

REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE

Ufficio Anticorruzione e Trasparenza
Responsabile Dr.ssa Anna Giordano
Tel/fax 0962/924882

ASP Crotone

Magna Grecia

Protocollo nr.23637 del 03/03/2016 (INTERNO)



AL DIRETTORE DIPARTIMENTO AREA
AMMINISTRATIVA E DIRETTORE
UFFICIO GESTIONE RISORSE UMANE

e, p.c. AL COMMISSARIO STRAORDINARIO

e, p.c. AL PRESIDENTE N.A.V.S./O.V.I.
PROF. RENATO GUZZARDI

LORO SEDE

Oggetto: Anac: Relazione sulla revisione della disciplina in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi presso le PA ed enti privati in controllo pubblico.

La Commissione di studio per la revisione della disciplina vigente in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza ha redatto la Relazione finale sulla revisione della disciplina vigente in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico (d.lgs. n. 39 del 2013).

Per gli adempimenti di competenza, al fine di dare pieno rispetto alle norme sulla trasparenza e sulla prevenzione della corruzione, in allegato alla presente, si trasmette la relazione dell'ANAC, pubblicata sul proprio sito web il 29 febbraio 2016, relativa a: **“La prevenzione della corruzione nel conferimento degli incarichi in ambito sanitario”**.

*Il Responsabile della Trasparenza e
Prevenzione della Corruzione
Dr.ssa Anna Giordano*

La prevenzione della corruzione nel conferimento degli incarichi in ambito sanitario

Daniela Lombardi e Alessandra Pioggia

PARTE I: Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi in ambito sanitario e misure amministrative di prevenzione

Daniela Lombardi

SOMMARIO: Premessa - **1. La disciplina legislativa in tema di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi** - 1.1 Ambito soggettivo - 1.2 Inconferibilità - 1.3 Incompatibilità - 1.4 Spazi per ulteriori interventi legislativi - **2. Misure amministrative di prevenzione della corruzione nel conferimento degli incarichi** - 2.1 Il regolamento sul conferimento degli incarichi - 2.2 Il Piano di prevenzione della corruzione - 2.3 Il codice di comportamento - 2.4 Il piano della trasparenza.

Premessa

Il decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, recante “*Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni*”, nell’ambito della più ampia strategia di prevenzione e contra

sto ai fenomeni di corruzione delineata dalla legge 6 novembre 2012, n. 190, disciplina *ex novo* il tema del conferimento degli incarichi in ambito sanitario.

Le precedenti normative di settore che regolavano la incompatibilità del personale medico del SSN (decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, art. 3, commi 9 e 11; legge 30 dicembre 1991, n. 412, art. 4, comma 7) erano poste a tutela della esclusività del rapporto lavorativo, in funzione della valorizzazione e della migliore utilizzazione del servizio dei medici: da qui l'assoluto divieto, per il medico del servizio pubblico, di instaurare rapporti ulteriori o detenere la titolarità o la compartecipazione di quote di imprese in potenziale conflitto di interesse. La violazione di tale divieto era sanzionato disciplinarmente dalla normativa sull'impiego del personale del SSN, come più volte precisato dalla giurisprudenza¹.

L’obiettivo della delega contenuta all’art. 1 comma 50 della l. n. 190/2012è, invece, quello di prevenire l’insorgere di situazioni di conflitto di interesse in grado di compromettere *ex ante* l’imparzialità del pubblico funzionario, assicurando le migliori condizioni affinché l’attività amministrativa sia sottratta ad impropri condizionamenti esterni, in ossequio ai principi sanciti dagli artt. 54 e 97 della Costituzione.

La tutela di questi principi fondamentali rinviene la propria *sedes materiae* da un lato, nel tema delle regole di comportamento del personale sanitario, dall’altro, nelle norme che regolano il conferimento degli incarichi ed il cumulo degli stessi durante il periodo di svolgimento delle funzioni direttive.

¹Cons. di Stato, sez. III, 28 novembre 2013, n. 5690.

Ne deriva l'attrazione delle norme disciplinanti le ipotesi di inconfiribilità ed incompatibilità nell'ambito della strategia complessiva di prevenzione della corruzione, della quale costituiscono uno dei principali strumenti.

1. La disciplina legislativa in tema di inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi

1.1 Ambito soggettivo

La delega contenuta all'art. 1, comma 50, della l. n. 190/12, e la disciplina attuativa dettata dal d.lgs. n. 39/13, limitano l'ambito di applicazione delle disposizioni in tema di inconfiribilità e incompatibilità nel settore sanitario alle sole figure del direttore generale, sanitario ed amministrativo.

Per comprendere la scelta apparentemente "riduttiva" del legislatore, occorre partire dall'esame dell'art. 3 del d.lgs. n. 502/1992, in base al quale tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza dell'unità sanitaria locale "*sono riservati al direttore generale*". Alla direzione generale dell'azienda collaborano anche il direttore amministrativo, cui è demandata la direzione dei servizi amministrativi, e il direttore sanitario, cui è demandata quella dei servizi sanitari (comma 7), entrambi nominati dal direttore generale. Agli stessi competono poteri di proposta e parere sugli atti di competenza del direttore generale².

L'autonomia imprenditoriale delle aziende sanitarie, difatti, si esprime soprattutto nell'ampiezza dei contenuti e nella discrezionalità delle scelte contenute nell'atto aziendale, che costituisce il principale strumento di governo dell'azienda sanitaria. Nell'adozione di tale atto, è il direttore generale a compiere le principali scelte organizzative, destinate ad incidere sul contenuto e sull'ampiezza dei compiti dirigenziali assegnati, adottando le decisioni relative all'allocazione dei poteri gestionali da attribuire ai responsabili delle diverse unità.

L'attribuzione al direttore generale tutti i poteri gestionali non va, tuttavia, considerata come conferimento in via esclusiva di tali funzioni ad un unico soggetto, andando piuttosto riguardata alla luce della necessità, in un'ottica aziendalistica, di garantirne un'ampia discrezionalità nell'adozione delle scelte da compiere per la distribuzione delle competenze da programmare nell'atto aziendale.

A conferma del carattere non esclusivo delle competenze gestionali attribuite al direttore generale, amministrativo e sanitario, vanno esaminate le altre norme della l. n. 502/92, che fanno espresso riferimento ai compiti gestionali svolti da altri dirigenti sanitari.

Il riferimento è, in particolare, ai direttori di struttura complessa, cui sono attribuite, a norma dell'art. 15, comma 6, del d.lgs. n. 502/92, "*funzioni di organizzazione della struttura*", riconoscendo loro poteri di direttiva e di scelta delle decisioni da adottare per il corretto espletamento del servizio. Considerazioni analoghe possono essere fatte per i direttori di presidio, di distretto, di dipartimento e per i dirigenti responsabili di struttura, per i quali l'art. 15 bis, comma 1, della stessa legge, prevede che l'atto aziendale disciplini l'attribuzione ai medesimi delle decisioni per l'attuazione degli obiettivi definiti nel piano programmatico e finanziario aziendale.

²A. Pioggia, "*Il diritto sanitario e dei servizi sociali*", Torino, Giappichelli, 2012.

A ciò si aggiunge che, in base al comma 5 dello stesso articolo, la valutazione della performance dei direttori di struttura complessa e di dipartimento, nonché dei responsabili di struttura semplice ha ad oggetto, tra l'altro, le *“strategie adottate per il contenimento dei costi tramite l'uso appropriato delle risorse”*.

Fatta eccezione per i responsabili di strutture semplici, i predetti soggetti sono inoltre equiparati agli altri dirigenti pubblici per quanto attiene agli obblighi di pubblicazione e trasparenza disciplinati dall'art. 41 del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33.

Come ribadito dalla stessa giurisprudenza amministrativa³, si può quindi affermare che, *“sebbene il legislatore abbia riservato una specifica disciplina per il settore sanitario considerando, espressamente, solo la dirigenza di vertice (ovvero il Direttore Generale, Amministrativo e Sanitario delle aziende sanitarie locali e ospedaliere) non può tuttavia ignorarsi che anche altri dirigenti sanitari possano avere, oltre a compiti di tipo strettamente medico-professionale, responsabilità di natura amministrativa e gestionale e che, per tale motivo, non debbano essere trattati diversamente dal complesso della dirigenza nella pubblica amministrazione”*.

Quanto detto induce, quindi, a ritenere che, in virtù del riconosciuto espletamento di rilevanti compiti di natura amministrativo-gestionale, non sia del tutto coerente con la *ratio* ispiratrice del sistema l'esclusione dei direttori di presidio, di distretto, di dipartimento e dei dirigenti responsabili di struttura complessa e di struttura semplice (nella misura in cui a questi siano attribuiti effettivi compiti gestionali), dal campo di applicazione della disciplina in tema di inconfiribilità ed incompatibilità prevista per gli altri dirigenti pubblici.

Va, infine, precisato che tale estensione soggettiva, auspicata con riferimento alle predette figure, non si giustificerebbe rispetto a tutti gli altri dirigenti medici privi di incarichi gestionali. Non si può trascurare infatti, in questa sede, il particolare assetto della dirigenza sanitaria, caratterizzata dall'attribuzione formale della qualifica dirigenziale a tutti gli appartenenti in quanto rientranti nella previsione generale della cd. "dirigenza interna". La sola attribuzione della qualifica dirigenziale, laddove accompagnata dallo svolgimento di incarichi di staff, in assenza di funzioni direttive, non sembra idonea a determinare situazioni di conflitto di interesse tali da giustificare la applicazione delle disposizioni contenute nel d.lgs. n. 39/13.

Una questione non perfettamente chiarita dal legislatore sembra essere, infine, quella relativa ai medici convenzionati, liberi professionisti, titolari di un rapporto di lavoro parasubordinato col Servizio sanitario nazionale. In virtù della peculiare disciplina del rapporto di lavoro, caratterizzato dall'assenza di un vincolo di subordinazione col SSN e dalla prossimità al territorio di riferimento dello svolgimento dell'attività, può ritenersi auspicabile che la legge preveda specifiche ipotesi di inconfiribilità.

³T.A.R. Campania, Napoli, Sez. V, 19/09/2014, n. 4983.

E' possibile, a questo punto, passare ad esaminare i contenuti della disciplina dettata in tema di inconfiribilit  ed incompatibilit  degli incarichi.

1.2 Inconfiribilit 

a. Inconfiribilit  per condanna

L'art. 3, comma 1, lett. e), del d.lgs. n. 39/2013 dispone l'inconfiribilit  dell'incarico di direttore generale, sanitario e amministrativo a coloro che siano stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro II del codice penale. Nel caso di condanna, anche non definitiva, sopravvenuta alla nomina,   prevista l'assegnazione del dirigente di ruolo ad altro incarico che non comporti l'esercizio di compiti di amministrazione e gestione, salva la sospensione e la messa in disponibilit  nel ruolo nel caso in cui l'amministrazione non sia in grado di conferire incarichi compatibili con tale preclusione. Per i dirigenti non di ruolo, invece,   disposta la sospensione dall'incarico.

Le disposizioni sopra brevemente richiamate si sovrappongono, in parte, con quelle dettate in tema di incandidabilit  dal decreto legislativo 31 dicembre 2012, n. 235, artt. 7 e 8. Tali norme, nel disciplinare le ipotesi di incandidabilit  alle elezioni regionali, si occupano anche delle cariche di "*componente degli organi, comunque denominati, delle unit  sanitarie locali*" stabilendo il divieto di ricoprire la carica in caso di condanna, anche non definitiva, per una serie di fattispecie di reato in parte coincidenti con quelle prese in considerazione dal citato art. 3 del d.lgs. 39/2013.

Va ricordato che, ai sensi dell'art. 3, comma 1 quater, d.lgs. n. 502/1992, come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, «sono organi dell'azienda sanitaria il direttore generale, il collegio di direzione e il collegio sindacale». Non   escluso e, anzi, spesso avviene, che il direttore sanitario e il direttore amministrativo facciano parte di uno di questi due organi. L'art. 4, comma 5 del decreto legislativo 30 dicembre 1999, n. 517, inoltre, prevede proprio che del collegio di direzione facciano parte, tra gli altri, il direttore sanitario e il direttore amministrativo: ne deriva la frequente coincidenza dell'ambito di applicazione soggettivo, oltre che oggettivo, delle norme dettate in tema di inconfiribilit  ed incandidabilit  per gli incarichi direttivi nelle aziende sanitarie.

La sovrapposizione di tali norme pone alcuni rilevanti problemi applicativi.

Nel caso di condanna per una delle fattispecie di reato previste soltanto dal d.lgs. n. 235/2012, ma non anche dal d.lgs. n. 39/2013, come conseguenza sanzionatoria di carattere amministrativo, pu  accadere che al medesimo soggetto, che eventualmente cumuli l'incarico di componente di uno degli organi dell'azienda con quello di direttore sanitario o amministrativo, sia revocato o sospeso (a seconda della natura definitiva o meno della condanna) soltanto il primo dei due incarichi menzionati e non anche il secondo.

Qualora, infatti, destinatario del provvedimento giurisdizionale di condanna sia il direttore amministrativo o il direttore sanitario, che rivestano anche la carica di componenti degli organi delle unità sanitarie locali, la sospensione o la revoca dell'incarico previste dal d.lgs. n. 235/2012 potranno applicarsi soltanto con riferimento a tali ultime funzioni ma non anche con riguardo alla titolarità dell'incarico direttivo.

Ne deriva la conseguenza che, in tali fattispecie, i titolari dell'incarico di direttore sanitario o amministrativo possono continuare a svolgere il proprio incarico amministrativo gestionale, ma non anche quello di componente degli organi di governo. Si palesa, pertanto, una incongrua difformità da cui deriva un maggior rigore per la carica di componente dell'organo collegiale rispetto a quello monocratico con funzione direttiva.

Nel caso in cui la fattispecie di reato su cui interviene la condanna sia prevista da entrambe le norme, invece, la sospensione per l'incarico direttivo potrà essere applicata in virtù dell'art. 3 del d.lgs. n. 39/2013. In questi casi, tuttavia, pur essendo identiche la sanzione ed il suo presupposto, sorgono alcuni dubbi ermeneutici, che hanno ad oggetto, in primo luogo, l'individuazione dell'organo competente ad avviare il procedimento.

In base a quanto disposto dal d.lgs. n. 235/2012, infatti, a seguito della comunicazione a cura della cancelleria del tribunale dei provvedimenti che comportano l'obbligo di sospensione al prefetto del capoluogo della regione, questi ne dà immediata comunicazione al Presidente del consiglio dei ministri il quale, sentiti i Ministri degli affari regionali e dell'interno, adotta il provvedimento che accerta la sospensione. Tale provvedimento è poi comunicato, a cura del prefetto, al Consiglio regionale per l'adozione dei provvedimenti di competenza.

Per le medesime fattispecie, invece, l'art. 15, comma 1, del d.lgs. n. 39/2013 attribuisce al Responsabile di prevenzione della corruzione di ciascuna amministrazione il compito di contestare all'interessato l'esistenza o l'insorgere di situazioni di inconferibilità, come quelle derivanti da condanna sopravvenuta.

Resta comunque fermo il potere dell'Anac di sospendere la procedura di conferimento dell'incarico, nell'esercizio dei propri poteri di vigilanza.

Rivelano, inoltre, rilevanti profili di criticità l'applicazione della sanzione della revoca dell'incarico e la determinazione della durata della sospensione.

In riferimento al primo aspetto, in caso di condanna definitiva, il d.lgs. n. 39/2013 commisura la durata della sospensione a quella dell'inconferibilità (che ha la stessa durata dell'interdizione oppure, in assenza di tale sanzione accessoria, di durata massima pari a 5 anni) fatta salva, alla scadenza di tale termine, la valutazione dell'amministrazione sulla persistenza dell'interesse all'esecuzione dell'incarico. Il d.lgs. n. 235/2012 commina, invece, in caso di condanna definitiva, la sanzione della nullità dell'incarico e dispone l'obbligatorietà della revoca.

Riguardo alla sospensione, in caso di sentenza non definitiva, mentre quella prevista dal d.lgs. n. 39/2013 ha una durata equiparata a quella dell'inconferibilità, quella irrogata ai sensi del d.lgs. n. 235/2012 ha una durata massima di 18 mesi. Non è chiaro come possano essere coordinati i due diversi termini nel caso di avvio sia del procedimento di dichiarazione dell'incandidabilità che di dichiarazione dell'inconferibilità, né se i termini debbano essere sommati o piuttosto decorrano contemporaneamente per entrambe le fattispecie.

Per individuare la disciplina applicabile, con la delibera n. 54 del 1 luglio 2015, l'Anac ha adottato un criterio sostanziale, che parte dalla diversa *ratio* ispiratrice delle due norme.

Le disposizioni sull'incandidabilità - inconferibilità dettate dal d.lgs. n. 235/2012 sono infatti destinate a disciplinare le condizioni di accesso alle cariche politiche, laddove quelle sull'inconferibilità dettate dal d.lgs. n. 39/2013 riguardano l'accesso agli incarichi amministrativi. La differente natura dell'incarico da rivestire, consentirebbe di delimitare l'ambito di applicazione della norma in base ad un criterio di competenza. Al direttore generale, al direttore sanitario ed amministrativo, in quanto rientranti nella categoria degli incarichi amministrativi, sarebbero pertanto applicabili soltanto le disposizioni previste dal d.lgs. n. 39/2013.

Tale soluzione appare essere la più convincente dal punto di vista sistematico, in quanto consente di limitare al minimo le ipotesi di sovrapposizione tra norme, salvaguardando la coerenza del sistema.

Rimane, tuttavia, irrisolto il problema, sopra rappresentato, del cumulo dell'incarico direttivo con quello di componente di organo, inducendo comunque a ritenere auspicabile un intervento legislativo puntuale.

b. Inconferibilità per provenienza da enti regolati o finanziati

Per quanto riguarda il conferimento degli incarichi all'interno delle Asl, nella fattispecie delineata dall'art. 5 del d.lgs. n. 39/2013, il legislatore adotta un criterio analogo a quello utilizzato per le altre amministrazioni. La norma infatti vieta il conferimento degli incarichi a soggetti che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche nei due anni precedenti presso enti privati regolati o finanziati dal servizio sanitario regionale. E', quindi, l'esistenza di un rapporto qualificato tra l'impresa privata di provenienza e il servizio sanitario regionale ad impedire il conferimento dell'incarico. Si evidenzia che il conferimento è vietato non solo all'interno della Asl titolare delle funzioni di regolazione o finanziamento, ma anche presso le altre Asl rientranti nel territorio regionale⁴.

Manca del tutto, invece, una previsione di inconferibilità per provenienza da enti regolati o finanziati dal sistema sanitario nazionale. Una simile previsione potrebbe rendere più coerente e completo l'articolato normativo, consentendo di considerare fattispecie che, analogamente a

⁴F. Merloni, *La nuova disciplina degli incarichi pubblici*, in *Giornale dir. amm.*, 2013, 8 ss.

quelle espressamente oggetto di disciplina, sono suscettibili di ingenerare perplessità sull'imparzialità nella scelta del soggetto destinatario dell'incarico.

c. Inconferibilità per provenienza da incarichi politici

Gli incarichi di direzione nelle Aziende sanitarie locali, come già segnalato, erano già disciplinati, quanto all'inconferibilità e all'incompatibilità, dall'articolo 3, comma 9, del d.lgs. n. 502 del 1992. L'articolo 8 del d.lgs. n. 39/2013 recepisce alcune indicazioni già presenti nella disciplina speciale e introduce nuove ipotesi di inconferibilità. I periodi di "raffreddamento", ossia di durata dell'inconferibilità, sono commisurati, da un lato, all'importanza del coinvolgimento politico e, dall'altro, alla vicinanza territoriale dell'impegno di carattere politico con l'azienda sanitaria conferente.

Il comma 1 dell'articolo 8 riproduce una delle previsioni del ricordato comma 9 dell'articolo 3, relativamente a coloro che siano stati candidati, non eletti, «*in elezioni europee, nazionali, regionali e locali, in collegi elettorali che comprendano il territorio della ASL*»; in questo caso l'inconferibilità è di cinque anni. Tale disposizione appare coerente con quella dettata dall'art. 60, comma 2, del d.lgs. n. 18 agosto 2000, n. 267, che in tema di ineleggibilità alla carica di sindaco, presidente della provincia, consigliere comunale, metropolitano, provinciale e circoscrizionale, detta per i direttori generali, sanitari ed amministrativi il divieto di svolgere le proprie funzioni nel collegio elettorale in cui si sono svolte le elezioni alle quali si sono candidati senza essere stati eletti.

I successivi commi sono relativi alle cariche politiche rivestite antecedentemente all'incarico nelle ASL a livello nazionale (commi 2 e 3), regionale (comma 4) e locale (comma 5). A livello nazionale si distingue tra cariche di governo e cariche parlamentari. Per le prime l'inconferibilità è di due anni ma è limitata solo agli organi di indirizzo politico dei ministeri, degli enti pubblici degli enti di diritto privato in controllo pubblico che svolgano funzioni rilevanti di regolazione e finanziamento del servizio sanitario nazionale. Per le cariche parlamentari l'inconferibilità è generale, ma ha una durata inferiore: un anno.

A livello regionale l'inconferibilità per coloro che abbiano fatto parte della giunta o del consiglio regionale o che siano stati amministratori di enti che svolgano funzioni di regolazione del servizio sanitario regionale è di tre anni, a causa del rapporto molto ravvicinato tra organi di indirizzo e incarichi nelle ASL.

A livello locale l'inconferibilità, più breve (due anni), è relativa a coloro che siano stati amministratori locali nelle province e nei comuni maggiori della regione.

1.3 Incompatibilità

a. Incompatibilità con incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal SSR o per lo svolgimento in proprio di attività professionale regolata o finanziata dal SSR

L'art. 10 del d.lgs. n. 39/2013 disciplina le incompatibilità connesse all'assunzione di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal servizio sanitario regionale (lettera a) e con lo svolgimento in proprio, da parte del soggetto incaricato, di attività professionale, se questa è regolata o finanziata dal servizio sanitario regionale (lettera b). Questo divieto si aggiunge alla previsione, di cui all'articolo 4, comma 7, della l. n. 412/91. Tale disposizione stabilisce, per tutto il personale del Servizio sanitario nazionale, il principio dell'unicità del rapporto di lavoro, col quale è incompatibile ogni altra forma di lavoro dipendente, pubblico o privato, nonché ogni altro rapporto di natura convenzionale con il SSN.

Lo stesso articolo fa salvo l'esercizio di attività libero professionale, alle condizioni e nei limiti stabiliti dalla norma, con la sola esclusione delle strutture private convenzionate col SSN.

Il divieto sancito dall'art. 10 del d.lgs. n. 39/2013 assorbe quello, sancito dall'art. 3, comma 9, del d.lgs. n. 502/1992 di cumulare l'incarico direttivo con l'esistenza di rapporti, anche in regime convenzionale con l'unità sanitaria presso la quale sono esercitate le funzioni.

Pur condividendo la finalità di prevenzione dei conflitti di interesse, l'articolo 4, comma 7 della l. n. 412/91 e il d.lgs. n. 39/2013 dettano procedimenti diversi per l'accertamento delle cause di incompatibilità, che è rimesso, nei casi disciplinati dalla l. n. 412/1991, all'"*amministratore straordinario della unità sanitaria locale*", mentre, per le ipotesi di cui al d.lgs. n. 39/2013 resta in capo al Responsabile di prevenzione della corruzione.

Non è chiara, infine, la ragione per cui l'articolo 10 del d.lgs. n. 39/2013 limiti le ipotesi di incompatibilità solo nel caso in cui l'attività di finanziamento o regolazione sia riconducibile al servizio sanitario regionale e non anche, più in generale, a quello nazionale.

b. Incompatibilità con l'esercizio di cariche politiche

Con riferimento a tali ipotesi, l'articolo 14 del d.lgs. n. 39/2013 si occupa delle incompatibilità tra incarichi di direzione nelle Aziende sanitarie locali e cariche di componenti degli organi di indirizzo politico nelle amministrazioni statali, regionali e locali, applicando il principio della coincidenza tra inconfiribilità e incompatibilità.

Si pone un problema di coordinamento con le disposizioni del d.lgs. n. 267/2000 il quale, all'art. 66, dispone che "*la carica di direttore generale, di direttore amministrativo e di direttore sanitario delle aziende sanitarie locali e ospedaliere è incompatibile con quella di consigliere provinciale, di sindaco, di assessore comunale, di presidente o di assessore della comunità montana*". Qualora la causa di incompatibilità sopravvenga nel corso del mandato, è previsto che sia il consiglio a contestarla, assegnando un termine di 10 giorni all'interessato per esercitare l'opzione. Inoltre, l'azione di accertamento può essere proposta da chiunque vi abbia interesse e la competenza a decidere è demandata al tribunale competente. Anche in questi casi, al potere di accertamento del Consiglio, si aggiunge quello demandato al Responsabile di prevenzione della corruzione, diverso per il procedimento da seguire e per i termini da applicare.

1.4 Spazi per ulteriori interventi legislativi

L'analisi condotta, senza pretendere di acquisire carattere di esaustività per quanto riguarda la disciplina, più generale, della prevenzione e del trattamento dei conflitti di interesse nell'ambito della disciplina del conferimento e dell'espletamento degli incarichi in ambito sanitario, ha evidenziato certamente alcune criticità del sistema.

In primo luogo, va segnalata la frammentarietà della disciplina vigente, contenuta in fonti diverse senza assicurare l'armonia del sistema.

In particolare, la sovrapposizione di più procedimenti per la contestazione delle medesime fattispecie, come avviene nel caso delle incandidabilità e delle inconferibilità o nel caso delle incompatibilità con incarichi politici, di cui sopra si è dato conto, può essere foriera di prevedibili criticità sotto i seguenti aspetti:

- il pericolo di vanificare l'efficacia dell'applicazione delle norme procedurali che disciplinano la fase dell'accertamento delle cause di incompatibilità – inconferibilità. Non è prevista, infatti, alcuna tipologia di coordinamento tra i soggetti competenti ad attivare il procedimento né tra i procedimenti medesimi.

- il pericolo di compromettere un efficace svolgimento dell'attività di vigilanza: la parcellizzazione delle competenze, infatti, può avere l'effetto di polverizzare i procedimenti, rendendo inefficace o ritardando l'applicazione delle sanzioni.

Alla luce delle considerazioni sopra esposte, è da ritenersi auspicabile un intervento legislativo inteso a unificare i procedimenti di accertamento delle singole fattispecie, e (soprattutto) ad incardinare in capo ad un unico soggetto i poteri di accertamento e di vigilanza sull'applicazione delle norme.

Quanto alla scelta delle ipotesi da includere nell'ambito della disciplina dettata in termini di inconferibilità ed incompatibilità, come si è già evidenziato, specie in vista del perseguimento di finalità di prevenzione della corruzione, le norme andrebbero integrate con l'ampliamento delle fattispecie previste sia dal punto di vista soggettivo che oggettivo.

Con riguardo al primo aspetto, si rinvia a quanto esposto nella prima parte.

Con riferimento, invece, all'ambito oggettivo di applicazione, una disciplina specifica dovrebbe essere dedicata alla figura del medico convenzionato ed ai rapporti con le case farmaceutiche⁵.

⁵Sui possibili condizionamenti in tema di prescrizione di farmaci: F. Massimino, "La responsabilità nella prescrizione dei farmaci tra scienza, coscienza e condizionamenti normativi", in *Danno e responsabilità*, 1, 2013, 5 ss.

Sotto tale ultimo profilo non può negarsi che il meccanismo del cofinanziamento delle attività di ricerca e di formazione (quest'ultima, obbligatoria ma rimessa all'autonomia del singolo professionista) abbia bisogno dell'apporto di finanziatori esterni alle strutture universitarie o ospedaliere, che peraltro agiscono in concorrenza tra loro proprio per attrarre investimenti privati. Molte attività di ricerca, di aggiornamento professionale e di sperimentazione, non potrebbero essere svolte senza il contributo delle case farmaceutiche. In questi casi è molto difficile individuare un *discrimen* convincente tra la percezione di un profitto (idonea a configurare uno degli elementi che possono determinare la rilevanza penale del comportamento) e la fisiologica remunerazione dell'attività medica.

Tanto, però, non significa istituzionalizzare il conflitto di interessi ma accettare la convivenza dei diversi interessi, rafforzando la vigilanza affinché la loro compresenza non dia vita ad un reciproco condizionamento.

Sarebbe, pertanto, opportuno che la legge incidesse su tali aspetti distinguendo con maggiore chiarezza le ipotesi ammissibili e quelle da vietare: un criterio distintivo potrebbe essere individuato differenziando l'attività di studio e ricerca, sempre ammissibile, dall'attività (preclusa) di vera e propria consulenza.

2. Misure amministrative di prevenzione della corruzione nel conferimento degli incarichi

Sebbene, come evidenziato, un intervento legislativo *ad hoc* sia lo strumento certamente più idoneo ad incidere significativamente *in subjecta materia*, non può, tuttavia essere marginalizzata, a legislazione invariata, la presenza di diversi strumenti amministrativi, già a disposizione di tutti gli enti del settore sanitario, idonei ad incidere sulle ipotesi di possibili conflitti di interesse nel conferimento e nello svolgimento degli incarichi. Difatti, dai casi presi in considerazione dal d.lgs. n. 39/2013, vanno distinte le ipotesi di svolgimento di altri tipi di incarichi, non espressamente vietati dal legislatore, ma soggetti all'autorizzazione dell'amministrazione di provenienza, in modo tale da consentire di volta in volta un vaglio sulla possibile insorgenza di conflitti di interesse, anche potenziali.

Di seguito sono esaminati alcuni dei possibili strumenti amministrativi che, anche a legislazione invariata, possono supportare il perseguimento delle predette finalità.

2.1 Il regolamento sul conferimento degli incarichi

Ciascuna azienda sanitaria è tenuta ad adottare un'apposita disciplina regolamentare, destinata a determinare i soggetti competenti al rilascio dell'autorizzazione allo svolgimento degli incarichi extraistituzionali, il procedimento da seguire e i criteri, predeterminati, per l'ammissibilità delle istanze.

Va segnalato che l'articolo 53, comma 7, del d.lgs. n. 165/01 espressamente ricomprende, tra i propri destinatari, anche gli enti del SSN, vietando il conferimento di incarichi, da parte di enti pubblici economici e di enti privati, in assenza della previa autorizzazione della amministrazione di provenienza. Anche questa norma, introdotta dalla l. n. 190/12, va

interpretata secondo l'espressa finalità di garantire l'interesse al buon andamento della pubblica amministrazione, prevenendo l'insorgenza di "situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che pregiudichino l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente".

La garanzia di imparzialità va tutelata non soltanto con riferimento al cumulo degli incarichi, ma anche con riguardo al possibile sviamento dei poteri connessi allo svolgimento della funzione amministrativa di regolazione o di gestione di un settore al fine di ottenere, alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, incarichi presso i soggetti privati destinatari dei medesimi poteri.

Si spiega così l'ampiezza della platea dei destinatari delle previsioni di cui all'art. 53, comma 16-ter, d.lgs. n. 165/2001, anch'esse introdotte dalla legge n. 190/2012, relative al divieto, per i pubblici dipendenti che abbiano esercitato poteri autoritativi e negoziali, di svolgere nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego attività presso i soggetti privati destinatari dell'attività autoritativa o negoziale della p.a.

L'art. 21 del d.lgs. n. 39/2013 prevede, infatti, che detto divieto si applichi anche ai funzionari legati da rapporto di lavoro autonomo e, dunque, anche ai direttori di azienda sanitaria.

2.2 Il Piano di prevenzione della corruzione

La disciplina del rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento degli incarichi e le scelte gestionali adottate per la gestione dei conflitti di interesse sono prese in considerazione anche da parte del PNA, che le riconduce nell'ambito delle misure che le pubbliche amministrazioni sono obbligatoriamente tenute ad adottare all'interno dei propri piani anticorruzione.

In materia, vanno evidenziati i risultati dell'analisi compiuta sui piani di prevenzione della corruzione e della trasparenza adottati da 247 enti del settore sanitario, di cui 143 ASL, 86 aziende ospedaliere e 18 IRCCS.

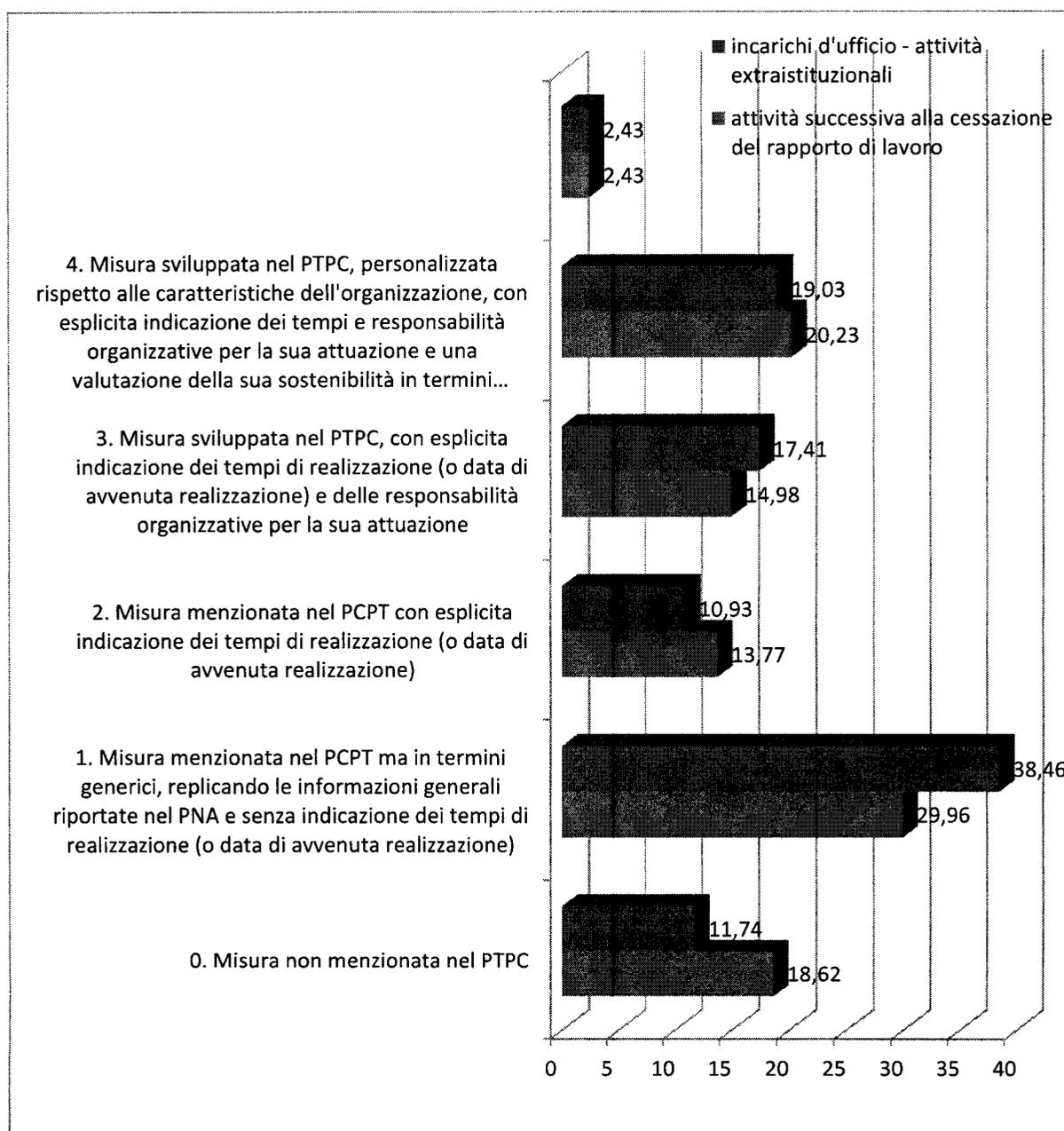
L'analisi dei piani ha avuto ad oggetto le misure adottate con riferimento alla disciplina dei seguenti aspetti relativi al conferimento e allo svolgimento degli incarichi:

- obblighi di astensione in caso di conflitto di interessi
- rilascio delle autorizzazioni per lo svolgimento di incarichi d'ufficio ed attività extraistituzionali
- il conferimento degli incarichi dirigenziali in presenza di particolari attività o precedenti incarichi
- l'individuazione di incompatibilità specifiche per particolari incarichi dirigenziali
- l'attività svolta dopo la cessazione del rapporto di lavoro (*pantouflage*).

Dall'esame condotto è emerso che la maggior parte degli enti esaminati ha adottato delle misure indicandone le tempistiche di attuazione, ma trascurandone completamente altri aspetti rilevanti dal punto di vista della prevenzione della corruzione. Le misure, infatti, nella maggior parte dei casi, non sono state sufficientemente sviluppate all'interno dei piani e dei regolamenti attuativi mancando un sufficiente grado di specificazione con riferimento alle

caratteristiche dell'organizzazione. In altre parole, non risultano integrate, come dovrebbero, rispetto ad un'analisi di contesto esterno ed interno e mancano di una precisa valutazione di sostenibilità in termini organizzativi. Sarebbe auspicabile, invece, come pure è dato evidenziare da alcune *best practices*, che le norme sul conferimento degli incarichi, sul rilascio delle autorizzazioni e sulla gestione dei conflitti di interesse, fossero dettagliate nel piano e nei regolamenti, individuandone le specifiche responsabilità attuative, possibilmente ampliando gli obblighi di dichiarazione in relazione ai conflitti di interesse che possono verificarsi rispetto alle specifiche attività poste in essere dall'ente, intensificando i controlli e indicando le tipologie di incarichi vietati.

Di seguito, il grafico riporta i dati rilevati con riferimento allo stato di attuazione delle misure adottate per la prevenzione dei fenomeni di *pantouflage* e per prevenire i conflitti di interesse nello svolgimento di attività extraistituzionali:



I dati dimostrano che nella maggior parte dei casi le misure adottate sono insufficienti, come è dato evincere dal fatto che la maggior parte degli enti, in percentuali quasi uguali, pari al 62,35% per le misure di *pantouflage* al 61,14% per quelle che disciplinano lo svolgimento di incarichi extraistituzionali in costanza del rapporto di lavoro, si colloca nella fascia di valutazione compresa tra 0 e 2.

Il monitoraggio rivela come le amministrazioni del sistema sanitario si siano sostanzialmente limitate a riscrivere nei piani le norme di legge e dello stesso PNA, conservando un approccio formale.

Le misure di prevenzione previste nei piani, invece, potrebbero rivelarsi un efficace strumento di disciplina della materia soltanto se adottate nell'ottica di una ridefinizione dei processi che, in base ad una analisi delle risorse e del contesto, sia tale da consentire di volta in volta di individuarne le peculiarità, in modo da poter specificare caso per caso i possibili interessi confliggenti con le attività svolte dai dipendenti che vi prendono parte.

A questo riguardo, è importante rilevare la necessità di un coordinamento tra il piano e l'atto aziendale, col quale vengono approvate le scelte organizzative più rilevanti. Il legame tra i due documenti potrebbe rivelarsi particolarmente utile, oltre che nel disciplinare compiutamente le regole per lo svolgimento degli incarichi, anche nella definizione degli aspetti che disciplinano lo svolgimento dell'attività libero – professionale intramuraria, garantendo il supporto di misure idonee a prevenire il radicamento di conflitti di interesse ed un adeguato sistema di controlli.

2.3 Il codice di comportamento

Ciascuna azienda sanitaria è tenuta ad adottare il proprio codice di comportamento. Tali codici potrebbero dettagliare gli incarichi vietati con riferimento a specifiche tipologie, enucleando, anche a titolo indicativo, quelli sicuramente vietati in base alle disposizioni vigenti (si pensi alla generale categoria degli incarichi e cariche in enti finanziati o regolati dal SSR).

Il codice di comportamento, essendo rivolto a tutti i dipendenti, potrebbe individuare obblighi specifici in capo ai direttori di presidio, di distretto, di dipartimento e dirigenti responsabili di struttura complessa e di struttura semplice, calibrandoli diversamente in ragione dell'incarico svolto.

Inoltre, come già evidenziato all'interno del rapporto della Commissione per lo studio e l'elaborazione di proposte in tema di trasparenza e prevenzione della corruzione nella pubblica amministrazione del 2012⁶, il codice potrebbe recepire obblighi di comportamento specifici anche differenziando le categorie di personale, dettando regole diverse per il personale medico, infermieristico ed amministrativo.

2.4 Il Piano della trasparenza

⁶Si veda: *“La corruzione in Italia. Per una politica di prevenzione”*, in Rapporto della Commissione per lo studio e l'elaborazione di proposte in tema di trasparenza e prevenzione della corruzione nella pubblica amministrazione.

Da ultimo, si ritiene che un ausilio imprescindibile possa essere svolto dal “piano della trasparenza” che, in coordinamento con le misure del piano di prevenzione della corruzione, può rappresentare lo strumento più efficace per assicurare un esercizio comunque imparziale dell’attività amministrativa, anche nei casi di svolgimento di incarichi che non siano oggetto di divieto ma che possano comunque rivelarsi potenzialmente idonei ad incidere sulle scelte medico professionali.

Come accennato in precedenza, il rapporto tra logica del profitto e attività medica ha una sua patologia (capace di assumere rilevanza penale), ma anche una sua fisiologia di sistema⁷.

Nel campo medico, dietro la tematica del conflitto di interessi, non si cela dunque soltanto l’obiettivo di evitare in radice la compresenza di interessi diversi per natura e contenuti, obiettivo demandato alle norme in tema di inconfiribilità ed incompatibilità degli incarichi, ma anche di renderla trasparente e sostenibile, consentendone la gestione.

Quest’ultima finalità, da perseguire ponendo particolare attenzione alla veridicità, all’aggiornamento ed alla qualità dei dati pubblicati, può rappresentare forse in campo sanitario, più che negli altri settori, lo strumento più idoneo per garantire la corretta gestione dei molteplici interessi che ruotano intorno tanto alla pratica medica quanto alla ricerca scientifica.

PARTE II: Le procedure di affidamento degli incarichi dirigenziali nelle aziende sanitarie

Alessandra Pioggia

SOMMARIO: Premessa - **1. L’incarico di direttore generale di azienda sanitaria** - 1.1 L’evoluzione della disciplina: l’enfasi sulla fiduciarità - 1.2 La regolazione regionale e la giurisprudenza della Corte costituzionale - 1.3 I limiti del modello - 1.4 L’intervento normativo del 2012 e l’attuazione regionale - 1.5 I limiti del sistema - 1.6 La selettività del processo di individuazione dei soggetti incaricabili - 1.7 La legge delega per la riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche e l’incarico di direzione aziendale - **2. L’incarico di direttore sanitario e amministrativo** - 2.1 La disciplina nazionale vigente - 2.2 L’attuazione regionale - 2.3 Limiti del modello previgente e prospettive della nuova disciplina - **3. L’incarico di direzione di struttura complessa**

Premessa

La disciplina della dirigenza nelle aziende sanitarie è stata caratterizzata sin dall’inizio da marcati tratti di specialità rispetto a quanto previsto dalla regolazione generale valevole per il settore

⁷F. Giunta, “*Il conflitto d’interessi nel campo medico: dal controllo penale al dovere di trasparenza*”, in *Dir. pen. e processo*, 2004, 3ss.

pubblico⁸. Diversi aspetti differenziali hanno riguardato e riguardano tutt'ora anche le modalità di affidamento degli incarichi.

Con riferimento a questi ultimi, occorre distinguere fra l'incarico di vertice gestionale, il potere di conferire il quale è l'unico attribuito alla competenza degli organi politici della regione (normalmente il Presidente, previa deliberazione della Giunta), e tutti gli altri incarichi che, se pure con modalità e procedure diverse, vengono conferiti dal direttore generale dell'azienda.

In questa sede ci si soffermerà, oltre che sull'incarico di direzione generale dell'azienda, sugli incarichi di direttore amministrativo, sanitario e sugli incarichi di direzione di struttura complessa.

1. L'incarico di direttore generale di azienda sanitaria

1.1 L'evoluzione della disciplina: l'enfasi sulla fiduciarietà

L'incarico di direzione generale dell'azienda sanitaria prevede ampi poteri gestionali. La scelta dell'aziendalizzazione operata all'inizio degli anni '90 interpreta la volontà di introdurre una maggiore sensibilità per le logiche gestionali di carattere privato-aziendale nel funzionamento degli apparati di servizio che erogano prestazioni sanitarie⁹. A questo si lega il conferimento di una potestà organizzativa di diritto privato, che il direttore generale utilizza con ampi margini di autonomia nel disciplinare il funzionamento dell'azienda, e la previsione della responsabilità complessiva del direttore in ordine all'andamento aziendale nei confronti della regione che lo ha incaricato¹⁰.

La scelta, operata sin dall'inizio, di una modalità di individuazione del soggetto a cui attribuire tale incarico che lascia un significativo margine decisionale all'amministrazione conferente si inquadra nel disegno complessivo e vuole favorire la possibilità di preporre al vertice aziendale una persona con un profilo che le modalità selettivo concorsuali tipiche del pubblico non sarebbero in grado di individuare efficacemente¹¹.

Nella prima versione dell'articolo 3, comma 6, del d.lgs. 502 del 1992, la procedura di nomina prevedeva un previo avviso, da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale, al quale potevano rispondere, candidandosi, soltanto gli iscritti nell'apposito elenco nazionale istituito presso il Ministero della sanità.

L'elenco venne tuttavia soppresso soltanto due anni dopo dal d.l. 512 del 1994. Resta invece l'obbligo di procedere tramite avviso e di scegliere l'incaricando fra coloro che avessero inoltrato domanda.

La scarsa previsione normativa lasciava tuttavia adito a dubbi sulle modalità della scelta e, in particolare, sulla natura comparativa o meno del procedimento decisionale. Sul punto intervenne così qualche anno dopo la legge 419 del 1998 precisando come la scelta non avesse carattere

⁸ G. Gardini, *L'imparzialità amministrativa tra indirizzo e gestione*, Milano, Giuffrè, 2003, 397.

⁹ R. Balduzzi, G. Di Gaspare (a cura di), *L'aziendalizzazione nel d.lgs. 229/99*, Milano, 2001.

¹⁰ G. Cilione, M. G. Cavallari (a cura di), *L'atto aziendale di organizzazione e funzionamento delle aziende sanitarie*, Bologna, Spisa, 2002.

¹¹ A. Pioggia, *Direttore generale e autonomia dell'Azienda sanitaria: alcuni spunti per una riflessione*, in *Sanità pubblica e privata*, 2015, 28 ss.

comparativo, ma potesse cadere su chiunque avesse inoltrato domanda e fosse in possesso dei requisiti di cui all'articolo 1 del già citato d.l. 512 del 1994.

Il d.lgs. 299 del 1999, in attuazione della delega contenuta nella legge 419, appena richiamata, introdusse quindi l'articolo 3 bis del d.lgs. 502 del 1992 che, dopo aver ribadito il carattere non comparativo della selezione, specificò i requisiti che debbono essere posseduti dai candidati:

a) diploma di laurea;

b) esperienza almeno quinquennale di direzione tecnica o amministrativa in enti, aziende, strutture pubbliche o private, in posizione dirigenziale con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, svolta nei dieci anni precedenti la pubblicazione dell'avviso.

Da tale impianto normativo la giurisprudenza ha a lungo ricavato l'indicazione della sostanziale "fiduciarità" dell'incarico di direttore generale ed ha informato le proprie pronunce al rispetto dell'ampia discrezionalità riconosciuta alla regione nell'individuazione del soggetto da incaricare (ad es. Consiglio di Stato, sez. IV, 3 luglio 2000, n. 3649).

1.2 La regolazione regionale e la giurisprudenza della Corte costituzionale

A partire dal 2001, le regioni hanno acquisito una più articolata competenza normativa in materia di organizzazione sanitaria grazie all'intervenuta modifica del titolo V e, in particolare, dell'articolo 117 della Costituzione¹².

L'autonomia legislativa è stata impiegata da alcune regioni per disciplinare il procedimento di incarico di direzione generale delle aziende sanitarie. In talune ipotesi è stata prevista a livello regionale la formazione di un elenco di idonei (ad. es. Lombardia, l.r. 33 del 2009, art. 12) ed in altri casi, con l'avviso pubblico per la presentazione delle candidature si è provveduto anche a nominare una commissione che effettuasse un primo esame delle domande presentate e verificasse il possesso dei requisiti richiesti da parte degli aspiranti all'incarico (ad es. d.g.r. Campania n. 575 del 02/08/2010; l.r. Lazio n. 18 del 1994, art. 8)

In altri casi il legislatore regionale ha operato nel senso di accentuare la dimensione fiduciaria della direzione generale delle aziende sanitarie prevedendo l'applicazione del metodo dello *spoils system* alla decadenza dell'incarico. E' il caso della legge regionale della Calabria n. 12 del 2005, che sul punto è stata immediatamente impugnata di fronte alla Corte costituzionale per violazione dei principi di imparzialità e buon andamento, così come sanciti dall'articolo 97 della Costituzione.

Nella sentenza (C. cost. n. 233 del 2006) con la quale la Corte si è espressa in materia, la scelta di consolidare il carattere fiduciario di tale tipologia di incarichi, anche attraverso la loro decadenza automatica al momento dell'insediamento di nuovi organi politici, non è stata ritenuta in contrasto con la Costituzione. I giudici hanno mostrato di ritenere lo *spoils system* coerente con il fatto che si trattasse di nomine conferite *intuitu personae* dagli organi politici della Regione.

Soltanto un anno più tardi (C. Cost. n. 104 del 2007), tuttavia, una analoga questione di costituzionalità sollevata con riferimento alla disciplina adottata dalla regione Lazio (l.r. n.1 del 2004 e 9 del 2005), ha ricevuto una soluzione del tutto differente da parte della Corte. I giudici

¹² C. Marzuoli, *Uniformità e differenziazione: modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, in E. Catelani - G. Cerrina Feroni - M.C. Grisolia (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione. Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Torino, Giappichelli, 2011.

hanno, infatti, riconosciuto sussistente il contrasto con il principio di imparzialità della decadenza degli incarichi di direzione generale delle aziende sanitarie in corrispondenza dell'insediamento di nuovi organi politici regionali. In questa occasione la Corte ha avuto modo di precisare come il direttore generale sia "qualificato dalle norme 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".

La pronuncia della Corte ha utilizzato argomenti convincenti, ma non c'è dubbio che in questo modo abbia lasciato aperta una qualche contraddizione fra le modalità di conferimento dell'incarico, che restavano ampiamente discrezionali, sia nella disciplina nazionale, sia in quella regionale, e la decadenza dall'incarico stesso che, coerentemente con quanto la Corte ritiene discendere dal principio di imparzialità, deve essere necessariamente legata alla valutazione dei risultati della gestione¹³.

Sul punto la Corte è tornata, se pure indirettamente, nel 2010 con la sentenza n. 224, in cui i giudici hanno precisato come "non sussista un rapporto di stretta simmetria tra le modalità di conferimento dell'incarico dirigenziale e le cause di cessazione di esso", per cui ad una nomina ampiamente discrezionale e connotata dall'*intuitupersonae*, come quella del direttore generale, non corrisponde necessariamente una decadenza automatica o discendente da considerazioni che non siano quelle strettamente relative alla valutazione dei risultati conseguiti¹⁴.

1.3 I limiti del modello

Se il quadro normativo in questo modo ha ricevuto una ricostruzione sufficientemente coerente, è rimasta aperta la questione della possibile penetrazione di logiche diverse da quelle attese nella scelta del direttore generale. La estrema genericità dei requisiti richiesti dalla legge statale, ma anche da quelle regionali, che raramente aggiungevano qualcosa alla scarna previsione nazionale, ha spesso consentito al vertice politico regionale di individuare il soggetto al quale conferire l'incarico anche indipendentemente dalle capacità gestionali e dall'elevata qualità manageriale che teoricamente gli sarebbe richiesta. Tutto ciò, unito alla scarsa capacità delle amministrazioni regionali di fissare obiettivi gestionali tempestivi, chiari ed effettivamente misurabili, ha dato luogo a frequenti casi di "colonizzazione" politica del vertice aziendale, con conseguenze deteriori sull'efficacia della gestione.

L'effetto di tutto questo si percepisce anche nel modo in cui molti direttori generali hanno interpretato il loro ruolo¹⁵. Con riferimento alla responsabilità gestionale, ad esempio, sono frequenti i casi in cui questa è stata percepita non tanto in funzione del conseguimento di risultati di servizio e di salute, quanto in termini di traduzione nel concreto funzionamento dell'azienda di

¹³F. Merloni, *Gli incarichi dirigenziali nelle ASL fra fiduciarità politica e competenze professionali*, in A. Pioggia, M. Dugato, G. Racca, S. Civitarese Matteucci (a cura di), *Oltre l'aziendalizzazione del servizio sanitario. Un primo bilancio*; Roma, Franco Angeli, 2007.

¹⁴F. Merloni, *Spoilsystem, il timore dell'overruling impedisce alla Corte di fare chiarezza*, in *Le Regioni*, 5, 2010, p. 1136.

¹⁵A. Pioggia, *Direzione e dirigenza nelle aziende sanitarie. Una analisi della distribuzione del potere decisionale alla luce degli atti aziendali*, in *Sanità pubblica e privata.*, 2008, 5.

scelte politiche che spesso non hanno carattere di indirizzo, ma riguardano decisioni propriamente gestionali, come quelle di microorganizzazione (articolazione delle strutture complesse e semplici) o di gestione del personale (nomine dei responsabili).

1.4 L'intervento normativo del 2012 e l'attuazione regionale

Un tentativo di arginare questi fenomeni e di contrastarne gli effetti anche in termini di scarsa efficienza del funzionamento delle aziende è stato operato nel 2012 con il d.l. 158 (conv. l. 189 del 2012) che ha modificato l'articolo 3 bis, comma 3 del d.lgs. 502 del 1992 introducendo una nuova e diversa procedura per l'individuazione del direttore generale delle aziende sanitarie.

L'attuale disciplina prevede la formazione di elenchi regionali di idonei, costituiti previo avviso pubblico e selezione effettuata, secondo modalità e criteri individuati dalla regione, da una apposita commissione costituita in prevalenza da esperti indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti, di cui uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. La legge dispone, poi, che alla selezione si acceda con il possesso di laurea magistrale e di adeguata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale, nel campo delle strutture sanitarie o settennale negli altri settori, con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, nonché di eventuali ulteriori requisiti stabiliti dalla regione.

L'intento del legislatore nazionale è evidentemente quello di fare in modo che la scelta del vertice regionale, pur non vincolata da una graduatoria, cada comunque su soggetti che posseggano requisiti utili a qualificarli tutti come idonei all'incarico di direzione generale. A questo fine, la procedura di iscrizione nell'elenco si compone di due passaggi fondamentali: la verifica dei requisiti per l'accesso alla selezione, che la legge individua direttamente, pur rimettendo alla regione la possibilità di integrarli, e la selezione ai fini dell'iscrizione nell'elenco, che la commissione di esperti effettua alla luce delle "modalità e criteri individuati dalla regione".

Le regioni, tuttavia, non sembrano aver inteso la procedura come effettivamente selettiva, non prevedendo, salvo rari casi, alcun criterio o modalità di selezione ai fini di iscrizione nell'elenco di coloro che posseggono i requisiti richiesti.

In diversi casi, nell'atto con cui si è indetta la procedura di iscrizione nell'elenco le regioni si sono limitate a riprodurre i requisiti previsti dalla legge, senza nessuna integrazione e soprattutto senza prevedere alcun criterio o modalità di selezione (Abruzzo: d.g.r. n. 148 del 26 febbraio 2015; Sardegna: d.g.r. n. 50/33 del 21 dicembre 2012; Marche: d.g.r. n. 435 del 25 marzo 2013; Veneto: d.g.r. n. 171 del 27 febbraio 2014). Lo stesso vale per alcune leggi regionali che, modificando le modalità di individuazione del direttore generale, non hanno fatto altro che prevedere la formazione di un elenco di coloro che possiedono i requisiti richiesti dalla legge statale, senza, anche qui, stabilire alcun criterio di selezione (Campania: art. 18 bis, l.r. n. 32 del 1994; Toscana: l.r. n. 40 del 2005; Umbria: l.r. n. 18 del 2012).

Altre regioni sono andate poco oltre, introducendo alcune specificazioni in ordine alla tipologia di esperienze dirigenziali da prendersi in considerazione ai fini dell'inserimento nell'elenco. In questo senso, ad esempio, la regione Calabria (d.g.r. n. 84, del 20 marzo 2015) ha previsto l'esclusione di alcune ipotesi dal novero di quelle che valgono ad integrare il requisito dell'esperienza dirigenziale, quali, fra le altre, la direzione di struttura semplice in sanità o l'attività svolta come magistrati e avvocati dello stato. La regione Lazio (d.g.r. n. 80 del 29 aprile 2013), oltre agli incarichi di

direzione di struttura semplice, ha escluso quelli di mero studio, consulenza, ricerca, ispezione e controllo. In altri casi, invece, come in quello della regione Lombardia (d.g.r. n. X/1237 del 14 gennaio 2014), le specificazioni hanno riguardato la dimensione economica del fatturato delle organizzazioni private nelle quali si è prestata attività dirigenziale o, come per la regione Puglia (d.g.r. n. 184 del 19 febbraio 2014), la dimensione delle organizzazioni in termini di posti letto e di numero di dipendenti impiegati. Da segnalare è anche il bando della regione Emilia Romagna (2 febbraio 2015, http://www.concorsi.it/gazzetta_ufficiale_concorsi_numero_3/del/13-01-2015) nel quale si conferisce alla commissione un certo margine di apprezzamento sui requisiti di accesso, disponendo che questa possa prendere in considerazione qualificate esperienze di consulenza, caratterizzate da direzione di progetti complessi di riorganizzazione/ristrutturazione di organizzazioni sanitarie pubbliche e private, con responsabilità di risorse professionali ed economiche.

In pochi casi nei bandi si trova traccia dei criteri dei quali la commissione dovrebbe tenere conto per effettuare la selezione ai fini dell'iscrizione nell'elenco. La regione Puglia (d.g.r. n. 184, cit.) ha previsto che la commissione prenda in particolare considerazione le conoscenze in campo di diritto, economia e management delle strutture sanitarie e sociosanitarie. Le previsioni più articolate si trovano nel bando della regione Piemonte (d.g.r. n. 26-430 del 13 ottobre 2014), nel quale si dispone che la commissione, dopo aver esaminato la documentazione e valutato la coerenza dei profili curriculari presentati e delle esperienze professionali dichiarate rispetto alle funzioni da esercitare, provveda poi ad impiegare "ulteriori strumenti di selezione, quali test attitudinali e/o colloqui individuali, finalizzati ad accertare le attitudini e le specifiche competenze dei candidati rispetto all'incarico da ricoprire, attesa l'esigenza di individuare profili caratterizzati da capacità sistemiche e negoziali e con un orientamento prevalente verso lo sviluppo delle attività connesse al ruolo, in coerenza con i vincoli economico-finanziari e normativi vigenti". Nel bando è infine disposto che il superamento della selezione determini l'inserimento nell'elenco regionale di idonei, senza che ciò dia luogo alla formulazione di una graduatoria.

1.5 I limiti del sistema

Complessivamente il sistema, così come descritto, appare "debole" sotto il profilo della realizzazione di una procedura idonea a proteggere effettivamente la scelta della persona a cui affidare l'incarico di direttore generale dalla possibile penetrazione di logiche eccentriche rispetto a quelle coerenti con la funzione attribuita. Nella gran parte dei casi per l'iscrizione all'elenco regionale è sufficiente il possesso di requisiti minimi, formulati in modo da non essere idonei a selezionare in alcun modo gli aspiranti. Anche le pur non consistenti differenze nelle modalità attraverso le quali le singole regioni procedono alla formazione e alla gestione degli elenchi rivelano in alcuni casi i tentativi della politica di riappropriarsi di un margine di decisione più largo. In alcuni casi le revisioni e gli aggiornamenti degli elenchi possono essere piegate alle esigenze della politica, ad esempio, per consentire l'inserimento in essi di soggetti prima non presenti, ma ai quali si intende assegnare l'incarico. La mancanza di vincoli in merito si presta senz'altro a favorire comportamenti poco virtuosi. A testimonianza delle diverse modalità di gestione degli elenchi stessi si può segnalare, ad esempio, il diverso modo in cui alcune regioni hanno reagito all'intervenuta previsione legislativa in ordine al divieto di affidare incarichi a soggetti collocati in pensione. Nel

caso della Calabria questa è stata l'occasione per la revoca in autotutela di un elenco appena costituito e per l'indizione di una nuova procedura con nuovi criteri di ammissione, nel caso dell'Emilia Romagna, invece, ci si è limitati a prevedere che la regione acquisisca autonomamente tale tipo di informazioni, procedendo ad eliminare dall'elenco i soggetti non più incaricabili.

Anche nella formazione della commissione degli esperti ai quali affidare le procedure di verifica e selezione ai fini dell'inserimento nell'elenco si possono notare comportamenti differenti: la commissione può essere integralmente formata da esperti o prevedere come componenti anche dirigenti regionali (ad es. regione Lombardia d.r.g. X/1237 del 14 gennaio 2014).

1.6 La selettività del processo di individuazione dei soggetti incaricabili

Come opportunamente ricordato dalla Corte costituzionale, l'incarico di direzione aziendale ha natura tecnico-professionale, e riguarda l'affidamento di compiti gestionali per il perseguimento di una obbligazione di risultato. Quest'ultima deve naturalmente essere coerente con gli obiettivi definiti in sede di pianificazione sanitaria e specificati con eventuali ulteriori atti di indirizzo.

Lo stretto legame fra risultati complessivi di gestione e obiettivi della politica sanitaria regionale giustifica la possibilità di una scelta della persona da incaricare che tenga conto anche di profili e caratteristiche che difficilmente emergono da una selezione concorsuale. Al tempo stesso è evidente come occorra assicurare che la scelta cada comunque su un soggetto dotato di requisiti di elevata qualità manageriale, rilevabili attraverso una procedura di verifica e selezione. Ciò anche e soprattutto a garanzia della necessaria autonomia della persona incaricata, che dalla riconosciuta qualità del proprio profilo e dalla sua idoneità a rispondere alle esigenze gestionali legate al perseguimento degli obiettivi regionali dovrebbe trarre la sua forza di resistenza alle eventuali indebite ingerenze di interessi, anche provenienti dalla politica, diversi da quelli da curare a garanzia del buon andamento dell'azienda.

In questa prospettiva lo strumento dell'elenco, al quale si viene iscritti previo esame di una commissione qualificata, può essere utile a conciliare i due profili della discrezionalità della scelta e della qualità e solidità dell'incaricando. Tuttavia occorre che la procedura presenti determinati requisiti, senza i quali l'operazione rischia, come sembra essere avvenuto sino ad ora, di non produrre significative trasformazioni della prassi operativa previgente.

In particolare, occorre che a qualificanti requisiti di accesso alla procedura si associno effettivi criteri, alla luce dei quali una commissione, tutta composta da esperti nominati da accreditati e individuati organi scientifici, possa effettuare una reale selezione di coloro che sono astrattamente idonei a ricoprire l'incarico da affidarsi. L'individuazione di un numero, presumibilmente più ristretto di quello risultante dagli attuali elenchi regionali, di soggetti incaricabili, in quanto dotati di caratteristiche professionali e curriculari di alto profilo, conferirebbe a ciascuno dei nominabili una maggiore forza contrattuale, che potrebbe virtuosamente tradursi nella maggiore indipendenza da pressioni esterne. Non v'è dubbio, infatti, che se il novero dei soggetti incaricabili fosse più selezionato e ristretto, ciò diminuirebbe la dimensione "politica" della scelta, riconducendo il margine decisionale alla fisiologica discrezionalità necessaria all'individuazione di colui, fra i candidati tutti egualmente ed altamente qualificati, che appare più rispondente alle esigenze di perseguimento degli obiettivi di programmazione sanitaria di una specifica regione.

1.7 La legge delega per la riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche e l'incarico di direzione aziendale

La recente legge n. 124 del 2015, recante “deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”, contiene specifiche previsioni in ordine alle procedure di nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie¹⁶ e, laddove attuata in maniera coerente con quanto da ultimo considerato, potrebbe modificare in modo significativo il panorama precedente.

La novità più rilevante riguarda l'elenco degli idonei alla nomina, che diviene unico e nazionale, rispetto ai diversi elenchi regionali del modello previgente. Trattandosi di legge delega, i criteri per l'inserimento dei candidati nell'elenco sono indicati soltanto in termini generali come “specifici titoli formativi e professionali e di comprovata esperienza dirigenziale”. La natura nazionale dell'elenco comporta la formazione di un'unica commissione nazionale, che tuttavia la legge prevede composta pariteticamente da rappresentanti dello Stato e delle regioni. L'individuazione da parte della singola regione della persona a cui affidare l'incarico di direzione aziendale deve avvenire nell'ambito di una rosa di candidati costituita da coloro che, iscritti nell'elenco nazionale, manifestano l'interesse all'incarico da ricoprire.

La soluzione appare sicuramente interessante. L'elenco unico e nazionale va certamente nella direzione di rafforzare la posizione dei candidati, sottraendo la procedura selettiva a possibili torsioni da parte della politica regionale e, soprattutto, uniformando le modalità di selezione.

Con riferimento a queste ultime, tuttavia, sarà determinante il modo in cui i decreti eserciteranno la delega legislativa. Occorre, infatti, evitare la riproposizione di criteri ampi, di per sé idonei a consentire l'iscrizione di un numero estremamente elevato e poco selezionato di aspiranti. La fissazione di requisiti di accesso e selezione maggiormente qualificanti assicurerebbe non solo una più elevata qualità degli incaricabili, ma garantirebbe anche una maggiore indipendenza di questi da pressioni politiche, aumentando la loro forza contrattuale. Anche le regioni, essendo vincolate nella scelta dalla presenza di un elenco nazionale di soggetti attentamente selezionati, tenderebbero ad cercare di assicurarsi un candidato con un livello di competenza il più elevato possibile.

Particolare attenzione andrà riservata anche alle regole attuative sulla costituzione della commissione nazionale competente alla formazione dell'elenco. La legge prevede che sia composta pariteticamente da rappresentanti dello Stato e delle regioni. La composizione paritetica e l'impiego del termine “rappresentanti” non dovrebbe attenuare in alcun modo l'esigenza di individuare personalità tecniche di elevato livello, magari designate da istituzioni scientifiche indipendenti.

Da ultimo preme sottolineare come la delega tenga opportunamente conto dell'esigenza di un maggiore investimento sulla individuazione di modalità di valutazione dell'operato dei direttori il più possibile efficaci, ma anche dotate di una certa uniformità a livello nazionale. Non v'è dubbio infatti che, accanto ai criteri per l'individuazione del soggetto al quale affidare l'incarico, una coerente disciplina delle ipotesi di decadenza e revoca dello stesso sia fondamentale per assicurare una maggiore resistenza della procedura di selezione alla penetrazione di interessi e logiche diversi da quelli dell'imparzialità e del buon andamento dell'attività di servizio.

¹⁶ Art. 11, c. 1, lett. p).

2. L'incarico di direttore sanitario e amministrativo

2.1 La disciplina nazionale vigente

I direttori amministrativo e sanitario affiancano il direttore generale nella gestione dell'azienda. La normativa nazionale in proposito prevede che questi "coadiuvino" il vertice aziendale nell'esercizio delle proprie funzioni. Ad essi è riconosciuto espressamente un ruolo propositivo e consultivo nei confronti delle decisioni della direzione generale. Una posizione di stretta collaborazione, dunque, che giustifica anche la scelta di rimettere all'atto aziendale la decisione sull'articolazione di buona parte delle loro competenze.

La particolare posizione di affiancamento al direttore generale è anche alla base della previsione di una procedura di nomina che nella sostanza lasciava il direttore libero nella individuazione delle persone da incaricare. Con riferimento ai requisiti per la nomina, per entrambe le figure (direttore sanitario e direttore amministrativo) la disciplina si limita ad indicazioni di carattere piuttosto ampio:

- L'incarico di direttore sanitario è riservato ai medici di qualifica dirigenziale che non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno di età, abbiano svolto per almeno cinque anni attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione e abbiano conseguito l'attestato di formazione manageriale a seguito della frequenza e superamento dei corsi disciplinati dal D.P.R. 484 del 1997.

- L'incarico di direttore amministrativo può essere invece affidato a laureati in discipline giuridiche o economiche che non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbiano svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa in enti o strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione. L'articolo 3 bis del d.lgs. 502 del 1992 prevede che la regione possa stabilire che il conferimento dell'incarico di direttore amministrativo sia subordinato, in analogia a quanto previsto per il direttore sanitario, alla frequenza di un corso di formazione manageriale.

Nulla era disposto, sino ad ora, in ordine alle modalità procedurali per l'individuazione degli incaricandi e per l'affidamento dell'incarico. L'unica indicazione riguardava l'accertamento del possesso dei requisiti necessari alla nomina a direttore sanitario, che il regolamento adottato con D.P.R. 484 del 1997, si limitava a rimettere al direttore generale dell'azienda sanitaria prima del conferimento dell'incarico.

2.2 L'attuazione regionale

Le discipline regionali in materia di nomina dei direttori sanitario e amministrativo non si sono discostate, in linea generale e nella sostanza, da quanto originariamente previsto dal legislatore nazionale.

In alcuni casi (ad es. Toscana, Veneto, Umbria, Lombardia) a tali figure è stato affiancato il direttore dei servizi sociali con funzioni consultivo propositive in materia di integrazione socio sanitaria. I requisiti per l'affidamento di tale incarico ricalcano quelli che la legge nazionale aveva previsto per le altre due figure direttoriali. Ad esempio, nel caso della legge regionale della

Toscana, n. 40 del 2005, l'articolo 40, comma 5, prevede che possano essere nominati direttori dei servizi sociali i soggetti che non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno di età e abbiano svolto, per almeno cinque anni, qualificata attività di direzione o di coordinamento tecnico-professionale in enti o strutture di assistenza sociale pubblici o privati di media o grande dimensione e che inoltre possiedano un diploma di laurea coerente con la funzione da esercitare (in senso analogo si esprimono anche l'articolo 16 della l.r. Veneto n. 56 del 14 settembre 1994 e l'articolo 15 della l.r. Lombardia n. 33 del 30 dicembre 2009).

In alcune ipotesi il legislatore regionale ha previsto la formazione di elenchi o albi ai quali possono chiedere di essere iscritti coloro che aspirino a ricevere l'incarico di direttore sanitario o amministrativo. Nella quasi totalità dei casi, tuttavia, per l'iscrizione è sufficiente il possesso dei requisiti richiesti dalla legge. Coerentemente, la verifica del loro possesso non è affidata ad una apposita commissione, ma ai competenti uffici regionali.

E' il caso, ad esempio della citata l.r. Toscana, n. 40 del 2005, che, all'articolo 40 bis, prevede l'istituzione di elenchi di aspiranti alla nomina a direttore sanitario, amministrativo e dei servizi sociali, l'iscrizione ai quali avviene su richiesta diretta o a seguito di avviso pubblico e dopo semplice verifica del possesso dei requisiti richiesti dalla normativa nazionale. Le operazioni di verifica sono effettuate da una struttura della Giunta regionale.

Lo stesso avviene ai sensi dell'articolo 22 bis della l.r. Campania, n. 32 del 3 novembre 1994, in cui è prevista l'iscrizione a domanda in elenchi di idonei a seguito della verifica da parte degli uffici regionali del possesso dei requisiti previsti per legge. Una disciplina analoga è prevista dall'articolo 15 della l.r. Lombardia n. 33 del 30 dicembre 2009.

Anche la legge regionale della Puglia, n. 25 del 3 agosto 2006, prevede l'iscrizione ad albi degli idonei, previo bando. Alla Giunta è rimesso il compito di stabilire ulteriori eventuali requisiti per l'iscrizione. Nell'ultimo bando pubblico, quello adottato con delibera n. 1035 del 2013, tuttavia, la Giunta si è limitata a riprodurre i requisiti richiesti dal legislatore nazionale, senza alcuna integrazione.

La sostanziale "fiduciarietà" della nomina da parte del direttore generale si accompagna, non di rado, alla previsione di un altrettanto ampio potere di revoca dell'incarico. L'articolo 15 della citata l.r. Lombardia n. 33 del 2009 dispone, ad esempio, nel senso che "è facoltà del direttore generale procedere alla revoca degli incarichi affidati al direttore amministrativo, al direttore sanitario e al direttore sociale". In altri casi si fa riferimento a non meglio precisati "gravi motivi" (ad es. l.r. Valle D'Aosta n. 5 del 25 gennaio 2000).

Altre legislazioni regionali prevedono ancora la decadenza automatica degli incarichi di direttore sanitario e amministrativo alla cessazione dell'incarico di direttore generale, nonostante la Corte costituzionale, con la sentenza 224 del 2010, abbia sanzionato una previsione simile contenuta nella legge regionale del Lazio n. 18 del 1994, per contrasto con l'articolo 97 della Costituzione. E' il caso della citata l.r. Valle D'Aosta n. 5 del 25 gennaio 2000, che all'articolo 22 dispone, con riferimento però al solo direttore amministrativo, che questo "cessa dall'incarico entro tre mesi dalla data di nomina del nuovo direttore generale" e dell'articolo 10 della l.r. Sardegna n. 10 del 28 luglio 2006, che prevede invece la cessazione, non oltre sessanta giorni dalla data di nomina di un nuovo direttore generale, sia del direttore sanitario, sia del direttore amministrativo.

2.3 Limiti del modello previgente e prospettive della nuova disciplina

Complessivamente il quadro nazionale e regionale ha configurato sinora il potere di nomina dei direttori sanitario e amministrativo come molto ampio e rimesso in buona sostanza all'apprezzamento del direttore generale. In questo spazio non di rado sono penetrate pressioni esterne, di tipo essenzialmente politico, che hanno inciso in maniera determinante sulla selezione dei soggetti da incaricare.

Quella che la legge aveva immaginato come una possibilità del direttore di affiancare a sé persone "di fiducia" con le quali condividere la gestione e alle quali affidare, alla luce dell'impostazione manageriale prescelta, compiti più o meno ampi di amministrazione diretta, è in diversi casi divenuta una occasione di lottizzazione politica delle nomine.

Appariva necessario, quindi, un ripensamento della disciplina al fine di garantire insieme al mantenimento di un margine decisionale sufficientemente ampio, che consenta al direttore generale di scegliere di affiancare a sé nel governo aziendale professionisti il cui profilo appaia coerente con lo stile manageriale che intende imprimere alla gestione dell'azienda, la garanzia che la scelta cada su persone altamente qualificate, dotate di tutti i requisiti di idoneità all'assunzione dei compiti propri del ruolo da ricoprire. Ciò dovrebbe poter assicurare anche un effettivo esercizio del potere di scelta da parte del direttore generale, senza indebite pressioni della politica.

In questa prospettiva sembra muoversi la legge 124 del 2015, che all'articolo 11, c. 1, lett. p), delega il Governo a prevedere una disciplina che contempli la costituzione di elenchi regionali di aspiranti agli incarichi di direttore amministrativo, sanitario e, laddove previsto, di direttore dei servizi socio-sanitari. Per l'iscrizione ai suddetti elenchi dovrà essere prevista una selezione per titoli e colloquio, previo avviso pubblico, di coloro che siano in possesso di specifici titoli professionali, scientifici e di carriera.

Il procedimento è immaginato come effettivamente selettivo e non solo, come è ora nei casi in cui a livello regionale è previsto un albo o un elenco, di mera verifica del possesso di requisiti predeterminati. Coerentemente è prevista anche la costituzione, a tal fine, di vere e proprie commissioni regionali composte da esperti indicati da qualificate istituzioni scientifiche.

La modifica che ciò comporterà rispetto al sistema vigente sembra andare nella direzione auspicata. Per non tradirne la finalità, tuttavia, occorre che in sede di esercizio della delega non si perda l'occasione per dare al procedimento una funzione propriamente selettiva, onde evitare che nell'attuazione regionale si riproponga il fenomeno già osservato a proposito degli elenchi di aspiranti all'incarico di direttore generale.

3. L'incarico di direzione di struttura complessa

Alcune brevi considerazioni debbono infine essere rivolte alla procedura per l'affidamento degli incarichi di direzione di struttura complessa.

Rispetto ad essi si deve segnalare come la normativa nazionale abbia previsto da subito forme di selezione e trasparenza a garanzia della qualità del profilo del soggetto da incaricare. Questo probabilmente anche in considerazione della specificità e tecnicità delle funzioni da svolgere, che investono insieme aspetti gestionali e di elevata professionalità medica.

Nella sua versione originaria l'art. 15, comma 3, d.lgs. 502/1992 prevedeva un procedimento selettivo di tipo tradizionale, articolato nelle diverse fasi della pubblicazione dell'avviso, della

designazione della commissione di esperti e della formazione della graduatoria di merito, cui faceva seguito l'attribuzione dell'incarico da parte del direttore generale.

Ben presto, tuttavia, si pose il problema di bilanciare le esigenze di individuazione di un soggetto professionalmente competente con la possibilità, da riconoscersi al direttore generale in quanto responsabile della gestione complessiva dell'azienda, di proporre alla direzione delle sue principali articolazioni candidati con un profilo professionale coerente con la linea gestionale della quale intendesse farsi interprete.

Per questo motivo il testo dell'art. 15 venne parzialmente modificato già nell'anno successivo, per effetto del d.lgs. 517 del 1993, che dispose una revisione sostanziale del ruolo della commissione di esperti, non più chiamata a formare una graduatoria, ma soltanto a valutare l'idoneità all'incarico dei singoli candidati. Il d.lgs. 229 del 1999, a sua volta, ha modificato anche la composizione della commissione di esperti, rafforzando la componente direttamente designata dal direttore generale.

L'impianto che ne è risultato, tuttavia, non è apparso idoneo a proteggere la procedura di individuazione del soggetto da incaricare da indebite pressioni di carattere politico o comunque da logiche legate ad esigenze di progressione di carriera per anzianità, piuttosto che per merito.

In questo quadro è intervenuto nel 2012 il d.l. 154, successivamente convertito con l. 189 dello stesso anno, che ha in buona parte riscritto l'articolo 15 del d.lgs. 502¹⁷.

Ai sensi della disciplina attuale le regioni debbono prevedere procedure per l'affidamento degli incarichi di struttura complessa a seguito di avviso pubblico. La selezione deve essere effettuata da una commissione composta dal direttore sanitario dell'azienda interessata e da tre direttori di struttura complessa nella medesima disciplina dell'incarico da conferire, individuati tramite sorteggio da un elenco nazionale nominativo costituito dall'insieme degli elenchi regionali dei direttori di struttura complessa. Almeno un componente della commissione deve appartenere ad una regione diversa da quella dove ha sede l'azienda. Il presidente della commissione, in cui voto prevale in caso di parità, deve essere eletto dalla commissione stessa fra i tre membri sorteggiati.

La commissione provvede alla selezione di tre candidati sulla base del profilo professionale indicato dall'azienda e attraverso una analisi comparativa dei curricula, dei titoli professionali, delle competenze organizzative e gestionali e dei volumi dell'attività svolta. La coerenza delle caratteristiche dei candidati con le caratteristiche dell'incarico viene apprezzata anche attraverso un apposito colloquio. La terna dei candidati deve essere formata sulla base dei migliori punteggi attribuiti. Il direttore generale individua il candidato da nominare nell'ambito della terna predisposta dalla commissione. Laddove, tuttavia, la sua scelta cada su uno dei due candidati che non hanno conseguito il migliore punteggio, il direttore deve motivare analiticamente la scelta.

A seguito di tale modifica normativa la Conferenza delle Regioni il 28 febbraio 2013 ha approvato un documento di linee guida standard per garantire omogeneità della disciplina regionale di attuazione.

L'impianto risultante dal quadro appena descritto contiene diverse misure utili a garantire che il procedimento di individuazione del soggetto al quale affidare l'incarico di struttura complessa sia caratterizzato da profili di imparzialità: la commissione composta prevalentemente di soggetti esterni all'azienda, la presidenza della commissione affidata anch'essa ad un soggetto esterno, la selezione in luogo della semplice verifica di idoneità e il vincolo costituito dal punteggio attribuito dalla commissione, dal quale il direttore può parzialmente prescindere solo in maniera motivata.

¹⁷ E. N. Fragale, *La dirigenza delle aziende sanitarie dopo la c.d. riforma Balduzzi*, in *Istituzioni del Federalismo*, 2013, 551 ss.

L'insieme di tali elementi rende la procedura potenzialmente idonea a garantire una individuazione dei candidati alla direzione di struttura complessa resistente alla penetrazione di logiche eccentriche rispetto a quelle che dovrebbero guidare tale tipo di scelta.

Autorità Nazionale Anticorruzione

- Luglio 2015 -