

Le novità del DL concorrenza sulla selezione dei Direttori di struttura complessa

Articolo di Stefano Simonetti, Esperto di legislazione sanitaria

È stata finalmente pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 188 del 12 agosto 2022 la legge n. 118 del 5 agosto 2022, meglio nota come “legge Concorrenza 2021”. Ho precisato “finalmente” perché le vicende di questa legge sono state piuttosto travagliate e su questo sito, il 4 e l’11 novembre 2021 e il 30 maggio scorso, ho provato ad illustrare tutti gli aspetti salienti della norma, contenuta nella legge, che qui interessa. Riguardo ai punti più controversi basti ricordare che in Senato sono stati presentati 63 emendamenti di cui uno solo è stato approvato, quello sulle selezioni nella Provincia autonoma di Bolzano (ultimo periodo nel nuovo punto a dell’art. 7-bis)

All’interno della legge Concorrenza, come è noto da tempo, era contenuto l’art. 18 (ora divenuto art. 20) che revisiona la procedura di selezione dei direttori di struttura complessa, i cosiddetti “primari”. Si tratta dell’art. 15 del d.lgs. 502/1992, il cui comma 7-bis – già modificato nel 2012 dalla legge “Balduzzi” – viene ora completamente sostituito. Devo innanzitutto prendere atto che le importanti scelte di merito del Governo sono state confermate in aula, circostanza di cui dubitavo, ma i fatti mi hanno smentito: vuol dire che la politica ha vinto sui partiti. Ho detto “politica” intendendola con la P maiuscola perché molto spesso si è sentita l’affermazione “fuori la politica dalle nomine dei direttori generali” e di riflesso da quelle dei primari e non la trovo del tutto attinente perché la politica è la gestione della “cosa pubblica” e non esiste forse aspetto più delicato della tutela della salute in tema di cosa pubblica. Quello che doveva essere rivisto – come infatti è avvenuto, almeno su questa procedura - era l’intervento dei partiti, con i suoi interessi non sempre trasparenti, le spartizioni, le afferenze personali; la “Politica” è un’altra cosa e consiste in un inalienabile strumento per l’amministrazione dello Stato e la direzione della vita pubblica.

In buona sostanza, con questa nuova norma di legge - che entrerà in vigore il 27 agosto prossimo e cui le Regioni dovranno far seguire le proprie linee di indirizzo - i tre primari sorteggiati a far parte della commissione dovranno essere due di fuori regione e uno solo della medesima regione, ribaltando così la precedente proporzione e, inoltre, viene promossa la parità di genere. Il Direttore generale non avrà più la facoltà di conferire l’incarico al secondo o al terzo della graduatoria, previa adeguata motivazione, ma dovrà obbligatoriamente far vincere la selezione al candidato che ha conseguito il miglior punteggio. Non è da sottovalutare, peraltro, la disposizione sulla presidenza della commissione che prevede ora un automatismo (il più anziano) rispetto alla precedente elezione, perché si prevede che in caso di parità nelle deliberazioni della commissione prevale il voto del presidente. Con le nuove regole la selezione torna ad essere pienamente di natura concorsuale con il conseguente passaggio della giurisdizione al TAR e al Consiglio di Stato.

Per valutare tutte le novità, facciamo un passo indietro. Rispetto al DDL approvato dal Consiglio dei Ministri il 4 novembre 2021, la prima evidente modifica riguarda la correzione di un plateale errore – perché, dunque, tale era - cioè quello di riferire tutta la procedura ai soli medici. La questione era stata segnalata su questo sito il 4 novembre stesso e mi piacerebbe credere che la mia osservazione abbia contribuito a far cambiare la disposizione. Detto questo, si riscontra un’altra notevole modifica rispetto al testo uscito dal Consiglio dei Ministri. Nella lettera a), quando si disciplinano le operazioni di sorteggio dei commissari è stata introdotta la previsione del rispetto della parità di genere e si precisa che qualora “*la metà dei direttori di struttura complessa non è di genere diverso, si prosegue nel sorteggio*”. In disparte dall’evidente refuso aritmetico – la “metà” dei direttori da sorteggiare è improbabile da realizzare - si potrebbe ritenere ridondante la precisazione perché già esiste per tutte le procedure concorsuali il chiaro disposto dell’art. 57, comma 1, lettera a) del d.lgs. 165/2001 che prescrive che le pubbliche amministrazioni “*riservano alle donne, salva motivata impossibilità, almeno un terzo dei posti di componente delle commissioni di concorso*”. È plausibile che l’emendamento intendesse la metà dell’intera commissione, compreso dunque il direttore sanitario, che avrebbe un senso grazie al previsto arrotondamento all’unità superiore, ma la norma parla proprio dei tre sorteggiati e non della commissione al completo. Non si comprende il motivo di aver elevato la percentuale di presenza femminile proprio in una procedura rispetto alla quale è di dominio pubblico la scarsissima consistenza numerica di primari donne (secondo i dati sindacali circa il 14/15 % del totale). Proviamo a fare un esempio con le discipline più a rischio. Dall’elenco nazionale pubblicato sul sito del Ministero risultano 266 primari di Ortopedia di cui solo 4 donne. In questo caso, seguendo le nuove procedure, il sorteggio potrebbe durare ore. In Neurochirurgia sono presenti 2 donne su 62 direttori ma in Cardiocirurgia ne risulta una sola su 66. In quest’ultimo caso il sorteggio sarebbe ovviamente inutile ma credo che la evidente predeterminazione del componente della commissione andrebbe ad incidere proprio sul principio della trasparenza e della aleatorietà, fermo restando che l’interessata dovrebbe gioco forza partecipare a tutte le selezioni del Paese. È vero che la norma si premura di precisare “ove possibile”, ma le considerazioni di cui sopra restano comunque valide. Non accenno nemmeno al rischio che potrebbe scaturire dall’aver utilizzato

la locuzione “*non è di genere diverso*” rispetto a quella già ricordata “*riservano alle donne*”, perché si spalancherebbero scenari inimmaginabili.

E allora, già che ci siamo, segnalo altre due improprietà presenti nel testo, peraltro contenute anche nella norma “Balduzzi” prima delle intervenute modifiche. Nella lettera b), riguardo all’eventuale scorrimento della graduatoria vengono utilizzati i termini “dimissioni o decadenza” invece dei più appropriati “cessazione del rapporto di lavoro”, in quanto comprensiva di tutte le causali di cessazione; questo a prescindere dal fatto che l’istituto della “decadenza” non ha riscontri legislativi o contrattuali nel vigente ordinamento giuridico della Sanità. Nella stessa lettera b) e nella successiva lettera d) si parla di “nomina”, termine che dovrebbe essere sostituito con le parole “conferimento dell’incarico” – utilizzato peraltro in altri passaggi della norma – perché si tratta di un istituto di diritto comune contrattualizzato. La nomina è un atto unilaterale autoritativo che appare estraneo al rapporto di lavoro privatizzato che per i direttori di struttura complessa – come per tutti i dipendenti – si costituisce con la sottoscrizione del contratto individuale. Per le aziende ospedaliere universitarie, invece, il termine “nomina” è formalmente corretto vista la presenza di docenti universitari che sono in regime di diritto pubblico e non contrattualizzati.

Non posso, infine, che ribadire le difficoltà che si presenteranno con la nuova procedura e segnalare per l’ennesima volta gli aspetti che potevano essere regolati da questo art. 21:

- risolvere l’annosa e surreale questione delle selezioni per i direttori di struttura complessa infermieristici e tecnico-sanitari per i quali la normativa del 2012 – oggi rivisitata - è sostanzialmente e formalmente inapplicabile;
- riguardo alla funzionalità delle commissioni, è noto che spessissimo i direttori di altre regioni non accettano l’incarico, in particolare quando gli uffici li informano che non è previsto alcun compenso (come avviene in molte regioni). Se il numero degli “esterni” aumenta, ovviamente aumentano anche le possibilità che la commissione non si riesca a costituire. Perché allora non fare esplicito riferimento all’art. 3, comma 12 della legge 56/2019, cosiddetta “Concretezza”, che considera l’incarico compito di istituto e, sostanzialmente, obbligatorio prevedendo però in modo chiaro e inequivocabile il diritto al compenso previsto dal DPCM del 2020 che, invece, attualmente non ha alcuna copertura normativa per le selezioni di cui stiamo parlando.

Legge 5 agosto 2022, n. 118

Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021. (22G00126) (GU Serie Generale n.188 del 12-08-2022) Entrata in vigore del provvedimento: 27/08/2022

Art. 20 Selezione della dirigenza sanitaria

1. All’articolo 15 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, il comma 7-bis è sostituito dal seguente:
«7-bis. Le regioni, nei limiti delle risorse finanziarie ordinarie e nei limiti del numero delle strutture complesse previste dall’atto aziendale di cui all’articolo 3, comma 1-bis, tenuto conto delle norme in materia stabilite dalla contrattazione collettiva, disciplinano i criteri e le procedure per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa, previo avviso cui l’azienda è tenuta a dare adeguata pubblicità, sulla base dei seguenti principi:

a) la selezione è 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, dei quali almeno due responsabili di strutture complesse in regioni diverse da quella ove ha sede l’azienda interessata alla copertura del posto. I direttori di struttura complessa sono individuati tramite sorteggio da un elenco nazionale nominativo costituito dall’insieme degli elenchi regionali dei direttori di struttura complessa appartenenti ai ruoli regionali del Servizio sanitario nazionale. Qualora fosse sorteggiato più di un direttore di struttura complessa della medesima regione ove ha sede l’azienda interessata alla copertura del posto, è nominato componente della commissione il primo sorteggiato e si prosegue nel sorteggio fino a individuare almeno due componenti della commissione direttori di struttura complessa in regioni diverse da quella ove ha sede la predetta azienda. Se all’esito del sorteggio di cui al secondo o al terzo periodo la metà dei direttori di struttura complessa non è di genere diverso, si prosegue nel sorteggio fino ad assicurare ove possibile l’effettiva parità di genere nella composizione della commissione, fermo restando il criterio territoriale di cui al terzo periodo. Assume le funzioni di presidente della commissione il componente con maggiore anzianità di servizio tra i tre direttori sorteggiati. In caso di parità nelle deliberazioni della commissione prevale il voto del presidente. In deroga alle disposizioni di cui al primo periodo, nella provincia autonoma di Bolzano la selezione per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa è 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, dei quali almeno un responsabile di struttura complessa in regione diversa da quella ove ha sede l’azienda interessata alla copertura del posto;

b) la commissione riceve dall’azienda il profilo professionale del dirigente da incaricare. Sulla base dell’analisi comparativa dei curricula, dei titoli professionali posseduti, avuto anche riguardo alle necessarie competenze organizzative e gestionali, dei volumi dell’attività svolta, dell’aderenza al profilo ricercato e degli esiti di un colloquio, la commissione attribuisce a ciascun candidato un punteggio complessivo secondo criteri fissati preventivamente e redige la graduatoria dei candidati. Il direttore generale dell’azienda sanitaria procede alla nomina del candidato che ha

conseguito il miglior punteggio. A parità di punteggio prevale il candidato più giovane di età. L'azienda sanitaria interessata può preventivamente stabilire che, nei due anni successivi alla data del conferimento dell'incarico, nel caso di dimissioni o decadenza del dirigente a cui è stato conferito l'incarico, si procede alla sostituzione conferendo l'incarico mediante scorrimento della graduatoria dei candidati;

c) la nomina dei responsabili di unità operativa complessa a direzione universitaria è effettuata dal direttore generale d'intesa con il rettore, sentito il dipartimento universitario competente ovvero, laddove costituita, la competente struttura di raccordo interdipartimentale, sulla base del curriculum scientifico e professionale del responsabile da nominare;

d) il profilo professionale del dirigente da incaricare, i curricula dei candidati, i criteri di attribuzione del punteggio, la graduatoria dei candidati e la relazione della commissione sono pubblicati nel sito internet dell'azienda prima della nomina. I curricula dei candidati e l'atto motivato di nomina sono pubblicati nei siti internet istituzionali dell'ateneo e dell'azienda ospedaliero-universitaria interessati».

Note all'art. 20:

- Si riporta il testo dell'art.15 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), come modificato dalla legge qui pubblicata «Art. 15 (Disciplina della dirigenza medica e delle professioni sanitarie).

1. Fermo restando il principio dell'invarianza della spesa, la dirigenza sanitaria è collocata in un unico ruolo, distinto per profili professionali, ed in un unico livello, articolato in relazione alle diverse responsabilità professionali e gestionali. In sede di contrattazione collettiva nazionale sono previste, in conformità ai principi e alle disposizioni del presente decreto, criteri generali per la graduazione delle funzioni dirigenziali nonché per l'assegnazione, valutazione e verifica degli incarichi dirigenziali e per l'attribuzione del relativo trattamento economico accessorio correlato alle funzioni attribuite ed alle connesse responsabilità del risultato.

2. La dirigenza sanitaria è disciplinata dal decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni, salvo quanto previsto dal presente decreto.

3. L'attività dei dirigenti sanitari è caratterizzata, nello svolgimento delle proprie mansioni e funzioni, dall'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 ed 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 ed alle specifiche funzioni allo stesso attribuite, è responsabile del risultato anche se richiedente un impegno orario superiore a quello contrattualmente definito.

4. All'atto della prima assunzione, al dirigente sanitario sono affidati compiti professionali con precisi ambiti di autonomia da esercitare nel rispetto degli indirizzi del dirigente responsabile della struttura e sono attribuite funzioni di collaborazione e corresponsabilità nella gestione delle attività. A tali fini il dirigente responsabile della struttura predispone e assegna al dirigente un programma di attività finalizzato al raggiungimento degli obiettivi prefissati ed al perfezionamento delle competenze tecnico professionali e gestionali riferite alla struttura di appartenenza. In relazione alla natura e alle caratteristiche dei programmi da realizzare, alle attitudini e capacità professionali del singolo dirigente, accertate con le procedure valutative di verifica di cui al comma 5, al dirigente, con cinque anni di attività con valutazione positiva sono attribuite funzioni di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, studio e ricerca, ispettive, di verifica e di controllo, nonché possono essere attribuiti incarichi di direzione di strutture semplici.

5. I dirigenti medici e sanitari sono sottoposti a una verifica annuale correlata alla retribuzione di risultato, secondo le modalità definite dalle regioni, le quali tengono conto anche dei principi del titolo II del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, e successive modificazioni, nonché a una valutazione al termine dell'incarico, attinente alle attività professionali, ai risultati raggiunti e al livello di partecipazione ai programmi di formazione continua, effettuata dal Collegio tecnico, nominato dal direttore generale e presieduto dal direttore di dipartimento, con le modalità definite dalla contrattazione nazionale. Gli strumenti per la verifica annuale dei dirigenti medici e sanitari con incarico di responsabile di struttura semplice, di direzione di struttura complessa e dei direttori di dipartimento rilevano la quantità e la qualità delle prestazioni sanitarie erogate in relazione agli obiettivi assistenziali assegnati, concordati preventivamente in sede di discussione di budget, in base alle risorse professionali, tecnologiche e finanziarie messe a disposizione, registrano gli indici di soddisfazione degli utenti e provvedono alla valutazione delle strategie adottate per il contenimento dei costi tramite l'uso appropriato delle risorse. Degli esiti positivi di tali verifiche si tiene conto nella valutazione professionale allo scadere dell'incarico. L'esito positivo della valutazione professionale determina la conferma nell'incarico o il conferimento di altro incarico di pari rilievo, senza nuovi o maggiori oneri per l'azienda, fermo restando quanto previsto dall'art. 9, comma 32, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010 n. 122.

6. Ai dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa sono attribuite, oltre a quelle derivanti dalle specifiche competenze professionali, funzioni di direzione e organizzazione della struttura, da attuarsi, nell'ambito degli indirizzi operativi e gestionali del dipartimento di appartenenza, anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa, e l'adozione delle relative decisioni necessarie per il corretto espletamento del servizio e per realizzare l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, attuati nella struttura loro affidata. Il dirigente è responsabile dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite. I risultati della gestione sono sottoposti a verifica annuale tramite il nucleo di valutazione.

7. Alla dirigenza sanitaria si accede mediante concorso pubblico per titoli ed esami, disciplinato ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 483 ivi compresa la possibilità di accesso con una specializzazione in disciplina affine. Gli incarichi di direzione di struttura complessa sono attribuiti a coloro che siano in possesso dei requisiti di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484.

«7-bis. Le regioni, nei limiti delle risorse finanziarie ordinarie e nei limiti del numero delle strutture complesse previste dall'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis, tenuto conto delle norme in materia stabilite dalla contrattazione collettiva, disciplinano i criteri e le procedure per il conferimento degli incarichi di direzione di

struttura complessa, previo avviso cui l'azienda è tenuta a dare adeguata pubblicità, sulla base dei seguenti principi:

a) la selezione è 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, dei quali almeno due responsabili di strutture complesse in regioni diverse da quella ove ha sede l'azienda interessata alla copertura del posto. I direttori di struttura complessa sono individuati tramite sorteggio da un elenco nazionale nominativo costituito dall'insieme degli elenchi regionali dei direttori di struttura complessa appartenenti ai ruoli regionali del Servizio sanitario nazionale. Qualora fosse sorteggiato più di un direttore di struttura complessa della medesima regione ove ha sede l'azienda interessata alla copertura del posto, è nominato componente della commissione il primo sorteggiato e si prosegue nel sorteggio fino a individuare almeno due componenti della commissione direttori di struttura complessa in regioni diverse da quella ove ha sede la predetta azienda. Se all'esito del sorteggio di cui al secondo o al terzo periodo la metà dei direttori di struttura complessa non è di genere diverso, si prosegue nel sorteggio fino ad assicurare ove possibile l'effettiva parità di genere nella composizione della commissione, fermo restando il criterio territoriale di cui al terzo periodo. Assume le funzioni di presidente della commissione il componente con maggiore anzianità di servizio tra i tre direttori sorteggiati. In caso di parità nelle deliberazioni della commissione prevale il voto del presidente. In deroga alle disposizioni di cui al primo periodo, nella provincia autonoma di Bolzano la selezione per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa è 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, dei quali almeno un responsabile di struttura complessa in regione diversa da quella ove ha sede l'azienda interessata alla copertura del posto;

b) la commissione riceve dall'azienda il profilo professionale del dirigente da incaricare. Sulla base dell'analisi comparativa dei curricula, dei titoli professionali posseduti, avuto anche riguardo alle necessarie competenze organizzative e gestionali, dei volumi dell'attività svolta, dell'aderenza al profilo ricercato e degli esiti di un colloquio, la commissione attribuisce a ciascun candidato un punteggio complessivo secondo criteri fissati preventivamente e redige la graduatoria dei candidati. Il direttore generale dell'azienda sanitaria procede alla nomina del candidato che ha conseguito il miglior punteggio. A parità di punteggio prevale il candidato più giovane di età. L'azienda sanitaria interessata può preventivamente stabilire che, nei due anni successivi alla data del conferimento dell'incarico, nel caso di dimissioni o decadenza del dirigente a cui è stato conferito l'incarico, si procede alla sostituzione conferendo l'incarico mediante scorrimento della graduatoria dei candidati;

c) la nomina dei responsabili di unità operativa complessa a direzione universitaria è effettuata dal direttore generale d'intesa con il rettore, sentito il dipartimento universitario competente ovvero, laddove costituita, la competente struttura di raccordo interdipartimentale, sulla base del curriculum scientifico e professionale del responsabile da nominare;

d) il profilo professionale del dirigente da incaricare, i curricula dei candidati, i criteri di attribuzione del punteggio, la graduatoria dei candidati e la relazione della commissione sono pubblicati nel sito internet dell'azienda prima della nomina. I curricula dei candidati e l'atto motivato di nomina sono pubblicati nei siti internet istituzionali dell'ateneo e dell'azienda ospedaliero-universitaria interessati».

7-ter.L'incarico di direttore di struttura complessa è soggetto a conferma al termine di un periodo di prova di sei mesi, prorogabile di altri sei ,a decorrere dalla data di nomina a detto incarico, sulla base della valutazione di cui al comma 5.

7-quater.L'incarico di responsabile di struttura semplice, intesa come articolazione interna di una struttura complessa, è attribuito dal direttore generale, su proposta del direttore della struttura complessa di afferenza, a un dirigente con un'anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico. L'incarico di responsabile di struttura semplice, intesa come articolazione interna di un dipartimento, è attribuito dal direttore generale, sentiti i direttori delle strutture complesse di afferenza al dipartimento, su proposta del direttore di dipartimento, a un dirigente con un'anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico. Gli incarichi hanno durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni, con possibilità di rinnovo. L'oggetto, gli obiettivi da conseguire, la durata, salvo i casi di revoca, nonché il corrispondente trattamento economico degli incarichi sono definiti dalla contrattazione collettiva nazionale.

7-quinquies. Per il conferimento dell'incarico di struttura complessa non possono essere utilizzati contratto a tempo determinato di cui all'art. 15-septies.

8. L'attestato di formazione manageriale di cui all'art.5,comma 1,lettera d),del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997,n.484,come modificato dall'art.16-quinquies,deve essere conseguito dai dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa entro un anno dall'inizio dell'incarico; il mancato superamento del primo corso, attivato dalla regione successivamente al conferimento dell'incarico, determina la decadenza dall'incarico stesso. I dirigenti sanitari con incarico quinquennale alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n.229,sono tenuti a partecipare al primo corso di formazione manageriale programmato dalla regione, i dirigenti confermati nell'incarico sono esonerati dal possesso dell'attestato di formazione manageriale.

9. I contratti collettivi nazionali di lavoro disciplinano le modalità di salvaguardia del trattamento economico fisso dei dirigenti in godimento alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999,n. 229».