relativa all'anno 2013 del Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato, riferita al numero degli incarichi conferiti, gli organi di vertice degli enti pubblici del Servizio Sanitario Nazionale sono pari ad 875 e i direttori di struttura complessa sono pari ad 11.150.

La relazione illustrativa dello schema qui in commento pone in rilievo, al riguardo, la circostanza che il versamento del contributo di partecipazione non rimborsabile, pur non essendo previsto da una disposizione di carattere generale, è comunque contemplato da

normative settoriali, quali, ad esempio, l'art. 1 del R.D. 21 ottobre 1923, n. 2361, relativo alla *"Determinazione della tassa per l'ammissione ai concorsi per gli impieghi degli enti locali"*, all'art. 4, comma 45, della l. n. 183 del 2011, che ha introdotto il pagamento del diritto di segreteria a carico dei partecipanti ai concorsi pubblici per il reclutamento dei dirigenti presso le pubbliche amministrazioni, l'art. 4, comma 15, del d.l. n. 101 del 2013, convertito, con modificazioni, dalla l. n. 125 del 2013, che ha stabilito l'estensione del pagamento di tale contributo anche ai concorsi per il reclutamento del personale di magistratura.

Questa Commissione speciale deve tuttavia osservare, al riguardo, che l'art. 4, comma 45, della l. n. 183 del 2011 prevede che *«per la partecipazione ai concorsi per il reclutamento del personale dirigenziale delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo n. 165 del 2001, e successive modificazioni, è dovuto un diritto di segreteria, quale contributo per la copertura delle spese della procedura»*, stabilendo che l'importo fissato dal bando sia compreso tra i 10 ed i 15 euro, ma esclude espressamente dalla sua applicazione le Regioni, le Province autonome, e gli enti, di rispettiva competenza, del Servizio Sanitario Nazionale nonché gli enti locali.

Si demanda al Governo di verificare se non vi sia un eccesso di delega, da questo punto di vista, posto che l'art. 11, comma 1, lettera p), della l. n. 124 del 2015 non prevede l'introduzione di tale contributo, espressamente escluso, anzi, dall'art. 4, comma 45, della l. 183/2011 per la partecipazione alle procedure selettive gli enti del Servizio Sanitario Nazionale.

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.

Come si è già anticipato nelle considerazioni generali, di cui al § 2, le Regioni, in seno alla Conferenza unificata Stato-Regioni, hanno peraltro suggerito di aggiungere, nell'articolo 1, comma 7, il seguente emendamento «*il punteggio è assegnato esclusivamente ai fini dell'inserimento del candidato nell'elenco nazionale*», con ciò intendendo chiarire come il suddetto punteggio non possa in alcun modo condizionare lo svolgimento della verifica svolta dalla Commissione regionale, orientata alla individuazione della rosa dei candidati sui quali il

Presidente della Giunta effettuerà la propria scelta, assegnando l'incarico.

La proposta di emendamento, tuttavia, non sembra a questa Commissione speciale condivisibile, poiché, pur essendo indubbio che la valutazione della Commissione regionale sia e debba essere autonoma rispetto a quella della Commissione nazionale, essa non può comunque non tenere conto del punteggio assegnato in sede nazionale, quale elemento di partenza, per poi discostarsene sulla base di ulteriori elementi, soggettivi ed oggettivi, che saranno attentamente valutati e debitamente motivati.

La necessaria considerazione del punteggio assegnato in sede nazionale costituisce un elemento che pone un limite alla possibile *arbitrarietà* della procedura idoneativa, di cui si dirà, da parte della Commissione regionale, la quale effettua la verifica dei requisiti per titoli e colloquio dei candidati.

Questo Consiglio 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.

La calibrazione del punteggio tra il minimo di 75 e il massimo di 100 dovrebbe tuttavia essere meglio ponderata e definita dal legislatore delegato, stabilendo, ad esempio, un criterio preferenziale secondo cui l'esperienza positiva pregressa in ruoli dirigenziali delle aziende sanitarie, certificata dalle competenti Amministrazioni, valga almeno

un determinato numero di punti, così come anche il conseguimento di uno o più attestati di frequentazione ai corsi regionali, laddove si voglia assegnare ad essi natura di criterio valutativo anziché, come osservato, di requisito partecipativo.

Si segnala dunque al Governo l'opportunità di prevedere almeno taluni punteggi vincolati ad esperienze o titoli formativi particolarmente qualificanti, ad evitare una eccessiva dilatazione dei margini valutativi nell'assegnazione dei punteggi, senza con ciò mortificare, ovviamente, la discrezionalità tecnica della Commissione nell'apprezzamento delle pregresse esperienze e dei titoli per l'inserimento nell'elenco e per l'assegnazione del punteggio.

L'iscrizione nell'albo, del resto, nel disegno legislativo non è soltanto l'esito di un giudizio tecnico ancorato a parametri fissi, predefiniti dal legislatore, e quindi frutto di un potere vincolato, secondo lo schema classico norma/fatto/effetto, ma assume il contenuto e i connotati tipici di una vera e propria discrezionalità tecnica, esercitata anzitutto nel perseguimento di una finalità di interesse generale (trasparenza e imparzialità di una procedura idoneativa a livello nazionale secondo criteri meritocratici).

Ciò sembra comportare anche una significativa novità anche sul piano della tutela giurisdizionale, che dovrebbe essere ora demandata alla giurisdizione del giudice amministrativo proprio per la posizione di *interesse legittimo* che la posizione degli aspiranti viene ad assumere.

Non dà adito a rilievi, infine, la previsione di chiusura, di cui all'art. 1, comma 7, alla stregua della quale non possono essere reinseriti nell'elenco nazionale coloro che siano stati dichiarati decaduti dal precedente incarico di direttore generale per le violazioni degli

obblighi di trasparenza stabiliti dall'art. 2, comma 2, del medesimo schema del decreto legislativo qui in esame.

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'Agenas nazionale per i servizi sanitari regionali.

Ritiene questa Commissione speciale che non debba trovare accoglimento la proposta di emendamento, suggerita in sede di Conferenza unificata Stato-Regioni, secondo cui uno degli esperti dovrebbe essere designato dalla Regione interessata, poiché la *ratio legis* è proprio intesa ad evitare che la composizione della Commissione, come anche la sua successiva valutazione, sia influenzata da logiche politiche particolaristiche e non da criteri meritocratici che l'indicazione degli esperti da parte di qualificate istituzioni scientifiche indipendenti e la designazione di un componente da parte dell'AGENAS dovrebbe, almeno in linea di principio, garantire.

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, come si legge nella relazione illustrativa, 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.

La relazione illustrativa evidenzia con forza che la necessità dell'intervento è motivata, soprattutto, dal fatto che una quota rilevante dell'inefficienza organizzativa che ha caratterizzato la conduzione del Servizio Sanitario Nazionale in molte realtà regionali dipende dalle distorsioni che hanno caratterizzato la selezione e la scelta sia dei direttori generali delle aziende sanitarie che delle aziende ospedaliere.

L'intervento normativo muove quindi dalla *ratio* di procedimentalizzare il potere di nomina dei direttori generali, colmando una lacuna che, nel tempo, è stata giudicata quale concausa del crescente livello di politicizzazione delle nomine aziendali e ha visto, a più riprese, l'intervento della Corte costituzionale.

Il giudice delle leggi, nel censurare il sistema dello *spoils system* che proprio in questo specifico settore ha manifestato le sue più gravi criticità, ha sottolineato che il direttore generale dell'azienda sanitaria viene qualificato come una *figura tecnico-professionale* che ha il compito di perseguire, nell'adempimento di una obbligazione di risultato oggetto

di un contratto di lavoro autonomo, gli obiettivi gestionali ed operativi definiti dal piano sanitario regionale, a sua volta elaborato in armonia con il piano sanitario nazionale, dagli indirizzi della Giunta, dal provvedimento di nomina e dal contratto di lavoro con l'amministrazione regionale.

La Corte ha in particolare affermato che l'imparzialità e il buon andamento dell'Amministrazione esigono che la posizione del direttore generale sia circondata da garanzie e che, in particolare, *«la dipendenza funzionale del dirigente non può diventare dipendenza politica»* (Corte cost., 19.3.2007, n. 104).

Deve quindi essere salutato e sottolineato con favore lo sforzo del legislatore finalizzato ad assicurare maggiore imparzialità e trasparenza alla fase della selezione e della nomina delle figure apicali anche nella fase di valutazione demandata alla Commissione regionale.

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 parere di questo Consiglio, a ragion veduta.

Questa Commissione speciale, anche al fine di non ripetersi inutilmente, deve qui richiamare tutte le considerazioni espresse in sede di esame generale del provvedimento, non senza qui aggiungere alcuni rilievi specifici attinenti alla figura del direttore generale, nel nostro ordinamento, quale esce ridisegnata dall'art. 2 qui in esame.

La procedura di nomina del direttore generale di una azienda sanitaria implica una valutazione discrezionale sull'idoneità di questo a svolgere l'incarico affidatogli (Cass., Sez. Un. 11.2.2003, n. 2065) e, costituendo un atto con il quale la Regione assume una determinazione organizzativa generale espressiva di un *«potere di supremazia»*, è sindacabile in sede di giurisdizione generale di legittimità da parte del giudice amministrativo.

Le Sezioni Unite della Cassazione hanno chiarito che il rapporto in questione è, sì, di diritto privato, ma la nomina del direttore generale avviene previo esperimento di un procedimento amministrativo selettivo non concorsuale, con un atto discrezionale di alta amministrazione, manifestazione di poteri pubblicistici ai quali sono correlati in capo al privato interessi legittimi (v. anche, sul punto, Cass., Sez. Un., 19.12.2014, ord. n. 26938).

In presenza di un procedimento amministrativo autoritativo, preordinato ad una selezione di tipo non concorsuale, mediante atto discrezionale di alta amministrazione (la legge espressamente escludendo la necessità di valutazioni comparative), l'aspirante non può vantare situazioni di diritto soggettivo rispetto alla scelta, ma soltanto di interesse legittimo, venendo in discussione non rapporti giuridici, connotati dalla coppia diritto-obbligo, ma esclusivamente la

correttezza dell'azione amministrativa (Cass., Sez. Un., 18.12.2007, ord. n. 26631).

Proprio l'ampio margine di discrezionalità, tipico di questo atto di alta amministrazione, e la natura del procedimento selettivo in questione, che ha – come tutti quelli finalizzati alla nomina dei dirigenti sanitari – carattere idoneativo e non concorsuale, consigliano che l'intera procedura sia presidiata da garanzie che, pur salvaguardando la natura ampiamente discrezionale del conferimento dell'incarico da parte del Presidente della Regione, scongiurino il rischio di una sostanziale arbitrarietà di una scelta, non dettata – quanto meno prevalentemente – da ragioni meritocratiche e resa insindacabile, in sede di legittimità, dal giudice amministrativo.

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

essete 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 l. n. 241 del 1990 – di ogni provvedimento di nomina, conferma e revoca del direttore generale.

È opportuno ricordare, infatti, che natura analoga e speculare a quello di nomina, appena descritto, ha il provvedimento previsto dal citato art. 3-bis, comma 6, del d. lgs. n. 502 del 1992 e dall'art. 4 dello stesso schema che, abrogandolo, ne recepisce il contenuto, in base al quale le Regioni, trascorso diciotto mesi – in precedenza ventiquattro – dalla nomina e previa verifica dei risultati amministrativi e di gestione, dispongono la conferma dell'incarico o la risoluzione del relativo contratto, con la conseguenza che l'impugnazione da parte del direttore generale dell'atto di risoluzione rientra nella giurisdizione del giudice amministrativo (Cass., Sez. Un., 19.12.2014, ord. n. 26938).

Quella del direttore generale è, infatti e anzitutto, una *obbligazione di risultato*, che lo vede, cioè, impegnato a raggiungere i risultati fissati dal Piano sanitario regionale e dalle linee fissate in sede politica dalla Regione.

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, ipotesi già disciplinate dall'art. 3-bis, comma 7, del d. lgs. n. 502 del 1992, che viene abrogato,

e ritenute sino ad oggi dalla Corte regolatrice della giurisdizione equiparabili alla risoluzione per inadempimento codicistica e coinvolgenti, perciò, situazioni di diritto soggettivo tutelabili davanti al giudice ordinario (v., per tutte, Cass., Sez. Un, 26.1.2011, n. 1767).

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. 4.

Il legislatore ha inteso, in questo modo, valorizzare anche in questo settore la fondamentale importanza degli *obblighi in materia di trasparenza*, in coerenza, del resto, con la filosofia ispiratrice dell'intera legge di delega, come ha ben posto in rilievo la stessa Sezione normativa nel parere 515 del 24.2.2016, e ha incluso anche le violazioni di tali obblighi tra i motivi di risoluzione del rapporto, tenendo presente, del resto, l'impellente necessità di contenere la spesa pubblica nel settore sanitario, dopo anni di inefficienze e di abusi.

Le funzioni del direttore generale, dunque, non implicano più soltanto una *obbligazione di risultato*, come pure ha affermato la sentenza della Corte costituzionale sopra richiamata, tipica del suo ruolo di *manager*

pubblico dotato di alte capacità gestionali e obbligato a raggiungere determinati obiettivi, ma anche una *obbligazione di mezzi*, comportando che egli raggiunga gli obiettivi, di cui meglio si dirà, improntando il suo *agere* a quella trasparenza e a quella imparzialità, a quella cristallinità che sono la massima espressione e prima manifestazione del buon andamento.

Questa Commissione speciale, pur consapevole che la previsione sia già contenuta letteralmente nell'art. 11, comma 1, lett. p), della l. n. 124 del 2015, ritiene solo di dover segnalare al legislatore delegato l'eccessiva ampiezza e genericità di espressioni come «*manifesta violazione di legge o regolamenti*», di cui all'art. 2, comma 5, dello schema, tanto ampia e indeterminata da comprendere ogni o, per converso, nessuna di tali violazioni, poiché l'utilizzo di tali clausole generali presta il fianco a forme di arbitrio nella revoca dei direttori generali, vanificando le più profonde ragioni della riforma, che sono già ampiamente salvaguardate dalle circostanziate e tassative ipotesi di risoluzione del rapporto, per cause ben determinate, previste dalla legislazione vigente e dallo schema di decreto legislativo qui analizzato.

La seconda considerazione che discende dall'esame della disposizione attiene, sul piano processuale, alla probabile ricaduta della nuova fattispecie in termini di giurisdizione, potendo ritenersi che la procedimentalizzazione dell'intera vicenda e la previsione di un provvedimento motivato, implicante delicate valutazioni anche sul rispetto di obblighi di trasparenza, finisca con il radicare la giurisdizione del giudice amministrativo, venendo il direttore generale a trovarsi in una posizione di *interesse legittimo* rispetto ad un

provvedimento di recesso che presupponga l'esercizio di un potere risolutivo connesso alla riconosciuta esistenza, da parte dell'Amministrazione, di un uso *distorto o non trasparente* del potere organizzativo e gestionale spettante al direttore generale.

L'adozione di provvedimenti intesi a comminare, ai sensi dell'art. 52, comma 4, lettera d) della l. n. 289 del 2002, che richiama l'articolo 3, comma 2, lettera c), del d.l. 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, *«la decadenza automatica dei direttori generali nell'ipotesi di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico delle aziende sanitarie e ospedaliere nonché delle aziende ospedaliere autonome»*, espressamente prevista dall'art. 2, comma 6, dall'articolato qui in esame, dovrebbe anche essa spettare alla cognizione del giudice amministrativo.

La Corte costituzionale, nella sentenza n. 36 del 27.1.2005, ha stabilito che criteri interpretativi sistematici, nonché il puntuale richiamo al citato art. 3, comma 2, lettera c) del d.l. n. 347 del 2001, inducono a ritenere che *«al legislatore regionale compete comunque determinare i presupposti sostanziali e le forme procedurali per infliggere la predetta sanzione ai direttori generali»*, sicché si è al cospetto di una misura sanzionatoria che non elimina ogni spazio di autonomia legislativa ed organizzativa regionale, con conseguente ed evidente contenuto discrezionale, espressione di potestà pubblicistica, del relativo provvedimento.

L'unica ipotesi di risoluzione contrattuale, che dovrebbe residuare alla cognizione del giudice ordinario, è quella dell'accertamento, da parte della Regione, del mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali, costituente per il direttore generale *«grave inadempimento contrattuale»* e comportante *«la decadenza automatica dello stesso»*, prevista

dall'art. 3-*bis*, comma 7-*bis*, del d. lgs. n. 502 del 1992, e mantenuta ferma sia dall'art. 2, comma 6, che dall'art. 9, comma 2, dello schema di decreto legislativo qui analizzato.

Le nuove disposizioni, nell'accentuare le garanzie procedimentali e gli obblighi motivazionali, intendono valorizzare al massimo grado i principi di trasparenza e di imparzialità nella nomina, nella conferma e nella revoca del direttore generale.

La relazione illustrativa evidenzia, del resto, i rilevanti *tratti di specialità* di questa figura dirigenziale rispetto alle altre figure apicali dell'amministrazione e alle generali previsioni degli art. 19 e ss. del d. lgs. n. 165 del 2001, richiamando opportunamente la costante giurisprudenza delle Sezioni Unite della Cassazione (v., in particolare, Cass., Sez. Un., 18.12.2007, ord. n. 26631).

Il quadro normativo di riferimento, sul quale il provvedimento in esame incide profondamente, è dato, come si è premesso, dalle disposizioni del d. lgs. n. 502 del 1992, modificate dal d. lgs. 19 giugno 1999, n. 299, e del d.l. 27 agosto 1994, n. 512, convertito in l. 17 ottobre 1994, n. 590.

Il direttore generale dell'azienda sanitaria (persona giuridica pubblica), secondo il disegno normativo del d. lgs. n. 502 del 1992, è organo che rappresenta l'azienda (ente strumentale della regione), con tutti i poteri di organizzazione (adotta l'atto aziendale) e di responsabilità della gestione, compresi quelli di nomina dei direttori sanitario e amministrativo, nonché dei revisori; è nominato con provvedimento dell'ente di cui l'azienda è strumento, cioè della Regione (salvi i poteri sostitutivi statali in caso di inerzia nel termine previsto), con esclusivo riferimento alla sussistenza dei requisiti del diploma di laurea e

dell'esperienza dirigenziale come definita dalla legge, senza necessità di valutazioni comparative (allo scopo è formato un elenco di idonei, previo avviso pubblico diretto alla presentazione delle domande di conferimento dell'incarico); con il nominato è stipulato un contratto di diritto privato, secondo uno schema definito da un d.P.C.M., e di lavoro autonomo esclusivo (d. lgs. n. 502 del 1992, art. 3, commi 1-*bis*, 1-*quater*, 1-*quinquies*; art. 3-*bis*, commi 1, 2, 8; art. 6; art. 13; d.l. n. 512 del 1994, art. 1).

La delicatezza delle funzioni svolte dal direttore generale fa sì che *«l'organo di vertice dell'ente non può prestare servizio in condizione di subordinazione»* e, quanto ai poteri di direttiva, controllo e di risoluzione del contratto (art. 3-*bis*, commi 6 e 7, del d. lgs. 502/1992), *«essi competono alla regione, ente diverso da quello nella cui organizzazione il direttore è inserito e per il quale le prestazioni sono rese»* (Cass., Sez. Un., 18.12.2007, ord. n. 26631).

L'esercizio di questi poteri, come anche di quello di nomina, deve essere sottratto, per quanto possibile, all'influenza di motivi condizionanti la scelta, le decisioni, e la conferma stessa del direttore stesso riconducibili alla volontà politica del solo Presidente della Giunta Regionale, sia scongiurando il pericolo di *spoils system*, con la previsione di contratti aventi almeno durata triennale e soggetti a risoluzione soltanto per tassative ipotesi, rigorosamente procedimentalizzate per consentire il sindacato giurisdizionale amministrativo, anche con eventuale annullamento del recesso affetto da eccesso di potere per l'uso strumentale della risoluzione del contratto a fini politici.

La legge di delega ha quindi previsto per tutte le procedure di nomina, conferma e revoca procedimenti rigorosi, assistiti da forme di garanzie partecipative e di pubblicità, intese a garantire, come detto, la massima trasparenza e imparzialità.

Lo sforzo del legislatore delegato risponde ad una duplice finalità e, cioè, quella di garantire la rispondenza della nomina (della conferma o della revoca), pur nella loro riconosciuta forma di atti di alta amministrazione, a criteri di merito, nella massima trasparenza e imparzialità, a *tutela delle stesse funzioni esercitate dal direttore generale*, e dall'altra quella di ispirare l'esercizio di queste funzioni al *conseguimento dei fondamentali obiettivi* che sono propri del servizio sanitario, secondo il principio dell'amministrazione di risultato o del c.d. *diritto amministrativo prestazionale*.

In questa prospettiva assumono un particolare rilievo le disposizioni dell'art. 2, commi 2, 3 e 4, dello schema del decreto legislativo qui in esame, attuative di un peculiare principio espresso dall'art. 11, comma 1, lett. p), della l. n. 124 del 2015, laddove contempla un «*sistema di verifica e di valutazione dell'attività dei direttori generali che tenga conto del raggiungimento degli obiettivi sanitari e dell'equilibrio economico dell'azienda, anche in relazione alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza e dei risultati del programma nazionale valutazione esiti dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali*».

Il comma 2 stabilisce, anzitutto, che all'atto di nomina di ciascun direttore generale le Regioni e le Province autonome definiscono e assegnano, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi con riferimento alle relative risorse, gli obiettivi di trasparenza, finalizzati a rendere i dati pubblicati di

immediata comprensione e consultazione per il cittadino, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale, da indicare sia in modo aggregato che analitico, tenendo conto dei canoni valutativi di cui al successivo comma 3.

Quest'ultimo comma stabilisce che, al fine di assicurare omogeneità nella valutazione dell'attività dei direttori generali, entro 120 giorni dalla data di entrata in vigore del decreto, con Accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, siano definiti i criteri e le procedure per valutare e verificare tale attività, tenendo conto:

- a) del raggiungimento di obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, all'ottimizzazione dei servizi sanitari e al rispetto degli obiettivi economico-finanziari e di bilancio concordati, avvalendosi dei dati e degli elementi forniti dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali;
- b) della garanzia dei livelli essenziali di assistenza e dei risultati del programma nazionale valutazione esiti dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali;
- c) degli adempimenti in materia di appropriatezza delle prescrizioni mediche, di cui all'art. 9-*quater*, comma 6, del d.l. n. 78 del 2015, convertito, con modificazioni, dalla l. n. 125 del 2015;
- d) degli obblighi in materia di trasparenza, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale.
- e) degli ulteriori adempimenti previsti dalla legislazione vigente.

Il successivo comma 4 stabilisce che il procedimento di *monitoraggio* sull'attività del direttore generale verifichi, appunto, i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi, sin qui elencati, di cui ai commi 2 e 3, e in caso di esito negativo si concluda, previa contestazione e nel rispetto del principio del contraddittorio, con la decadenza immediata dall'incarico e la risoluzione del relativo contratto.

A questa ipotesi di decadenza si aggiungono poi quelle, già esaminate, dei commi 5 e 6.

Con la disposizione di chiusura, dettata dal comma 7, il legislatore ha previsto che i provvedimenti di decadenza di cui ai commi 4 e 5 e quelli di decadenza automatica di cui al comma 6 sono comunicati al Ministero della Salute ai fini della cancellazione dall'elenco nazionale del soggetto decaduto dall'incarico.

Fermo restando quanto disposto dal comma 6, lettera a), dell'articolo 1 dell'articolato, secondo cui la Commissione nazionale, nell'assegnazione del punteggio, valuta «*eventuali provvedimenti di decadenza*», i direttori generali decaduti possono essere reinseriti nell'elenco esclusivamente previa nuova selezione.

Questa Commissione speciale deve rilevare, richiamando anche qui, in estrema sintesi, le considerazioni generali già svolte al § 2, che il nodo più problematico e sostanzialmente irrisolto dell'att. 2 e, più complessivamente, della riforma, che denota una non completa e non sufficiente attuazione dei principi contenuti nella legge di delega, sta proprio nella mancata individuazione di più specifiche modalità attraverso le quali la dirigenza sanitaria dovrebbe assicurare e perseguire i livelli essenziali di assistenza.

La generica previsione dell'art. 2, comma 3, lett. b), appare invero insufficiente a comprendere e, soprattutto, a regolare questo delicato aspetto, connesso non solo al fondamentale operato della dirigenza pubblica, ma all'essenza stessa del diritto alla salute nell'ottica di una amministrazione di risultato effettivamente rispondente ai bisogni primari della collettività secondo basilari coordinate costituzionali.

Si raccomanda pertanto al Governo l'opportunità di valutare, anche in sede di un eventuale e futuro testo unico, la considerazione di tali aspetti, per impegnare i direttori generali al rispetto dei livelli essenziali di assistenza secondo coordinate precise e cogenti, necessarie ad evitare fenomeni di inefficienza e corruzione, alla quale la riforma, pur in modo del tutto condivisibile, ha inteso porre rimedio.

E ciò, occorre solo qui aggiungere, in un contesto di grave crisi economica, che ha indotto più volte il Governo e il Parlamento ad adottare misure normative intese a contenere e a razionalizzare la spesa sanitaria, proprio a cagione delle gravi inefficienze registratesi negli ultimi due decenni nel settore sanitario.

Articolo 3. *(Aziende ospedaliere 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 ospedaliere-universitarie, ferma restando, per la nomina del direttore generale, l'intesa del Presidente della Regione con il Rettore.

L'ultimo periodo dell'art. 11, comma 1, lettera p), della legge n. 124 del 2015 demanda al decreto legislativo anche la «definizione delle modalità per l'applicazione delle norme adottate in attuazione della medesima lettera p) alle aziende ospedaliero-universitarie» le quali, come è noto, sono dotate di autonoma personalità giuridica e concretano la principale collaborazione fra Servizio Sanitario Nazionale e Università (v., in particolare, l'art. 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, recante la disciplina dei rapporti fra Servizio Sanitario Nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419).

La delega è attuata con un pieno rinvio alle disposizioni dei due precedenti articoli, «ferma restando per la nomina del direttore generale l'intesa del Presidente della Regione con il Rettore».

L'intesa con la Regione è attualmente prevista – in un contesto ordinamentale che verrà modificato dal presente decreto legislativo *in itinere* – dall'art. 4, secondo comma, primo periodo del citato d. lgs. n. 517 del 1999, che però non indica – come fa invece il presente articolo 3 dello schema – specificamente come organo regionale dell'intesa «il presidente della regione», bensì «la regione», senza ulteriori specificazioni («Il direttore generale è nominato dalla regione, acquisita l'intesa con il rettore dell'università»).

L'assenza di specificazioni di cui al citato art. 4, secondo comma, primo periodo del citato decreto legislativo n. 517 del 1999 appare più conforme all'autonomia regionale delineata dall'art. 117, terzo comma, della Costituzione, che nella materia oggetto di legislazione concorrente quale è quella della "tutela della salute" attribuisce alle

Regioni la potestà legislativa *«salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato».*

È da escludere che l'indicazione dello specifico organo regionale al quale demandare l'intesa col Rettore ai fini della nomina del direttore generale di un'Azienda ospedaliero-universitaria (e del relativo procedimento, che la Regione, nella sua autonomia concorrente di cui all'art. 117 della Costituzione, potrebbe inserire in un delibera di Giunta o arricchire dell'apporto del consiglio regionale) possa annoverarsi tra i principi generali riservati, in materia di legislazione concorrente, allo Stato.

Si rimette quindi al Governo l'opportunità di valutare che, nel rispetto, del principio espresso nell'art. 117, comma terzo, della Costituzione, Part. 3 in esame sia così riformulato: *«Le disposizioni di cui agli articoli 1 e 2 si applicano anche alle aziende ospedaliero universitarie, ferma restando per la nomina del direttore generale l'intesa 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*».

Quest'ultima figura invero non è contemplata specificamente nel d. lgs. n. 502 del 1992, ma è implicitamente prevista nella normativa statale, che in effetti ne demanda la disciplina alla normazione regionale, come prevedono l'art. 3, comma 1-*quinquies*, e l'art. 3-*septies* del d. lgs. n. 502 del 1992 nonché il d.P.C.M. 14 febbraio 2001, "*Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie*".

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.

In ordine al preliminare richiamo al rispetto dei principi di trasparenza di cui al d. lgs. n. 33 del 2013 (sul riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni) e all'art. 1, comma 522, della "legge di stabilità 2016", si osserva che risulta prossimo alla emanazione il decreto legislativo (sul quale questo Consiglio di Stato ha espresso il parere di legge) il quale, in attuazione dell'art. 7 della medesima legge-delega n. 124/2015 cui pure dà attuazione il presente schema di articolato, recherà la revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, modificando e integrando la legge 6 novembre 2012, n. 190 (*"Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione"*) e il citato d. lgs. n. 33 del 2013.

Ciò imporrà, in sede di stesura definitiva del presente articolo 4, una sostituzione del richiamo al d. lgs. n. 33 del 2013 con il richiamo al nuovo decreto legislativo.

Pure sotto il profilo generale si osserva che il comma unico dell'art. 4 in esame reca una disciplina ampia e relativamente organica della materia, sicché, sotto il profilo di tecnica redazionale, l'unico comma dell'articolo qui in esame appare comprimere, a discapito della chiarezza, la normazione.

Questa, data l'ampiezza e l'importanza del tema trattato, potrebbe addirittura essere inserita in apposito capo, suddiviso in articoli, dell'emanando decreto legislativo.

Ma, ove il Governo valuti quell'opzione eccessivamente dispersiva, chiarezza d'esposizione parrebbe imporre la suddivisione del presente

articolo in commi, corrispondenti alle materie disciplinate, che indicativamente si sottolineano:

- 1) il potere di nomina da parte del direttore generale;
- 2) gli elenchi regionali di idonei e il loro aggiornamento con cadenza biennale (quest'ultimo previsto nel presente articolo 4, a discapito della chiarezza, in altra e lontana collocazione dell'unico comma, dopo la parte che ribadisce il permanere dei 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);
- 3) la Commissione cui è demandata la procedura selettiva;
- 4) la procedura stessa;
- 5) i criteri di valutazione dei titoli indicati nell'avviso pubblico, che l'articolo in esame prevede siano definiti, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del 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 [questa previsione parrebbe meglio collocata, con indicazione nel corpo del presente articolo 4, nelle disposizioni transitorie, che lo schema pone all'art. 6, ma che parrebbe meglio posto collocato nella parte finale dell'articolato: v. *infra*];
- 6) il citato (v. il precedente secondo *alinea*) permanere dei 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;
- 7) la durata dell'incarico dei direttori oggetto dell'articolo e la loro eventuale decadenza e sostituzione.

A tale ultimo riguardo, richiamando le osservazioni generali già svolte *supra* nel § 2, si segnala al Governo l'opportunità di prevedere anche per i direttori amministrativi e sanitari, in puntuale attuazione dei principi contenuti nella legge di delega, che la revoca sia comminata «*previa contestazione di gravi inadempienze, stabilite dalla legge regionale, e nel rispetto del principio del contraddittorio*», ferma restando la generale disposizione dell'art. 3-*bis*, comma 8, del d. lgs. n. 502 del 1992, non abrogata dall'art. 9 dello schema qui in esame.

Sulle specifiche previsioni si osserva, in positivo, che l'articolo in esame prevede espressamente l'utilizzazione, per le nomine, anche di elenchi di idonei di altre Regioni.

Questa espressa previsione non si riscontra nella legge di delega, ma è contenuta nell'attuale disciplina della nomina dei direttori generali delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale contenuta nel citato articolo 3-*bis*, comma 3, del d. lgs. n. 502 del 1992.

Si ritiene che ciò non comporti violazione della delega, ma ne rispetti invece lo spirito di selettività e meritocrazia, poiché l'utilizzazione, per le nomine, anche di elenchi di idonei di altre Regioni consente di ampliare le professionalità a disposizione della scelta.

Quanto alla proposta emendativa della Conferenza unificata Stato-Regioni, di contenuto eguale a quella suggerita per l'art. 2, *mutatis mutandis*, comportante la designazione di un membro della Commissione regionale da parte della Regione e la previsione di un'ampia rosa di candidati all'interno della quale il Presidente della Regione dovrebbe scegliere, si rinvia, per evitare inutili ripetizioni, alle considerazioni già svolte sull'analogo emendamento all'art. 2,

osservandosi qui solo che proprio il richiamato spirito di selettività e meritocrazia debba indurre a respingere tale proposta.

Circa la tempistica di prima attuazione si ribadisce la considerazione di massima, già fatta all'inizio nelle considerazioni generali di cui al § 2, che sarebbe opportuno inserire tutta la normativa di prima applicazione del decreto legislativo nell'articolo 6, appositamente dedicato alle norme transitorie.

In proposito questa Commissione speciale osserva altresì che, diversamente da quanto previsto per il direttore generale agli artt. 1 e 2, che recano per la prima attuazione scadenze precise (cfr., in particolare, l'art. 1, comma 3, ultimo periodo, quanto alla nomina della commissione cui è demandata la formazione dell'elenco nazionale; art. 1, comma 4, primo periodo, quanto alla formazione dell'elenco nazionale; art. 1, comma 4, lettera c), quanto alla definizione delle caratteristiche principali dei corsi; art. 2, comma 3, quanto alla definizione dei criteri e delle procedure di valutazione verifica dell'attività dei direttori generali), relativamente alla prima attuazione delle nuove disposizioni per il conferimento dell'incarico di direttore sanitario, direttore amministrativo e, ove previsto dalle leggi regionali, di direttore dei servizi socio-sanitari, l'unico termine previsto è quello, di 120 giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo, per la definizione, con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, dei criteri di valutazione dei titoli formativi e professionali, scientifici e di carriera presentati dai candidati.

Questa assenza di termini di prima attuazione potrebbe comportare, quanto alle nomine in esame, lo stallo della riforma a tempo indefinito

e il permanere dell'attuale sistema, come del resto sarebbe consentito espressamente nell'articolo 6 citato, dedicato alle disposizioni transitorie, il quale prevede che fino "all'istituzione" (su questo termine v. *infra* nella parti dedicate agli articoli 6 e 9) dell'elenco nazionale e degli elenchi regionali di cui rispettivamente ai citati artt. 1 e 4, si applicano, 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.

Articolo 5. *(Disposizioni in materia di inconfiribilità 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 inconfiribilità e di incompatibilità, dagli artt. 3, 8 e 10 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 ("*Disposizioni in materia di inconfiribilità 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 inconfiribilità 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 inconfertibilità 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 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.

Appare pertanto preferibile per ragione di correttezza giuridica e chiarezza normativa – e ferma restando l'esigenza, già rilevata in sede di osservazioni generali (v., *supra*, al § 2), di un riordino della materia mediante testo unico compilativo ai sensi dell'art. 17-*bis* della l. n. 400 del 1988 – che l'articolo sia così riformulato:

*«1. In materia di inconfiribilità e di incompatibilità si applicano all'incarico di direttore generale, di direttore amministrativo, di direttore sanitario e, ove previsto dalle leggi regionali, di direttore dei servizi socio-sanitari, le disposizioni vigenti».*

Proprio in considerazione di questi rilievi dovrebbe, perciò, essere espunta dal successivo articolo 9 l'abrogazione del citato articolo 3-*bis*, comma 10, del d. lgs. n. 502 del 1992.

*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.

Va rilevato preliminarmente che – espressamente nella previsione dell'art. 1, comma 2, dell'articolato («È istituito, presso il Ministero della

salute, l'elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale [...]») e, implicitamente, nella previsione dell'art. 4 («Il direttore generale nomina il direttore amministrativo, il direttore sanitario e [...]il direttore dei servizi socio-sanitari, attingendo obbligatoriamente agli elenchi regionali di idonei, anche di altre regioni, appositamente costituiti, previo avviso pubblico e selezione per titoli e colloquio, effettuati da una commissione nominata dalla regione») – l'istituzione dell'elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale e degli elenchi regionali dei soggetti idonei alla nomina di direttore amministrativo, direttore sanitario e direttore dei servizi socio-sanitari coincide con l'entrata in vigore del nuovo decreto legislativo.

Ne consegue che, perché la disposizione in esame possa avere un senso, deve ritenersi che essa, col termine "istituzione", intenda riferirsi alla "costituzione" degli elenchi (lessico, questo, espressamente utilizzato col termine "appositamente costituiti" che figura nel citato art. 4 e coincidente col lessico "formazione" dell'elenco, utilizzato nell'art. 1, commi 3 e 4).

La disposizione dovrebbe pertanto essere adeguatamente riformulata. Ciò premesso, in proposito si ribadiscono le osservazioni già svolte con riferimento a tutte le disposizioni transitorie del presente schema (che andrebbero unitariamente inserite in un articolo ad esse dedicato) e con riferimento alla opportunità di indicare un'adeguata tempistica transitoria anche per la prima attuazione delle nuove disposizioni per il conferimento dell'incarico di direttore sanitario, direttore amministrativo e di direttore dei servizi socio- sanitari.

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.

La proposta emendativa della Conferenza unificata Stato-Regioni, che subordina l'applicazione del decreto qui in esame alla compatibilità delle sue disposizioni agli statuti e alle norme attuative delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome, non pare a questa Commissione speciale che possa trovare accoglimento, poiché la sua formula appare indebitamente restrittiva dell'operatività che ai principi fondamentali della legge di delega e, quindi, alla normativa delegata che li attua assegna l'art. 117 Cost.

Sul contenuto di tale articolo, quindi, non si hanno rilievi da formulare.

*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.

Si osserva che la specifica delega legislativa non reca questa limitazione, pur essendo il contenimento dei costi un'esigenza totalmente condivisibile nella nota attuale contingenza.

L'invarianza finanziaria è diffusamente analizzata nella Relazione tecnica allo schema di articolato – che sul punto ha avuto riscontro

positivo dalla Ragioneria generale dello Stato – e nell'Analisi di impatto della regolamentazione (Sezione 5 - D).

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».*

Relativamente al comma 1 questa Commissione speciale ribadisce quanto già rilevato con riferimento al precedente articolo 6.

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.

Ne consegue che l'abrogazione delle disposizioni relative al direttore generale contenute nell'art. 3-bis del d. lgs. n. 502 del 1992 incompatibili con l'attivazione "a regime" del nuovo ordinamento (perché relative a: requisiti per la nomina: comma 1; all'elenco regionale degli idonei alla nomina a direttore generale: comma 3; ai corsi di formazione: comma 4; alla valutazione dell'attività dei direttori generali: comma 5; alla verifica dei risultati: comma 6; alla decadenza

del direttore generale: comma 7; alla incompatibilità della carica di direttore generale con la sussistenza di altro rapporto di lavoro, dipendente o autonomo: comma 10; alla proroga provvisoria dei contratti con i direttori generali in carica: comma 15) debba intendersi riferita, propriamente, non alla "istituzione", ma alla "costituzione" dell'elenco (definita "formazione" nell'art. 1, commi 3 e 4).

Il comma 2 dell'articolo in esame esplicita espressamente la permanenza in vigore delle disposizioni del medesimo articolo 3-bis del decreto legislativo n. 502/1992 e, cioè, quelle relative: alla nomina del direttore generale entro sessanta giorni dalla data di vacanza dell'ufficio, termine scaduto il quale si applicano le norme in materia di poteri governativi di sostituzione di cui al precedente art. 2, comma 2-octies (articolo 3-bis citato, comma 2); alla decadenza automatica del direttore generale in caso di accertamento da parte della Regione del mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali (articolo 3-bis citato, comma 7-bis); alla natura esclusiva e privatistica e alla durata (non inferiore a tre e non superiore a cinque anni, rinnovabile) del rapporto di lavoro del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario, alle cause di risoluzione del rapporto con il direttore amministrativo e il direttore sanitario, al trattamento economico del direttore generale, del direttore sanitario e del direttore amministrativo (articolo 3-bis citato, comma 8); alla possibilità di subordinare il conferimento dell'incarico di direttore amministrativo alla frequenza di un corso di formazione (articolo 3-bis citato, comma 9); alla normazione sul collocamento in aspettativa senza assegni e il diritto al mantenimento del posto per i lavoratori dipendenti in caso di nomina a direttore generale, amministrativo e

sanitario (articolo 3-*bis* citato, comma 11); alla normazione sulla contribuzione finalizzata all'assicurazione generale obbligatoria e alle forme sostitutive ed esclusive della medesima (articolo 3-*bis* citato, comma 12); alla valutazione dell'attività dei direttori generali (articolo 3-*bis* citato, comma 13, che peraltro rinvia al precedente comma 5 dello stesso articolo 3-*bis*, oggetto di abrogazione nel comma 1 del presente articolo 9 dell'articolato: v. *supra*); al rinvio alla normativa sul rapporto di lavoro e all'assunzione presso le amministrazioni pubbliche (articolo 3-*bis* citato, comma 14).

Si deve ancora una volta ribadire quanto rilevato in sede di osservazioni generali e, cioè, che la frammentazione del quadro normativo in materia, ben evidente dall'analisi della disposizione in esame relativa alle abrogazioni, rende alquanto difficile, disomogenea e, come si dirà, talvolta contraddittoria la ricostruzione della disciplina, in contrasto con la finalità di chiarezza, semplificazione ed omogeneità che pure anima la riforma.

Questa Commissione speciale deve osservare poi che, mentre il comma 1 qui in esame abroga espressamente il citato articolo 3-*bis*, comma 5, del d. lgs. n. 502/1992, sulla valutazione dell'attività dei direttori generali, il successivo comma 2, appena ricordato, nel prevedere il permaner di vigenza anche dell'art. 3-*bis*, comma 13, del decreto legislativo n. 502 del 1992, entra in contraddizione con la precedente abrogazione, poiché l'3-*bis*, comma 5, oggetto di abrogazione è invece richiamato dal citato articolo 3-*bis*, comma 13 (*«In sede di revisione del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 luglio 1995, n. 502- recante, cioè, il Regolamento recante norme sul contratto del direttore generale, del direttore amministrativo e del*

direttore sanitario delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere  
—si applica il comma 5 del presente articolo.

Poiché la materia oggetto dell'art. 3-bis, comma 5, del d. lgs. n. 502 del 1992 (l'omogeneità nella valutazione dell'attività dei direttori generali) è disciplinata dallo schema in esame (art. 2, comma 3), deve ritenersi che correttamente l'articolo 9, comma 1, dello schema preveda l'abrogazione dell'art. 3-bis, comma 5, del d. lgs. n. 502 del 1992.

Dalle esposte considerazioni discende che:

a) nell'elenco delle disposizioni abrogate contenuto nell'art. 9, comma 1, dello schema va inserito anche il comma 13 dell'art. 3-bis del d. lgs. n. 502 del 1992;

b) il medesimo comma 13 deve essere, invece, espunto dall'elenco delle disposizioni di permanente vigenza contenuto nel successivo comma 2 dell'art. 9 dello schema.

Si segnala, altresì, la necessità di espungere la prevista abrogazione dell'articolo 3-bis, comma 10, sulla incompatibilità della carica di direttore generale con la sussistenza di altro rapporto di lavoro, dipendente o autonomo.

Ciò, come si è veduto, per le esigenze di chiarezza esposte nell'esame del precedente art. 5 dello schema.

In assenza di delega legislativa sulle inconfiribilità e incompatibilità, infatti, appare preferibile — in attesa di una più chiara ed organica disciplina della materia — il rinvio alle disposizioni vigenti.

La scarsa chiarezza e sistematicità dei rinvii normativi appena esaminati induce poi a ribadire l'opportunità, già rilevata in sede di considerazioni generali, di un testo unico compilativo ai sensi dell'art. 17-bis della l. 400/1988.

P.Q.M.

nei termini esposti si esprime parere favorevole.

GLI ESTENSORI

Massimiliano Noccelli, Giancarlo Luttazi

*Massimiliano Noccelli*  
*Giancarlo Luttazi*

IL PRESIDENTE

Franco Frattini

*Franco Frattini*

IL SEGRETARIO

Gianfranco Vastarella

*Gianfranco Vastarella*