



CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME
12/84/CR8b/C7

**RELAZIONE PER L'AUDIZIONE PRESSO
LA COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA
SULL'EFFICACIA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

**SULLE PROBLEMATICHE CONCERNENTI LA NORMATIVA IN
MATERIA DI NOMINA DEI DIRIGENTI SANITARI APICALI**

Fin dai primi anni novanta, il principio di separazione tra politica e amministrazione sembra un'ineluttabile necessità.

La pubblica amministrazione italiana, quindi, in seguito alle riforme degli anni novanta, ha conosciuto la distinzione tra indirizzo politico e attività amministrativa, al fine di rendere la propria azione più efficiente e trasparente.

Al centro di tale distinzione si pone la dirigenza pubblica, in particolare quella di vertice, alla quale è affidata l'attuazione concreta delle direttive e degli indirizzi impartiti dagli organi di governo politico.

Secondo tale modello, la politica dovrebbe rimanere estranea all'attività di gestione, essendo ad essa affidato solo il potere di individuare il dirigente, affidarne l'incarico e verificarne il raggiungimento dell'obiettivo.

La dirigenza pubblica trova costituito il suo status, fatto di una pluralità di competenze autonome e di rappresentanza, con il D.P.R. n. 748/72. Nonostante la finalità di tale decreto fosse il riconoscimento di precise competenze in capo ai funzionari della burocrazia statale, non riusciva a superare il rapporto gerarchico rispetto all'organo politico, ingenerando generale confusione fra politica e amministrazione e impedendo l'attuazione dei principi espressi da tale D.P.R.

Con la legge n. 142/1990 è stato sancito per gli Enti Locali, e per la prima volta, la distinzione tra politica e gestione precisando che *"spettano ai dirigenti tutti i compiti, compresa l'adozione di atti che impegnano l'amministrazione verso l'esterno, che la legge o lo statuto non riservino espressamente agli organi di governo dell'Ente"*.

Successivamente, il D. Lgs. n. 29/1993 ha esteso tale principio a tutte le pubbliche amministrazioni affermando che: *"gli organi di governo definiscono gli obiettivi ed i programmi da attuare e verificano la rispondenza dei risultati della gestione amministrativa alle direttive generali impartite"*.

Lo stesso decreto ha specificato il ruolo dei dirigenti quali responsabili della gestione e dei relativi risultati: *"la gestione finanziaria tecnica e amministrativa, compresa l'adozione di tutti gli atti che impegnano l'Amministrazione verso l'esterno, mediante autonomi poteri di spesa, di organizzazione delle risorse umane, strumentali e di controllo"*.

Alla dirigenza è affidata, quindi, la piena responsabilità e autonomia per il funzionamento delle strutture ed il compimento degli obiettivi, mentre agli organi politici vengono riservati poteri di indirizzo, programmazione e di verifica dei risultati sull'attività.

Ma già a partire dal 1998, viene affermato, con riferimento all'intero comparto pubblico, nel quadro della "privatizzazione" dei rapporti di lavoro, il principio della relazione fiduciaria tra politica e alta burocrazia.

È indubbio che si intende mantenere in capo agli organi politici un diretto potere di nomina e una disciplina degli incarichi che può configurare una forte subordinazione della dirigenza agli organi politici.

Nel corso degli anni, si sono succeduti diversi decreti tesi ad ottimizzare il rapporto "politica-dirigenza amministrativa", proprio per la delicatezza dei rapporti che inevitabilmente intercorrono.

L'organizzazione strutturale della governance sanitaria non è esente da tali valutazioni.

Infatti, la dirigenza sanitaria è strutturalmente coinvolta nella condivisione di scelte politiche necessarie alla costruzione dell'offerta di Sanità al cittadino.

La specificità della distinzione tra politica e gestione in Sanità si sostanzia nella nomina dei Direttori Generali da parte dei Presidenti delle Regioni e Province Autonome.

È la legislazione statale più che la contrattazione nazionale che definisce le modalità di nomina dei Direttori delle Unità Complesse.

Lo strumento principe, nella realizzazione degli obiettivi strategici aziendali, avviene tramite la nomina dei Direttori delle Unità Complesse, effettuata dai Direttori Generali, che se ne assumono la piena responsabilità.

Al comma 2 dell'art. 15 ter del D. Lgs. n. 502/1992 è infatti previsto che il conferimento dell'incarico avviene da parte del Direttore Generale previo avviso pubblico (in G.U.) sulla base di una rosa di candidati idonei scelti da apposita Commissione. La Commissione che esamina le domande è nominata dal Direttore Generale: il presidente è il Direttore Sanitario, mentre i due componenti, dirigenti di struttura complessa dei ruoli del personale del SSN, scelti uno dal Collegio di Direzione ed uno dal Direttore Generale tra i Dirigenti di struttura complessa della disciplina oggetto dell'incarico.

Questo fondamentale passaggio traduce le scelte politiche e di programmazione regionale in atti gestionali concreti aziendali. È infatti compito dei gestori tecnici, chiamati dalla politica, garantire il rispetto della normativa vigente e della contrattazione.

Tale principio non può prescindere, nella materia in esame, dalla discrezionalità assegnata ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali in qualità di privati datori di lavoro, lavoro che, nel concetto stesso di rapporto di dipendenza, implica necessariamente un carattere fiduciario degli incarichi apicali.

È per questo motivo che è imprescindibile ottenere la massima condivisione delle scelte politiche, sia regionali che locali, di programmazione e gestione delle risorse, sia umane che economiche, nel prioritario obiettivo di garantire sempre i più alti livelli qualitativi di offerta di Salute.

Tutto ciò non implica, necessariamente, che le scelte politiche, nel nominare la dirigenza, coincidano o siano sinonimi di “mala gestione” delle risorse umane, solo finalizzate al soddisfacimento di obiettivi personali e di tornaconto, anche politico.

Le Regioni e PP.AA. agiscono con atti deliberativi di indirizzo e organizzazione sempre all'interno della normativa vigente stabilita dal legislatore nazionale. È nell'ambito degli obblighi stabiliti dalla cosiddette “leggi quadro”, che il legislatore regionale delibera il proprio sistema di “governance sanitaria”. E la norma primaria in sanità resta ancora la legge 502 del 1992 e in particolare l'art. 15, che lega l'attività del dirigente sanitario all'indirizzo politico.

“L’attività dei dirigenti sanitari è caratterizzata, nello svolgimento delle proprie mansioni e funzioni, all’autonomia tecnico-professionale i cui ambiti di esercizio, attraverso obiettivi momenti di valutazione e verifica, sono progressivamente ampliati. L’autonomia tecnico-professionale, con le connesse responsabilità, si esercita nel rispetto della collaborazione multiprofessionale, nell’ambito di indirizzi operativi e programmi di attività promossi, valutati e verificati a livello dipartimentale e aziendale, finalizzati all’efficace utilizzo delle risorse e all’erogazione di prestazioni appropriate e di qualità. Il dirigente, in relazione all’attività svolta, ai programmi concordati da realizzare e alle specifiche funzioni allo stesso attribuite, è responsabile del risultato...”

A titolo esemplificativo, si riporta quanto deliberato dalla Giunta Regione della Emilia Romagna, nelle Premesse della Deliberazione Regionale n. 1722/2004, che definisce le linee guida di indirizzo per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa delle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale.

1. *contemperare, nella materia in esame, le prerogative di discrezionalità assegnate ai Direttori generali della Aziende sanitarie della Regione in qualità di privato datore di lavoro – considerato anche il carattere fiduciario degli incarichi di cui si tratta - con le esigenze di trasparenza e di adeguata motivazione che devono sostenere le nomine relative agli incarichi di direzione di struttura complessa ai dirigenti sanitari;*

2. *fornire indicazioni operative utili per esercitare tali poteri discrezionali in un'ottica di sempre maggiore efficienza, efficacia e trasparenza della scelta, in relazione alle concrete esigenze aziendali di volta in volta prospettate;*

assicurare che nelle figure preposte alla direzione di struttura complessa possano essere coniugate le competenze tecniche, professionali e scientifiche con le quelle di carattere organizzativo e di gestione strategica delle risorse assegnate per il perseguimento degli obiettivi aziendali;

4. *garantire una applicazione delle norme sopra richiamate uniforme ed omogenea nelle Aziende sanitarie del Servizio sanitario regionale; ... ”*

Anche la Liguria, nella L.R. N. 41/2006 all'art. 48, normando le modalità di selezione dei Direttori di Struttura Complessa, fa esplicito riferimento alla normativa nazionale.

“1. Gli incarichi di direzione di struttura complessa del ruolo sanitario sono conferiti esclusivamente previa selezione per avviso da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

2. L'attribuzione dell'incarico di direzione di struttura complessa ai dirigenti sanitari è effettuata dal direttore generale nel rispetto dei principi generali fissati dall'articolo 15 ter del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni, sulla base di una terna di candidati individuata dalla Commissione di selezione di cui al citato articolo 15 ter in base alla procedura di cui al comma 3.

2 bis. La procedura selettiva è ripetuta una sola volta nel caso in cui le domande di partecipazione alla selezione siano inferiori a tre [34].

3. La Giunta regionale, con direttiva vincolante, definisce le procedure per l'affidamento degli incarichi di cui al presente articolo in modo da garantire la trasparenza e l'oggettività delle stesse e l'indipendenza della Commissione di selezione, in particolare fissa:

a) i criteri per la scelta dei componenti della Commissione di selezione;

b) i criteri per la formazione della terna di candidati.

3 bis. Nei casi di accorpamento di due o più strutture complesse, conseguenti alla rideterminazione degli assetti organizzativi aziendali, l'attribuzione degli incarichi di struttura complessa è effettuata dal direttore generale a seguito di selezione interna nel rispetto, per quanto compatibili, dei criteri e delle procedure di cui ai commi 2 e 3. Alle procedure di selezione partecipano i dirigenti incaricati delle strutture complesse accorpate [35].

4. L'opzione per il rapporto di lavoro esclusivo per la durata complessiva dell'incarico costituisce requisito per il conferimento ai dirigenti sanitari di incarichi di direzione di struttura complessa.”

E, inoltre, si riporta quanto stabilito dal nuovo Piano Sanitario della Regione Veneto, che verrà discusso dal Consiglio regionale verso la metà del mese di giugno.

“...Art. 11 – Conferimento incarichi e valutazione dei dirigenti apicali di unità operative complesse

- 1. Il Direttore Generale procede al conferimento degli incarichi di Dirigenti apicali di Unità Operativa Complessa rendendo pubbliche le motivazioni professionali ed evidenziando qualità e meriti del soggetto al quale viene conferito l'incarico.*
- 2. La Giunta Regionale provvede, entro 180 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, alla formulazione di uno schema-tipo di contratto di lavoro che, nel rispetto della vigente normativa, individua i seguenti criteri ai quali è obbligatorio far riferimento per la valutazione di fine incarico dei dirigenti apicali di unità operativa complesse:*
 - a) quantità e qualità delle prestazioni sanitarie erogate in relazione agli obiettivi assistenziali concordati preventivamente in sede di discussione del budget;*
 - b) valorizzazione dei collaboratori;*
 - c) soddisfazione degli utenti;*
 - d) strategie adottate per il contenimento dei costi tramite l'uso appropriato delle risorse.*
- 3. L'esito positivo della valutazione determina la conferma dell'incarico.*

Quanto sopra riportato dimostra ampiamente di come in ambito regionale si traducano le indicazioni contenute nella normativa nazionale in atti deliberativi propri, in ottemperanza anche della legge del 7 giugno 2000, n. 150 "Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni", le cui finalità e campo di applicazione sono tese all'attuazione dei principi che regolano la trasparenza e l'efficacia dell'azione amministrativa e alla valutazione della performance dei risultati.

La politica, nell'ambito del conferimento di incarichi dirigenziali, deve saper individuare le eccellenze umane, che garantiscano, però, una condivisione, anche critica, degli obiettivi individuati. Ovvero, vi è l'imprescindibile necessità di fidelizzazione delle figure apicali, strumento ultimo, ma primario, di realizzazione della miglior sanità possibile.

Ne scaturisce che la mera valutazione dei candidati all'incarico di Direttore di Unità Complessa non può prescindere anche dalla valutazione delle capacità di organizzazione e massima utilizzazione delle risorse e del personale a loro disposizione.

Si ritiene, quindi, che la normativa nazionale vigente, in merito alla disciplina di nomina dei dirigenti sanitari, a qualsiasi livello essi siano, sia sufficientemente in grado di garantire quei risultati qualitativi e quantitativi di capacità di amministrazione delle risorse umane ed economiche, in un primario quadro di erogazione dei più alti livelli di salute per i cittadini.

Roma, 6 giugno 2012