

# ANMDO news

postatarget creative

LO/1727/2008

Posteitaliane

Anno XII - n°2/14

PERIODICO DELL'A.N.M.D.O. ASSOCIAZIONE NAZIONALE DEI MEDICI DELLE DIREZIONI OSPEDALIERE  
EDITO DA: EDICOM SRL - VIA ALFONSO CORTI 28 - 20133 MILANO - TEL. 0270633694 - FAX 0270633429 - INFO@GSANEWS.IT WWW.GSANEWS.IT

## SOMMARIO

# 2

**40° Congresso Nazionale ANMDO Napoli, 15-16-17 Ottobre 2014**

### I PREMI SCIENTIFICI

L'impegno dell'ANMDO come promotore di innovazione ed evoluzione scientifica si fonda sulla volontà di dare spazio anche per il 2014 ai contributi scientifici dei partecipanti, premiando la rilevanza scientifica del contenuto, l'originalità dello studio e l'efficacia della presentazione.

### LE COMUNICAZIONI

Le comunicazioni dovranno essere inviate da tutti gli iscritti al Congresso, esclusi i componenti del Comitato Direttivo...

# 3

**Master Universitario di II livello Direzione Medica di Presidio Ospedaliero**

Il Master si propone di fornire una elevata specializzazione di carattere interdisciplinare sulle competenze del Medico di Direzione Medica di Presidio Ospedaliero ed è diretto a soddisfare la diffusa richiesta di approfondimento culturale...



# 8

**Atto di diffida e messa in mora nei riguardi della Regione Lombardia**

Oggetto: Delibera D.G.R. n.X/1919 del 03.06.14 (BURL n. 24/14) Atto di diffida e messa in mora. L'Associazione nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere (A.N.M.D.O.), con sede in Bologna (BO), via Dell'Indipendenza n. 54, codice fiscale 90003900280 e partita I.V.A. 02678321205, in persona del Presidente Nazionale, legale rappresentante p.t., dr Gianfranco Finzi, significa quanto segue. La Regione Lombardia con L.R. 22/13 ha novellato...

## 40° Congresso Nazionale ANMDO Napoli, 15-16-17 Ottobre 2014

I giorni della Sanità che siamo abituati a conoscere, volgono, inesorabilmente, al termine. Non si tratta di un problema solo italiano. Tutti i sistemi sanitari del mondo sono alle prese con l'incremento continuo dei costi al quale corrisponde una qualità dell'assistenza sanitaria certamente disomogenea e nessuno è rimasto con le mani in mano. Si è cercato di combattere i comportamenti disonesti, di ridurre gli errori, di elaborare linee-guida, d'implementare soluzioni informatiche ed elettroniche. I risultati sono demoralizzanti. Nulla sembra funzionare.

Il ricorso alla Spending Review e ai suoi tagli indiscriminati, sta ulteriormente peggiorando la situazione, mettendo in discussione la sopravvivenza stessa dei servizi sanitari nazionali.

L'ANMDO ritiene che sia giunto il momento di modificare in maniera sostanziale l'attuale organizzazione della sanità. Occorre elaborare e implementare una nuova strategia. L'obiettivo è massimizzare il valore per il paziente ottenendo i migliori risultati al costo più basso. Per conseguirlo bisogna abbandonare la logica imperante del razionamento delle risorse e, soprattutto, abbandonare, una volta per tutte, l'attuale modello organizzativo incentrato su quello che fanno i professionisti sanitari, per realizzare un sistema sanitario centrato sul paziente e organizzato sulla base dei bisogni reali del paziente stesso.

In un periodo di grave difficoltà di sostenibilità dei servizi sanitari nazionali parlare di "Less is More" ("Meno per Più", presente nel titolo del 40° Congresso ANMDO), può sembrare una provocazione ai confini della realtà. Non è così. Si consiglia la lettura del report "Best Care at Lower Cost", pubblicato nel 2012 dall'Institute of Medicine statunitense per rendersene conto.

Bisogna avere coraggio. Coraggio di individuare ed eliminare gli sprechi e gli eccessi di medicalizzazione (Overdiagnosis, Overtreatment). Coraggio di sostituire l'attuale sistema frammentato, in cui ciascun erogatore locale offre una vasta gamma di servizi, con un sistema in cui l'erogazione dei servizi per determinate patologie, sia concentrata in organizzazioni sanitarie di eccellenza, correttamente dimensionate e posizionate, al fine di garantire una risposta completa di elevata qualità ai bisogni sanitari dei pazienti. In questa nostra Società così chiasmata, confusa, sovraccarica, il "Meno per Più" richiama all'intelligenza del saper fare bene, alla sobrietà, alla semplicità, all'essenzialità, all'efficacia ed efficienza. L'ANMDO chiama a raccolta tutti gli iscritti e tutti i soggetti che condividono questa visione per definire insieme una strategia condivisa con tutti gli operatori profes-

ionali, con i cittadini e con l'industria. Una strategia da mettere a disposizione della guida politica. Si tratta di una visione a medio/lungo termine. Siamo fermamente convinti che deve essere definita e avvia-

ta urgentemente, perché è possibile fare meglio con meno risorse, assicurando la sostenibilità del sistema sanitario. Il contributo dei medici di Direzione Sanitaria è imprescindibile ed essenziale.

### LA SEDE DEL CONGRESSO

Tutti i lavori congressuali si svolgeranno in un'unica sede

#### NAPOLI

#### Hotel Royal Continental

Via Partenope 38/44 - 80121 - Napoli

Tel. 081.2452068

Distanze da:

5 km circa da Stazione Ferroviaria

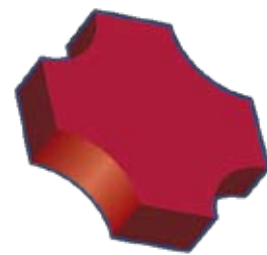
9.5 km da/per l'aeroporto Capodichino

4 km circa da uscita Autostrada



**È attivo il sito nazionale**  
**www.anmdo.org**





# 40° Congresso Nazionale ANMDO - Napoli, 15-16-17 Ottobre 2014

## PROGRAMMA

### Mercoledì 15 Ottobre

18.00 Apertura del Congresso  
Saluto delle Autorità  
Sessione Inaugurale e Letture magistrali

### Giovedì 16 Ottobre

8.30 Sessione plenaria - Auditorium -  
**Garantire salute al minor costo: aspetti clinico-assistenziali**  
10.30 Lettura Socratica

11.00 Seminario - Sala Giardino -  
**Più per Meno: dal programma Choosing Wisely riflessioni su appropriatezza e sicurezza delle cure**

11.00 Seminario - Sala Partenope -  
**Riprogrammare l'organizzazione e l'allocatione delle risorse nella sanità dal 2014: scenari possibili**

11.00 Seminario - Sala Catalana -  
**Validazione, analisi del rischio e onere della prova nella sterilizzazione: alla ricerca della triangolazione perfetta**

11.00 Workshop - Sala Aragonese -  
**Responsabile Unico del Procedimento (RUP) e Direttore Esecuzione del Contratto (DEC): ruoli strategici in bilico tra qualità e contenimento della spesa pubblica**

11.00 Sessioni presentazione Comunicazioni - Auditorium -

13.00 Intervallo

14.30 Sessione Presentazione Poster - Auditorium -

14.30 Seminario - Sala Partenope -  
**L'immunoncologia: una nuova modalità di trattamento del cancro**

14.30 Consensus Conference - Sala Aragonese/Catalana  
**Nuovi Indicatori di Qualità Microbiologica (IQM) a supporto delle strategie di riduzione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA)**

14.30 Seminario - Sala Giardino  
**La Governance dell'Igiene**

16.30 Workshop - Sala Aragonese -  
**Il ruolo dei PDTA nella definizione dei LEA: dalla centralità delle prestazioni a quella del paziente**

20.00 Serata Conviviale  
**Premiazioni Comunicazioni, Poster, Concorso fotografico**  
**Lettura su Scienza e Arte**  
**Presentazione del volume sulla gestione dell'acqua nelle strutture sanitarie**

### Venerdì 17 Ottobre

8.30 Seminario - Sala da definire  
**La Sanità elettronica**

8.30 Seminario - Sala Partenope -  
**Nascita e vita di un farmaco: dal laboratorio al paziente**

8.30 Consensus Conference - Auditorium -  
**Tutela dell'associato e futuro della professione**

8.30 Seminario - Sala Giardino  
**Progettazione, gestione, sicurezza e sostenibilità del comparto operatorio in collaborazione con Siais**

10.00 Workshop - Sala Catalana -  
**Service Redesign: analisi dell'impatto delle formulazioni sottocute nell'organizzazione ospedaliera**

10.00 Workshop - Sala Aragonese -  
**Stay Clean: un innovativo sistema per il controllo dell'igiene in ambito sanitario**

11.00 Sessione Plenaria - Auditorium -  
**Garantire salute al minor costo: aspetti organizzativo-gestionali**

13.00 Lettura Socratica

13.30 Intervallo

14.30 Sessione Plenaria - Auditorium -  
**Ripensare la sanità in Europa**

16.30 Termine lavori

### I PREMI SCIENTIFICI

L'impegno dell'ANMDO come promotore di innovazione ed evoluzione scientifica si fonda sulla volontà di dare spazio anche per il 2014 ai contributi scientifici dei partecipanti, premiando la rilevanza scientifica del contenuto, l'originalità dello studio e l'efficacia della presentazione.

### LE COMUNICAZIONI

Le comunicazioni dovranno essere inviate da tutti gli iscritti al Congresso, esclusi i componenti del Comitato Direttivo e del Comitato Scientifico dell'ANMDO, esclusivamente alla sede della segreteria nazionale ANMDO ai seguenti indirizzi:

e-mail: [comunicazioni.anmdo@gmail.com](mailto:comunicazioni.anmdo@gmail.com)

Posta: Segreteria Nazionale A.N.M.D.O.

c/o Studio Associato Montanari Moscatiello Lombardo

Via Indipendenza, 54 - 40121 Bologna

Tel. 051/0310109 - Fax 051/0310108 - Cell. 333/8105555.

Il testo, oltre al titolo (max 100 battute), dovrà essere strutturato in: Nomi autori (es. Rossi M.; Bianchi S.), Carica e struttura di appartenenza autori, Parole chiave (max 3), Introduzione, Materiali e metodi, Risultati.

I lavori dovranno essere in formato Word 97-2003, con carattere Times New Roman, grandezza 10, interlinea 1, bordo 2 cm su tutti i lati, non superare i 3500 caratteri

(2.500 caratteri in presenza di grafico o tabella non più di 2, in bianco e nero). Andrà indicato l'Autore che, se accettato, presenterà il lavoro. Ciascun iscritto al Congresso può presentare una sola Comunicazione come primo Autore, ma può essere inserito come coautore in altre Comunicazioni. Peraltro è obbligatoria l'iscrizione al Congresso per ciascun primo Autore. Le Comunicazioni che non si atterranno alle presenti indicazioni non saranno accettate e quindi non verranno pubblicate sugli Atti del Congresso.

La scadenza per l'invio dei contributi scientifici è fissata entro e non oltre il 20 settembre 2014.

Verranno selezionate 24 Comunicazioni tra quelle pervenute; il primo Autore verrà avvisato con anticipo se la Comunicazione è stata accettata per essere presentata in sede congressuale. Ai 24 autori delle Comunicazioni prescelte verrà rilasciato un attestato di merito da parte di ANMDO che certifica l'accettazione del lavoro per il concorso.

Tutte le Comunicazioni pervenute e a norma in base a quanto sopra descritto, verranno pubblicate sugli Atti del Congresso. Al vincitore saranno attribuiti i seguenti premi:

**1° classificato** 1.000,00 euro

**2° classificato** 500,00 euro

**3° classificato** 250,00 euro

Le 24 comunicazioni prescelte saranno pubblicate sulla rivista "L'Ospedale"

### I POSTER

I Poster, che devono avere dimensioni massime di cm 70x100 (L x H), possono essere presentati da tutti gli iscritti al Congresso esclusi i componenti del Comitato Direttivo e del Comitato Scientifico dell'ANMDO. Gli interessati dovranno segnalare sulla scheda di iscrizione la volontà di presentare un Poster. Ciascun iscritto al Congresso può portare un solo Poster come primo Autore, ma può essere inserito come coautore in altri Poster. Peraltro è obbligatoria l'iscrizione al Congresso per ciascun primo Autore. I Poster pervenuti entro il 20 settembre 2014 e accettati dalla Segreteria Scientifica saranno esposti in sede congressuale. Ai vincitori saranno attribuiti i seguenti premi:

**1° classificato** 1.000,00 euro

**2° classificato** 500,00 euro

**3° classificato** 250,00 euro

Gli abstract dei Poster dovranno essere inviati esclusivamente alla segreteria nazionale ANMDO previa iscrizione al Congresso, al seguente indirizzo e-mail: [poster.anmdo@gmail.com](mailto:poster.anmdo@gmail.com). I testi (3.500 caratteri solo testo, 2.500 caratteri in presenza di grafico o tabella, non più di 2, in bianco e nero) dovranno essere strutturati come segue: Titolo, max 100 battute, Nomi autori, Carica e struttura di appartenenza autori, Parole chiave (max 3), Introduzione, Contenuti, Conclusioni.

I lavori dovranno essere in formato word 97-2003, con carattere Times New Roman, grandezza 10, interlinea 1, bordo 2 cm su tutti i lati). I Poster dovranno essere inviati anche in formato PDF nella loro forma definitiva di presentazione, al medesimo indirizzo e con la stessa scadenza. I Poster che non si atterranno alle presenti indicazioni non saranno accettati e quindi non verranno pubblicati sugli Atti del Congresso. Per ogni ulteriore informazione e chiarimento è possibile rivolgersi alla Segreteria Nazionale ANMDO ai seguenti recapiti

Dott.ssa Annamaria De Palma:

e-mail: [anmdo.segreteria@gmail.com](mailto:anmdo.segreteria@gmail.com)

Indirizzo: Segreteria Nazionale A.N.M.D.O.

c/o Studio Associato Montanari Moscatiello Lombardo

Via Indipendenza, 54 - 40121 Bologna

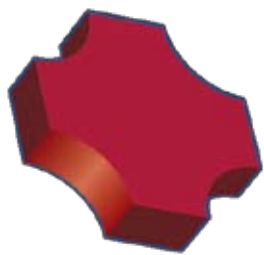
Tel. 051/0310109 - Fax 051/0310108 - Cell. 333/8105555.

Ai 12 autori dei Poster prescelti per concorrere all'assegnazione dei premi verrà chiesto di presentare oralmente il lavoro (7 minuti) e verrà rilasciato un attestato di merito da parte di ANMDO che certifica l'accettazione del lavoro per il concorso. I 12 Poster prescelti saranno pubblicati sulla rivista L'Ospedale.

Verranno accettati Comunicazioni e Poster inerenti le seguenti tematiche:

- Ambiente e Ospedale
- Distretto socio-sanitario
- Documentazione sanitaria
- Edilizia Sanitaria
- Etica
- Formazione
- Health Technology Assessment
- Horizon Scanning
- Igiene Ospedaliera
- Infezioni correlate all'assistenza
- Information Technology
- Innovazione in Sanità
- Legislazione sanitaria
- Logistica ospedaliera
- Organizzazione sanitaria
- Ospedale ecologico
- Programmazione, organizzazione e gestione sanitaria
- Qualità
- Rischio Infettivo
- Risk Management
- Servizi in gestione appaltata
- Sicurezza in ospedale
- Tutela dei dati
- Valutazione delle Performance

Poster e Comunicazioni saranno trattenuti da Anmdo e potranno essere utilizzati a fini di pubblicazione sugli strumenti di comunicazione dell'associazione.



## 40° Congresso Nazionale ANMDO - Napoli, 15-16-17 Ottobre 2014

### 2° CONCORSO FOTOGRAFICO ANMDO

Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere

#### DESTINATARI

Potranno partecipare tutti i professionisti soci ANMDO

#### FINALITÀ DEL CONCORSO

Il concorso si prefigge lo scopo di sviluppare forme artistiche tra gli Associati ANMDO.

#### TEMI SUGGERITI

- Il Giallo
- Il Rosso
- L'Acqua
- Le Colline e i Paesaggi rurali
- Le Mani

Al vincitore sarà attribuito il seguente premio: 1° classificato 1000,00 euro

#### MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE

Ogni partecipante, regolarmente iscritto al Congresso, può inviare, entro e non oltre il 20 settembre 2014, da un minimo di una fotografia ad un massimo di 5 fotografie, non presentate in concorsi precedenti pena esclusione dal concorso. Le fotografie possono essere all'origine digitali o analogiche. I soggetti, la tecnica ed il colore delle fotografie sono liberi, devono attenersi al tema del concorso. Le fotografie, stampate su carta lucida e in formato digitale, dovranno essere spedite tramite posta ordinaria in busta protetta all'indirizzo:

#### Segreteria Nazionale ANMDO

Dott.ssa Annamaria De Palma  
Via Indipendenza 54, Bologna 40121  
Tel: 051.0310109 - Fax: 051.0310108 - Cell. 333.8105555  
anmdo.segreteria@gmail.com - www.anmdo.org

Il materiale fotografico sarà trattenuto dall'ANMDO e potrà essere utilizzato per la sua pubblicazione sui network dell'associazione.

## Master Universitario di II livello Direzione Medica di Presidio Ospedaliero

### MASTER IN SINTESI

Il Master si propone di fornire una elevata specializzazione di carattere interdisciplinare sulle competenze del Medico di Direzione Medica di Presidio Ospedaliero ed è diretto a soddisfare la diffusa richiesta di approfondimento culturale, nonché le esigenze di aggiornamento e qualificazione professionale degli operatori del settore.

In particolare i partecipanti dovranno acquisire un dettagliato bagaglio culturale di conoscenze e competenze tecniche inerenti l'igiene, l'organizzazione e la gestione ospedaliera.

### OBIETTIVI FORMATIVI

Il **Master in Direzione Medica di Presidio Ospedaliero** si pone l'obiettivo di fornire gli strumenti operativi fondamentali ai medici specialisti in Igiene e Medicina Preventiva che si trovano a ricoprire incarichi professionali nell'ambito dell'organizzazione e della direzione medica di presidio ospedaliero.

### CONDIZIONI DI AMMISSIONE

Per l'accesso al Master di II livello (**minimo 15, massimo 25 partecipanti**) è richiesto il possesso della **Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia e del Diploma di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva o di una comprovata esperienza decennale in Direzione Medica di Presidio Ospedaliero**. Saranno inoltre ammessi i candidati in possesso di titoli di studio stranieri riconosciuti idonei dal Comitato Scientifico.

Una Commissione designata dal Comitato Scientifico provvederà, sulla base delle domande pervenute e dei relativi curricula, alla stesura di una graduatoria di merito.

### STRUTTURA DEL CORSO E DIDATTICA

Il Master ha durata di 18 mesi a partire da novembre 2014 per un totale di 60 CFU. L'impegno in aula consiste in circa 40 giornate pianificate mensilmente alternando formule settimanali (da lunedì pomeriggio al giovedì mattina) e formule week-end (dal giovedì pomeriggio al sabato mattina). Sono previsti lo studio individuale e il tirocinio.

I docenti sono individuati in ambito universitario, in ambito di SSN e tra professionisti dotati di competenze specifiche.

### SEDI DEL MASTER

- **SAA, Studi in Amministrazione Aziendale e d'Amministrazione Pubblica, Società Consortile a Responsabilità limitata (SAA S.c.ar.l.)** per le lezioni frontali. La struttura è facilmente raggiungibile con i mezzi pubblici dalle principali stazioni ferroviarie, vicina all'uscita autostradale e dispone di ampi parcheggi nelle zone limitrofe (Via Ventimiglia 115 - Torino)

- **Strutture Didattiche del Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica e Pediatriche** dell'Università degli Studi di Torino

- Direzione Sanitaria di Presidio dell'AO Città della Salute e della Scienza di Torino

- Altre strutture individuate quali sedi idonee di formazione e tirocinio dal Comitato Scientifico

### CANDIDATURE E MODALITÀ DI ISCRIZIONE

Le candidature dovranno pervenire entro e non oltre il **30 settembre 2014 - ore 16.00** seguendo la procedura per l'iscrizione ai "Concorsi ammissione corsi accesso programmato" riportata al seguente link: [www.unito.it/unitoWAR/page/istituzionale/servizi\\_studenti1/ammiss\\_corsi\\_accesso\\_progr1](http://www.unito.it/unitoWAR/page/istituzionale/servizi_studenti1/ammiss_corsi_accesso_progr1)

**Occorre inoltre inviare alla SSA S.c.ar.l., entro il medesimo termine del 30 settembre 2014, Application form e CV secondo le modalità espresse nel sito [www.saa.unito.it](http://www.saa.unito.it).**

Il Comitato Scientifico provvederà a stilare la graduatoria di merito entro il **15 ottobre 2014 - ore 9.00** e gli ammessi saranno chiamati a regolare la loro posizione come da regolamento.

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO  
SCUOLA DI MEDICINA  
DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELLA  
SANITÀ PUBBLICA E PEDIATRICHE

In collaborazione con  
**ANMDO**

**Master Universitario di II livello**  
**Direzione Medica di Presidio Ospedaliero**  
Prima edizione  
**a.a. 2014/2015**

**Sede di svolgimento**  
Torino

**Avvio**  
Novembre 2014

**Durata**  
18 mesi

**Titolo rilasciato**  
Master Universitario di II livello in  
Direzione Medica di Presidio Ospedaliero

60 CFU

### CONTATTI E ULTERIORI INFORMAZIONI

Sito web SAA: [www.saa.unito.it](http://www.saa.unito.it)

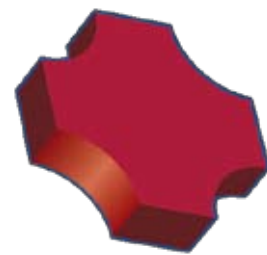
#### Segreteria Organizzativa

Dott.ssa Silvia Fiorio - SAA S.c.ar.l. - Tel. 011 6399.1 - [silvia.fiorio@unito.it](mailto:silvia.fiorio@unito.it)

#### Coordinamento Didattico

Dott.ssa Maria Rosaria Gualano - Dipartimento di Scienze e della Sanità Pubblica e Pediatriche - Tel. 0116705809 - [mariarosaria.gualano@unito.it](mailto:mariarosaria.gualano@unito.it)

Dott. Franco Ripa - Segreteria scientifica Anmdo sez Piemonte e Valle d'Aosta  
[anmdo.piemontevda@gmail.com](mailto:anmdo.piemontevda@gmail.com)



**Il tribunale amministrativo Regionale per il Piemonte (Sezione II) con sentenza del 14/07/2014 ha accolto il ricorso presentato dall'ANMDO ed ha annullato la deliberazione della Giunta Regionale del Piemonte del 27/01/2014 n. 13-7043 nella parte impugnata. Nello specifico è stata ritenuta fondata ed assorbente la dedotta violazione dell'art. 117 della Costituzione e dei principi stabiliti dallo stesso D.P.C.M. 27/6/1986 con riferimento alla riserva di legge statale per la determinazione dei requisiti necessari per l'esercizio di una professione sanitaria. La pronuncia, oltre a risolvere il caso concreto, fissa un principio che dovrebbe inibire iniziative del genere anche futuro.**

Il Presidente Nazionale ANMDO  
Dott. Gianfranco Finzi

## Sentenza n. 00573 del 14 luglio 2014

Il Tribunale Amministrativo Regionale per il Piemonte (Sezione Seconda)  
ha pronunciato la presente

SENTENZA  
ex art. 60 cod. proc. amm.;

sul ricorso numero di registro generale 573 del 2014, proposto da: Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere - A.N.JVLD.O., 1n persona del legale rappresentante, Pinzi Gianfranco, anche in proprio e Sezione Regionale Piemonte – Valle d'Aosta della medesima A.N.JVLD.O., 1n persona del legale rappresentante Scarmozzino Antonio, anche in proprio, rappresentati e difesi dagli avv.ti Giovanni Luca Serino, Laura Ferrua Magliani e Riccardo Montanaro, con domicilio eletto presso lo studio di quest'ultimo in Torino, via del Carmine, 2;

contro

Regione Piemonte, in persona del Presidente p.t., rappresentata e difesa dall'avv. Massimo Scisciò, con domicilio eletto presso il suo studio in Torino, piazza Castello, 165;

nei confronti di  
Nicola Guercio;

per l'annullamento

della Deliberazione della Giunta Regionale del Piemonte 27 gennaio 2014, n. 13-7043, pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte n. 7 del 13 febbraio 2014, recante "Definizione dei requisiti minimi autorizzativi per le case di cura private, ai sensi dell'art. 4 comma 2 della L.R. 14 gennaio 1987 n. 5 e s.m.i. Azione 5.1.2. dei Programmi Operativi per il triennio 2013-2015, approvati con D.G.R. n. 25-6992 del 30 dicembre 2013", nella parte in cui disciplina i requisiti necessari per accedere al ruolo di Direttore Sanitario; nonché di tutti gli atti presupposti, connessi e conseguenti.

Visti il ricorso e i relativi allegati;

Visto l'atto di costituzione in giudizio della Regione Piemonte; Viste le memorie difensive;

Visti tutti gli atti della causa;

Relatore nella camera di consiglio del giorno 21 maggio 2014 la dott.ssa Ofelia Fratamico e uditi per le parti i difensori come specificato nel verbale;

Sentite le stesse parti ai sensi dell'art. 60 cod. proc. amm.; Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue.

FATTO e DIRITTO

Con ricorso notificato il 14.04.2014 l'Associazione Nazionale dei medici delle direzioni ospedaliere, la Sezione Regionale Piemonte -Valle d'Aosta di tale associazione ed i loro presidenti, in proprio, hanno chiesto al Tribunale di annullare, previa sospensione dell'efficacia, la deliberazione della Giunta Regionale del Piemonte n. 13-7043 del 27.01.2014 nella parte relativa alla disciplina dei requisiti necessari per accedere al ruolo di direttore sanitario delle case di cura private.

A sostegno della loro domanda i ricorrenti hanno dedotto 1) violazione ed erronea applicazione di legge e, in particolare, dell'art. 26 D.P.C.M. 27.06.1986 e dell'allegato A) 1. Reg. Piemonte n. 5/1987, eccesso di potere per errore e difetto dei presupposti, dell'istruttoria e della motivazione, illogicità ed ingiustizia manifesta; 2) violazione dell'art. 117 della Costituzione, violazione ed erronea applicazione dell'art. 38 del D.P.C.M. 27.06.1986, eccesso di potere per errore e difetto dei presupposti, dell'istruttoria e della motivazione, illogicità ed ingiustizia manifesta.

Il 16.05.2014 si è costituita in giudizio la Regione Piemonte, eccependo l'inammissibilità e, in ogni caso, l'infondatezza nel merito del ricorso avverso.

Alla camera di consiglio del 21.05.2014, fissata per la discussione della sospensiva, la causa è stata, quindi, trattenuta in decisione ex art. 60 c.p.a., sussistendone i presupposti di legge.

Deve essere, in primo luogo, rigettata l'eccezione di inammissibilità del ricorso per difetto di interesse.

Sia l'associazione ricorrente, che la sua sezione regionale, composte interamente da "medici dell'area igienico-organizzativa e di management sanitario", che i ricorrenti

in proprio, medici specializzati in Igiene e Medicina preventiva, hanno, infatti, un interesse concreto ed attuale ad opporsi all'ampliamento, effettuato dalla delibera della Giunta Regionale impugnata, delle specializzazioni abilitanti all'accesso alla figura di direttore sanitario di casa di cura privata, in quanto la possibilità che anche gli specializzati in Medicina legale possano aspirare a tale ruolo cagiona loro un effettivo pregiudizio in termini di diminuzione delle prospettive lavorative e di disconoscimento della specificità della loro preparazione proprio sotto il profilo tecnico organizzativo.

Il ricorso, oltre che ammissibile, è fondato e meritevole di accoglimento: come lamentato dai ricorrenti la deliberazione della Giunta Regionale intitolata "Definizione dei requisiti minimi autorizzativi per le case di cura private", nella parte impugnata, va ad incidere non tanto sull'aspetto organizzativo - strutturale e tecnico delle case di cura private, la cui competenza è demandata dal D.P.C.M. 27.06.1986 alle Regioni, ma sulla determinazione dei requisiti necessari per l'esercizio di una professione sanitaria. Tale campo è riservato, per evidenti ragioni di uniformità su tutto il territorio nazionale, alla competenza statale; come riconosciuto, infatti, dalla Corte Costituzionale nella sent. n. 300/2010 "la potestà legislativa regionale nella materia concorrente delle professioni deve rispettare il principio secondo cui l'individuazione delle figure professionali, con i relativi profili e titoli abilitanti, è riservata, per il suo carattere necessariamente unitario, allo Stato, rientrando nella competenza delle Regioni la disciplina di quegli aspetti che presentano uno specifico collegamento con la realtà regionale".

Da qui l'illegittimità, per violazione dell'art. 117 della Costituzione, nonché dei principi stabiliti dallo stesso D.P.C.M. 27.06.1986, della delibera impugnata senza che, al riguardo, possano rilevare il fatto che anche altre Regioni abbiano inteso "aggiornare" o integrare i titoli previsti dal legislatore statale per ricoprire l'incarico in questione o la circostanza per cui, a fini organizzativi delle scuole di specializzazione, per l'attribuzione dei CFU, nella sotto-area dei Servizi clinici organizzativi e della sanità pubblica", all'interno della classe "Sanità pubblica", sia ricompresa, insieme ad Igiene e Medicina preventiva, Medicina legale, che vi compare, però, con specializzazioni assai diverse da Igiene e Medicina preventiva come l'Aviazione Aeronautica e Spaziale,

Medicina del Lavoro e Statistica Sanitaria.

Alla luce delle argomentazioni che precedono, il ricorso deve essere, dunque, accolto, con conseguente annullamento della delibera della Giunta Regionale n. 13-7043 del 27.01.2014 nella parte impugnata ed assorbimento delle ulteriori doglianze.

Per la particolarità e per la novità delle questioni trattate sussistono, infine, giusti motivi per compensare tra le parti le spese di lite.

P.Q.M.

Il Tribunale Amministrativo Regionale per il Piemonte (Sezione Seconda) definitivamente pronunciando, accoglie il ricorso e, per l'effetto, annulla la delibera della Giunta Regionale n. 13-7043 del 27.01.2014 nella parte impugnata; compensa le spese

Ordina che la presente sentenza sia eseguita dall'Autorità Amministrativa. Così deciso in Torino nella camera di consiglio del giorno 21 maggio 2014 con l'intervento dei magistrati:

Vincenzo Salamone, Presidente Savio Picone, Primo Referendario  
Ofelia Fratamico, Primo Referendario, Estensore

L'ESTENSORE

IL PRESIDENTE

DEPOSITATA IN SEGRETERIA

14/7/2014

N. 00573/2014 REG.RIC.

Il 11/07/2014

IL SEGRETARIO

(Art. 89, co. 3, cod. proc. amm.)



## Parere pro-veritate dell'Avv. Alessandra Miglietta e Avv. Angela Villani del Foro di Lecce relativamente all'art. 15, comma 13, lettera f bis) della Legge n. 135 del 7/08/2012

### OGGETTO: parere legale

Egr. dottore,  
in relazione al quesito sottoposto alla Nostra attenzione, vertente sulla corretta esegesi dell'art. 15, comma 13, lettera f bis), del Decreto Legge n.95 del 06.07.2012 (noto anche come Decreto Balduzzi) come integrato e modificato dalla Legge di conversione n.135 del 07.08.2012, che ha novellato l'art.3, comma 7 del D.Lgs.n.502/1992 e s.m.i., prevedendo che nelle aziende ospedaliere, nelle aziende ospedaliere universitarie, negli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCSS) pubblici, costituiti da un solo Presidio, le funzioni di Direttore sanitario aziendale e del Direttore Medico di Presidio "devono essere svolte da un unico dirigente avente i requisiti di Legge", significhiamo quanto segue.

\*\*\*\* \* \* \* \* \*

Preliminarmente vale la pena precisare che il decreto Balduzzi è stato emanato nell'ambito degli obiettivi di rafforzamento dei meccanismi di controllo quantitativo e qualitativo della spesa pubblica, e di ottimizzazione delle risorse economiche e gestionali nelle Aziende sanitarie. Questi elementi hanno costituito uno dei temi fondamentali nell'impianto della L.n.135/2012.

L'art. 15 della L.n.135/2012 inserisce all'articolo 3, comma 7, del Decreto Legislativo n.502 del 30 dicembre 1992 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, il seguente ultimo periodo: «Nelle aziende ospedaliere, nelle aziende ospedaliere-universitarie di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, e negli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, costituiti da un unico presidio, le funzioni e i compiti del direttore sanitario di cui al presente articolo e del dirigente medico di cui all'articolo 4, comma 9, del presidio ospedaliero sono svolti da un unico soggetto avente i requisiti di legge».

Dunque, ci viene chiesto se la norma debba essere interpretata nel senso che i requisiti di legge per ricoprire l'incarico *de quo* siano necessari per la copertura contestuale di entrambi i ruoli, oppure se sia sufficiente che il nominando soggetto unico possieda, in alternativa, o i requisiti per l'incarico di Direttore Sanitario Aziendale dall'art.3, settimo comma, del D.Lgs n.502/92 e dall'art.1 del DPR n.484/97, oppure quelli contemplati per la Direzione della DMPO (art.5 del DPR n.484/97).

Ai sensi dell'art. 3, comma 7 il Direttore sanitario è "un medico che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione" il quale "dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al Direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza".

Il menzionato Decreto n.502/92 all'articolo 15 bis prevede, altresì, che "l'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis, disciplina l'attribuzione [..], al direttore sanitario, nonché ai direttori di presidio, di distretto, di dipartimento e ai dirigenti responsabili di struttura, dei compiti comprese, per i dirigenti di strutture complesse, le decisioni che impegnano l'azienda, verso l'esterno, l'attuazione degli obiettivi definiti nel piano programmatico e finanziario aziendale."

L'art. 3 del D. Lgs. 502/92 e s.m.i. indicato dispone (tra l'altro) che il direttore sanitario partecipa, unitamente al direttore generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda, assume diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla sua competenza e concorre, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale.

Da quanto sopra esposto, emerge che il Direttore sanitario Aziendale, nominato fiduciarmente (*intuitu personae*) dal D.G., svolge molteplici e strategiche funzioni, in quanto coadiuva il Direttore Generale nella gestione dell'azienda, fornendogli pareri obbligatori sugli atti relativi alle materie di competenza; elabora i programmi per l'erogazione delle attività da parte di soggetti erogatori privati presenti sul territorio aziendale, sulla scorta degli indirizzi regionali; coordina e dirige le strutture dell'Azienda sanitaria, per gli aspetti organizzativi e igienico-sanitari e i programmi di intervento di area specifica a tutela della salute; fornisce le informazioni e realizza le attività necessarie per il controllo di gestione dell'azienda ed il controllo di qualità dei servizi e delle prestazioni erogate; garantisce l'integrazione tra le attività ambulatoriali ospedaliere e distrettuali; coordina le strutture dell'Azienda sanitaria e garantisce l'integrazione tra le stesse, anche attraverso la predisposizione di appositi protocolli; presiede il Consiglio dei sanitari; esercita poteri di direttive per gli aspetti di tipo igienicosanitario e organizzativo per la tutela della salute; formula proposte, assieme al Direttore dei Servizi Sociali, per la nomina dei referenti dei programmi di intervento a tutela della salute nelle aree materno-infantile, anziani, tossicodipendenze e alcolismo, salute mentale ed handicap.

Assumono, dunque, importanza i requisiti necessari per essere inseriti nell'elenco dei soggetti idonei a rivestire l'incarico di Direttore Sanitario, teleologicamente collegati alle funzioni che l'aspirante D.S. verrà chiamato a svolgere.

Infatti, sebbene la nomina avvenga senza predeterminazione di alcun rigido criterio nell'adozione dell'atto di assegnazione all'ufficio, per poter diventare DS occorre essere inserito in un apposito Albo regionale degli idonei, aggiornato periodicamente mediante avviso pubblico, secondo le modalità dettate dall'organo esecutivo regionale (Giunta).

I requisiti che consentono l'inserimento del nominativo tra gli idonei all'incarico *de quo*, desumibili dall'art.3 del D.Lgs.n.502/92, devono essere coordinati con quelli dettagliatamente disciplinati dall'art.1, commi 1, 2 e 3, del D.P.R. n.484 del 1997 e sono i seguenti: occorre essere medico di qualifica dirigenziale che abbia svolto per almeno cinque anni *attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione* - che abbia comportato la diretta responsabilità delle risorse umane e strumentali affidate dal dirigente - e che sia stata svolta nei 7 anni precedenti il conferimento dell'incarico; occorre, peraltro, che egli abbia acquisito l'attestato di formazione manageriale di cui all'art.7, previsto per l'area di sanità pubblica. Costituisce titolo preferenziale il possesso della specializzazione in una delle discipline dell'area di sanità pubblica.

Detti requisiti sono differenti rispetto a quelli previsti per l'accesso alla Direzione Medica di Presidio dall'art.5 del D.P.R. n.484 del 1997 che espressamente riserva l'accesso al secondo livello dirigenziale "a coloro che si trovino nelle seguenti condizioni: essere iscritti all'albo professionale, ove esistente; avere un'anzianità di servizio di sette anni, di cui cinque nella disciplina o disciplina equipollente, e specializzazione nella disciplina o disciplina equipollente, ovvero possedere un'anzianità di servizio di dieci anni nella disciplina". Dal curriculum deve emergere ed essere documentata una specifica attività professionale ai sensi dell'art.8 ed un'adeguata esperienza ai sensi dell'art.6; oltre al possesso dell'attestato di formazione manageriale.

Invero, il Direttore medico di Presidio, ai sensi dell'art.4, comma 9, del D.Lgs.n.502/92 è "il responsabile delle funzioni igienico organizzative" del presidio ospedaliero.

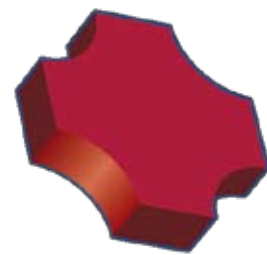
Propriamente è un dirigente, assunto mediante pubblica selezione, in possesso dei requisiti previsti dall'art.4 del D.Lgs.n.502/92, dal D.P.R. n.484/97 art. 4 e 5; nonché, sostanzialmente, di quelli richiesti per assumere la responsabilità della funzione dirigenziale a carattere gestionale-organizzativo -igienico, abilitato allo svolgimento di funzioni specifiche.

Al riguardo, vale la pena osservare che le attribuzioni ed i compiti assegnati alla Struttura Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, fin dalla fine degli anni '60, hanno trovato il riferimento normativo negli articoli 2 e 5 del D.P.R. n.128/69 che disciplinava l'ordinamento interno dei Servizi Ospedalieri. Essa, infatti, ha sostituito la Direzione sanitaria ospedaliera (oggi, dunque, DMPO) ereditandone funzioni e compiti in seguito alla rivisitazione organizzativa del sistema sanitario operata con il D.Lgs.n.502 del 30/12/1992, s.m.i. Peraltro, con lo stesso Decreto Legislativo erano stati abrogati sia il D.P.R. n.128/69 sia la Legge n.132/68, concernente gli Enti Ospedalieri e l'assistenza ospedaliera. Sennonché, l'organizzazione degli ospedali è a tutt'oggi normata dal D.P.R.n.128 del 27/03/1969, giacché il D.Lgs.n. 179 del 1/12/2009 ha ripristinato e salvato l'efficacia di disposizioni di legge precedentemente abrogate tra le quali, appunto il D.P.R. n.128/69.

La Direzione medica di presidio ospedaliero rappresenta, quindi, la componente di vertice sanitario del presidio e realizza un insieme di funzioni e di attività sia di governo globale della struttura che di produzione di servizi propri.

La DMPO svolge, precisamente, una serie di attività fondamentali per il normale funzionamento dell'ospedale, peraltro molto difficili, riferibili sia alla competenza igienico-sanitaria sia alla competenza organizzativa, finalizzate al raggiungimento degli obiettivi complessivi del medesimo Presidio ospedaliero. Di seguito, ed a titolo esemplificativo, si riporta qualche esempio dei compiti di estrema importanza svolti dalla DMPO:

- rapporti con l'autorità giudiziaria e con gli altri organismi esterni di vigilanza e controllo sull'ospedale;
- vigilanza sulle attività di pulizia, disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione con definizione dei protocolli operativi;
- attività di sorveglianza sulle infezioni ospedaliere con definizione dei protocolli operativi per la loro prevenzione;
- vigilanza igienico-sanitaria sui servizi alberghieri e di supporto;
- vigilanza igienico-sanitaria sul servizio di ristorazione;
- vigilanza sulla gestione dei rifiuti sanitari nella fase di produzione (segregazione dei rifiuti in idonei contenitori differenziati per tipologia di rifiuto, classificazione dei rifiuti e dei pericoli ad esso associati, modalità di confezionamento ed etichettatura dei contenitori, trasporto interno alla struttura, conferimento al deposito temporaneo, formulazione di istruzioni operative sulla gestione del processo, stesura di procedure, attività informativa e formativa a beneficio degli operatori sanitari);
- attività di verifica degli interventi edilizi e di manutenzione ai fini igienico-sanitari;
- vigilanza sull'igiene ambientale e sulla sicurezza dei lavoratori per quanto di competenza;
- partecipazione e coordinamento di commissioni e comitati (comitato per il buon uso del sangue, comitato per il controllo delle infezioni ospedaliere, commissione terapeutica, comitato per l'ospedale senza dolore);
- attività di formazione e aggiornamento del personale nel campo della prevenzione e della sicurezza per quanto di competenza;
- cura degli adempimenti previsti dalle normative vigenti in tema di donazione e trapianto di organi, partecipando, ove previsto, al collegio medico per l'accertamento della morte;
- adozione dei provvedimenti di polizia mortuaria;
- vigilanza sulla corretta compilazione della cartella clinica dei pazienti ricoverati e verifica della completezza delle informazioni contenute nelle schede di dimissione ospedaliera e della loro coerenza rispetto alla cartella clinica;
- cura della corretta conservazione della cartella clinica e della documentazione sanitaria consegnata all'archivio sanitario;
- rilascio agli aventi diritto di copia della cartella clinica e della documentazione sanitaria nel rispetto delle normative vigenti;
- inoltro delle denunce obbligatorie ai competenti organi;
- vigilanza sul rispetto delle norme per la riservatezza dei dati e parere su raccolta, elaborazione e trasmissione dei dati sanitari;
- partecipazione al comitato etico aziendale e vigilanza sul rispetto delle norme in materia di sperimentazione clinica e conservazione della relativa documentazione;
- vigilanza sul rispetto dei principi etici e deontologici da parte del personale;
- coordinamento delle attività di valutazione del rischio clinico data la rilevanza della componente igienico-organizzativa;
- elaborazione di proposte e pareri in ordine alla programmazione aziendale sulla base delle proposte dei direttori di dipartimento;
- supporto all'elaborazione del piano attuativo locale e del piano annuale delle attività sulla base



- dei dati di attività e di utilizzo delle risorse nei dipartimenti;
- partecipazione alla definizione degli obiettivi specifici dei dipartimenti e partecipazione alla negoziazione o negoziazione diretta del budget con i direttori di dipartimento, in base al budget di presidio ed in coerenza con gli obiettivi generali aziendali;
- monitoraggio delle attività svolte e contributo alla verifica dei risultati raggiunti in coerenza con gli obiettivi concordati con i direttori di dipartimento;
- elaborazione di modelli organizzativi finalizzati alla erogazione di prestazioni efficaci coerenti con gli obiettivi aziendali;
- vigilanza sulla appropriatezza organizzativa delle prestazioni erogate dal presidio ospedaliero e adozione di provvedimenti eventualmente necessari all'adeguamento dell'organizzazione;
- supporto tecnico all'attività dei direttori di dipartimento per gli aspetti organizzativi e gestionali;
- definizione di criteri per l'allocazione delle risorse umane e strumentali e destinazione delle stesse ai vari dipartimenti e/o strutture;
- promozione, d'intesa con i direttori di dipartimento, dell'utilizzo di metodologie di miglioramento e controllo della qualità;
- parere sulle proposte dei direttori di dipartimento in tema di formazione e aggiornamento del personale in ordine alla coerenza delle proposte rispetto alla programmazione aziendale, agli obiettivi da raggiungere e alle attività da svolgere;
- contributo alla individuazione dei fattori produttivi per la valorizzazione di funzioni e prestazioni non tariffate;
- vigilanza e attuazione di provvedimenti in merito alle attività di urgenza ed emergenza ospedaliera;
- vigilanza sulla programmazione e sui tempi di attesa delle prestazioni in regime di ricovero e ambulatoriali;
- organizzazione del poliambulatorio ospedaliero anche per le prestazioni in attività libero-professionale intra-muraria;
- contributo alla stesura della Carta dei Servizi;
- promozione di iniziative tese alla umanizzazione delle cure;
- cura dei rapporti con le associazioni di volontariato e con le organizzazioni di tutela dei diritti che operano all'interno del presidio ospedaliero.

Sostanzialmente sono comprese le funzioni di coordinamento allo scopo di evitare la frantumazione di attività settoriali (esigenza per la quale è prevista l'organizzazione di tipo dipartimentale) e per il collegamento funzionale delle attività ospedaliere con quelle territoriali, la promozione di iniziative di formazione e di studio, nonché per assicurare la qualità dell'assistenza, i rapporti con il pubblico, la programmazione dell'approvvigionamento e del razionale impiego del personale.

**La DMPO rappresenta, pertanto, il "Servizio di sanità pubblica dell'Ospedale".**

La caratteristica principale delle attività svolte è che le stesse sono trasversali, giacché investono tutte le aree sanitarie di disciplina clinico-diagnostica, interne al presidio ospedaliero, aggregate o meno in dipartimenti, intessendo anche continue relazioni con gli Uffici amministrativi e tecnici che fungono da supporto all'organizzazione sanitaria. **Nessun'altra struttura svolge all'interno degli Ospedali le funzioni innanzi elencate, tant'è che la DMPO articolata in Strutture Semplici (gli ex "Uffici" della Direzione sanitaria di cui al D.P.R. n.128/69) è obbligatoriamente prevista nell'Atto aziendale ed è operativa presso tutti gli Ospedali d'Italia.** Infatti, vale la pena sottolineare che la DMPO è una struttura obbligatoria ai sensi del D.P.R. n.128/69, come confermato nella sua validità dal D.Lgs n.179/2009, e Struttura obbligatoriamente complessa ai sensi dell'art. 27, c.1 lett. a) CCNL 8.6.2000.

Da quanto dedotto si evince chiaramente che i requisiti, le competenze e le funzioni normativamente dettate per lo svolgimento dell'incarico di Direttore sanitario aziendale e di Direttore di Presidio risultano differenti. Pertanto, è di immediata percezione che la corretta applicazione dell'art. 15, comma 13 lett. f) bis della L.n.135/2012 è determinante per garantire un adeguato funzionamento gestionale nell'ambito delle Aziende sanitarie, in relazione alle importanti figure direttive che ivi operano ed all'attività da questi posta in essere, che impegna l'Azienda, anche verso l'esterno, nell'attuazione degli obiettivi definiti nel piano programmatico e finanziario aziendale.

Senonché, è accaduto che nelle diverse Regioni italiane la norma sia stata interpretata ed applicata in maniera differente, talvolta unificando le due figure in quella del Direttore sanitario, tal'altra assommando le funzioni in capo al Direttore medico di Presidio, in alcuni casi intendendo la condizione "dei requisiti di legge" in maniera approssimativa, ossia ritenendo che gli stessi siano riferiti e collegati alla idoneità del soggetto prescelto a ricoprire la qualifica, a seconda dei casi, di Direttore sanitario o Direttore Medico di Presidio e così unificando le due figure secondo criteri rivelatisi meramente discrezionali, ossia prescindendo da un unico indirizzo interpretativo che giustificasse la prevalenza di un incarico rispetto all'altro.

L'applicazione, evidentemente, comunque distorta della normativa in esame -perché asseritamente effettuata "sempre in coerenza" con la disposizione contenuta nell'art. 15 della L.n.135/2012- ha indotto alcune associazioni nazionali quali ANMDO a formalizzare alle Aziende sanitarie, alle Regioni e, soprattutto, al Ministero della Salute richieste di chiarimenti in ordine ai "requisiti di legge" di cui al disposto normativo della L.n.135/2012 al fine di stabilire, appunto, quale dei due incarichi debba considerarsi prevalente rispetto all'altro, dal momento che la scelta della figura implica conseguenze in ambito decisionale/gestionale dell'Azienda.

A fronte del silenzio (almeno apparentemente, per le motivazioni di seguito espresse) serbato dall'Amministrazione statale centrale, resta all'Interprete il compito di fornire una soluzione ermeneutica costituzionalmente ammissibile, sulla scorta dei principi di diritto normativizzati (sul tema dei requisiti di cui all'art.15 della L.n.135/2012 non risulta una significativa e specifica elaborazione giurisprudenziale). Orbene, l'unica esegesi della norma che appare corretta è quella che privilegia la seguente opzione ermeneutica: i requisiti di legge per ricoprire l'incarico *de quo* non possono che essere quelli per la copertura di entrambi i ruoli, ossia quelli previsti per il Direttore Sanitario Aziendale dall'art.3, settimo comma, del D.Lgs. n.502/92 e dall'art.1 del D.P.R. n.484/97, unitamente a quelli contemplati per la DMPO (art.5 del DPR n.484/97), perché il Direttore Sanitario non ha le competenze, in particolare quelle igienistiche, richieste in capo al Direttore della DMPO. Indi, il Direttore sanitario che fosse chiamato ad assommare le due figure *de quibus* senza che egli abbia anche i più ampi e specifici requisiti per Dirigere la Struttura di Presidio Ospedaliero, sarebbe con tutta evidenza privo (anche) delle competenze e dei poteri riconosciuti dalla Legge e dall'Atto aziendale in capo al (la diversa figura del) Direttore di Presidio.

Pertanto, soltanto colui che possiede i requisiti per accedere al conferimento di incarico di Direzione presso la DMPO potrà svolgere anche le funzioni di Direttore Sanitario dell'Azienda.

Questa soluzione ermeneutica è corroborata da un'ulteriore considerazione: nonostante il Ministero della Salute non abbia mai riscontrato le formali richieste di chiarimenti in ordine alla interpretazione dell'art.15 della L.n.135/2012, nondimeno il Ministro della Salute *pro tempore* nella seduta della XII Commissione Permanente del 13.12.2012, dovendo rispondere ad un'interrogazione parlamentare (3-03145) presentata dal senatore Domenico Gramazio concernente l'accorpamento fra le funzioni di Direttore sanitario e quelle di Direttore medico di presidio di cui al Decreto-Legge n. 95 del 2012 ha precisato "che l'unico soggetto che deve assommare le funzioni ed i compiti sia del Direttore sanitario che del Dirigente Medico di Presidio (...) dovrebbe possedere i requisiti previsti, per il Direttore sanitario aziendale, dall'art.3, comma 7, del D.Lgs.n.502/92 e s.m.i., e dall'art.1 del D.P.R.n.484 del 1997 e per il Direttore Medico di Presidio dall'art.5 dello stesso D.P.R. n.484/97". Ma v'è di più.

La Regione Puglia nell'anno 2013, in occasione dell'aggiornamento degli Albi regionali degli idonei alla nomina di Direttore amministrativo e Direttore Sanitario delle Aziende e degli Enti del SSR, con deliberazione di G.R. n.1035 del 04.06.2013, ha richiesto in capo agli aspiranti Direttori sanitari di provare anche il possesso dei requisiti prescritti dalla Legge per la nomina di Direttore Medico di Presidio Ospedaliero alla luce delle disposizioni dettate nell'art.15, comma 13 della L.n.135/2012. Pertanto, ha disposto l'iscrizione nell'Albo regionale degli idonei alla nomina di Direttore sanitario dei nominativi che risultino contemporaneamente in possesso dei requisiti previsti dall'art. 5 del D.P.R. n. 484 del 1997 (per l'accesso alla Direzione Medica di Presidio).

\*\*\*\*\*

Corre l'obbligo di segnalare una riflessione suggerita dal Ministro della Salute nella seduta della XII Commissione Permanente del 13.12.2012, in risposta alla domanda in merito a quale dei due incarichi (Direttore sanitario e Direttore Medico di Presidio) debba considerarsi prevalente. Il Ministro ha sostenuto che "per quel che concerne l'individuazione della figura prevalente tra le due, non si può non rilevare che la collocazione sistematica della nuova disposizione normativa è stata individuata nell'ambito dell'art.3 comma 7, che in via prioritaria disciplina la figura del Direttore sanitario, sia per il ruolo specifico richiesto, che tiene conto dei requisiti di professionalità e conoscenza complessiva delle problematiche sanitarie, sia in quanto figura di supporto al Direttore Generale in virtù di una determinante componente di natura fiduciaria, di controllo e verifica del raggiungimento degli obiettivi da parte dei dirigenti di struttura".

Orbene, le argomentazioni svolte dal Ministro della Salute per supportare il criterio proposto di preferenza del Direttore sanitario non appaiono giuridicamente sostenibili, sia perché l'art.3 del D. Lgs. n.502/92 nella sua precedente formulazione, ossia prima della novella introdotta dall'art.15 della L.n.135/2012, disciplinava già esclusivamente le figure del Direttore Generale, del Direttore Amministrativo e del Direttore sanitario, ma in via prioritaria quella del Direttore Generale, tant'è che le modifiche normative introdotte dall'art.3, comma 2, del D. Lgs. n.229 del 19 giugno 1999 hanno eliminato molteplici riferimenti al Direttore amministrativo ed al Direttore sanitario, così destinando prevalentemente l'ambito di intervento dell'art.3 del D. Lgs. n.502/99 al Direttore generale ed ai suoi poteri, ma altresì perché trattasi della norma che disciplina l'organizzazione *tout court* delle unità sanitarie locali, composta dalle figure innanzi indicate. Dunque, nessun elemento di novità o prevalenza sembra lasciar intendere l'introduzione nel comma 7 dell'art.3 della modifica normativa del 2012, che non sminuisce, ma neanche apprezza ulteriormente la figura del Direttore sanitario.

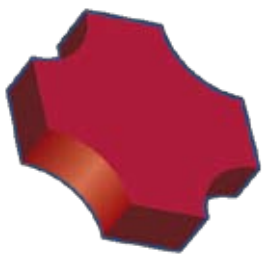
Al contrario, potrebbe argomentarsi che il Legislatore abbia voluto invece accordare la preferenza alla figura del Direttore medico di Presidio, inserendola per la prima volta nell'art.3 menzionato, sino a quel momento territorio indiscusso del Direttore sanitario (unitamente al Direttore Generale ed al Direttore amministrativo), così aprendo un varco al "superamento" della posizione e delle funzioni del Direttore sanitario.

Infatti, sino all'introduzione dell'ultimo alinea del comma sette nell'art.3 del D.Lgs. n.502/92, la norma non contemplava nemmeno l'ipotesi di sostituzione del DS, introdotta invece con l'art.15 della L.n.135/2012.

D'altra parte, la scelta "scontata" del Direttore sanitario, già legato al Direttore Generale da un rapporto fiduciario, potrebbe generare una sistematica "non scelta" del Direttore Medico di Presidio (sebbene egli sia riconosciuto dalla Legge -art.4, comma 9, del D.Lgs.n.502/92- quale "responsabile delle funzioni igienico organizzative" del presidio ospedaliero), e dunque profilare la violazione -sistematica- dei criteri di trasparenza e di merito, e dei principi di responsabilità dei risultati e del buon andamento dell'Azienda sanitaria cui la L.n.135/2012 si ispira, sollevando, peraltro, il Direttore Generale da ogni "responsabilità" e obbligo di motivazione nella scelta. Infatti, non può trascurarsi di considerare che se, per un verso, per Giurisprudenza costante, la connotazione fiduciaria che lega l'incarico di Direttore sanitario al Direttore Generale si riflette sull'obbligo di motivazione della nomina da limitare alla "considerazione del possesso dei requisiti di professionalità, essendo l'ulteriore apprezzamento basato sulla fiducia, e, quindi, necessariamente soggettivo e insindacabile" (Tar Lombardia-Brescia, 29 gennaio 1996, n. 97; Tar Puglia, Bari, Sezione II, 28 settembre 1998, n. 775), per altro verso, a parità di requisiti professionali con il Direttore di DMPO, dipendente pubblico deputato dal Legislatore alla responsabilità delle funzioni igienico organizzative, la motivazione del Direttore Generale dovrebbe essere più pregnante, perché implicherebbe il "sollevamento" da un incarico pubblico di un pubblico dipendente, e lo spostamento ad un diverso Ufficio. E' evidente, inoltre, che il Direttore Sanitario d'Azienda essendo nominato fiduciariamente dal Direttore generale non è equiparabile ad un dirigente ai sensi del D.Lgs.n.165/2001 e soprattutto, non ha la qualifica di Pubblico Ufficiale abilitato allo svolgimento di funzioni specifiche (quali polizia mortuaria, ufficiale anagrafico, rilascio di certificazioni, eccetera), come invece il Direttore della DMPO.

Pertanto, il Direttore Generale che abbia la possibilità di avvalersi di entrambe le figure, a parità di requisiti di Legge, dovrà motivare la preferenza accordata all'uno piuttosto che all'altro Direttore.

In tal senso rassegniamo le conclusioni innanzi argomentate e, ringraziando per la fiducia accordata, restiamo a disposizione per ogni necessità e/o chiarimento.



## Parere pro-veritate dell'Avv. Alberto Santoli del foro di Bologna riguardo le prescrizioni legislative introdotte dalla L. 135/2012 modificate dall'art. 3 comma 7 del D.Lgs 502/1992 - Direttore Sanitario di Presidio – Requisiti aggiuntivi rispetto al Direttore Sanitario previgente – mancato adeguamento profili di responsabilità ed ipotizzabili addebitabilità debordanti dal civilistico/amministrativo

Prescrizioni legislative introdotte dalla L. 135/2012 modificative dell'art. 3 comma 7 del D.Lgs 502/1992 - Direttore Sanitario di Presidio - Requisiti aggiuntivi rispetto al Direttore Sanitario previgente - mancato adeguamento - profili di responsabilità ed ipotizzabili addebitabilità debordanti dal civilistico/amministrativo

La Legge 135/2012 riscrivendo l'art. 3 comma 7 del d.lgs 502/1992 ha innovato significativamente l'organigramma aziendale delle direzioni sanitarie costituite in unico presidio, stabilendo che:

*"Nelle aziende ospedaliere, nelle aziende ospedaliere-universitarie di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, e negli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, costituiti da un unico presidio, le funzioni e i compiti del direttore sanitario di cui al presente articolo e del dirigente medico di cui all'articolo 4, comma 9, del presidio ospedaliero sono svolti da un unico soggetto avente i requisiti di legge."*

(DLT 502/92 art. 3 c. 7)

L'innovazione normativa introdotta ad opera della L. 135/2012, ha comportato la necessità di pervenire a pareri interpretativi relativi all'individuazione del nuovo "Direttore Sanitario di Presidio" quale nuova figura di medico destinato a ricoprire i distinti incarichi prima affidati al Direttore sanitario e al Direttore medico di Presidio.

Il dato legislativo appare infatti giungere ad operare una sintesi commistiva tra i requisiti richiesti per la copertura di incarichi di Direttore sanitario e quelli aggiuntivi conferenti l'idoneità a Direttore medico di Presidio, finendo con il creare una figura complessa assommante in sé le caratteristiche professionali di entrambi i dirigenti.

Si pone pertanto oggi il problema dell'adeguamento di quegli incarichi di Direzione Sanitaria che non risultino in linea con i requisiti aggiuntivi e con le nuove professionalità richieste dalla sopravvenuta normativa, che dovrebbe giocoforza

sostanzarsi in iniziative a carico delle Direzioni Generali, chiamate all'adozione delle conseguenti procedure di verifica confermativa o risolutiva di rapporti in essere e, all'esito, all'eventuale indicazione di selezioni reclutative per la copertura degli incarichi di necessitato adeguamento.

Il primo atto necessitato da parte del Direttore Generale, investito del potere di nomina del Direttore Sanitario, dovrebbe pertanto essere quello di rimuovere dagli incarichi i soggetti eventualmente sprovvisti delle aggiuntive professionalità richieste e indire una nuova procedura per l'individuazione di un "nuovo" Direttore sanitario in possesso dei requisiti legislativi richiesti.

In virtù del *novum* normativo, alcune Regioni italiane (Calabria, Puglia) hanno iniziato a richiedere per l'accesso alla direzione sanitaria nelle aziende caratterizzate da unico presidio, la concorrenza dei requisiti delle due figure di riferimento, essendo ormai *contra legem* il mantenimento di incarichi in sopravvenuta carenza dei requisiti.

Ci si chiede, peraltro quali siano le possibili conseguenze nel caso in cui non si provveda alla rimozione del Direttore Sanitario privo dei requisiti legislativamente previsti.

In via preliminare, si può senza dubbio affermare che una siffatta condotta si pone in contrasto con i dettami di cui all'art. 97 della Costituzione, che sancisce i principi del buon andamento e della imparzialità della pubblica amministrazione, frustrati da siffatto inadempimento, poiché limitativo della realizzazione dei fini istituzionali da parte degli enti pubblici.

L'ostacolo al regolare svolgimento dell'attività amministrativa, al di là delle responsabilità di tipo gestorio amministrativo/civile, potrebbe comportare l'individuazione di diverse addebitabilità anche sul piano penale, nell'ambito del settore dei cd "reati contro la pubblica amministrazione", commessi da pubblici ufficiali nello svolgimento delle proprie funzioni.

A mente dell'art. 328 comma 2 c.p. "..... il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che entro trenta giorni dalla richiesta di chi vi abbia interesse non compie l'atto del suo ufficio e non risponde per esporre le ragioni del ritardo, è punito con la reclusione fino ad un anno o con la multa fino a € 1.032. tale richiesta deve essere redatta in forma scritta ed il termine di trenta giorni decorre dalla ricezione della richiesta stessa".

E' l'ipotesi dell'omissione di atti di ufficio che si perfeziona per il solo fatto di non compiere un atto del proprio ufficio, già dovuto di per sé, una volta ricevuta la richiesta, in qualunque modo avanzata, pur dovendo essere idonea di per sé a rendere consapevolmente edotto il titolare dell'ufficio pubblico del dovere di compiere l'atto o provvedere.

Deve trattarsi, ovviamente, di un atto rientrante nelle specifiche attribuzioni del funzionario, in modo che la condotta anti-giuridica di quest'ultimo risulti in concreto dal mancato adempimento del dovere imposto dall'ordinamento nell'ambito del rapporto che regola l'attività amministrativa

L'atto deve rientrare nelle competenze del pubblico ufficiale o dell'incaricato del pubblico servizio e deve essere "dovuto", da intendersi quale risultato concreto, quale effetto positivamente all'effettuazione del dovere di attivarsi per la realizzazione dei fini istituzionali dell'ente pubblico.

Logico corollario dell'esposta descrizione del reato di omissione di atti di ufficio è che la rimozione di un dirigente che sia divenuto privo dei requisiti per ricoprire l'incarico conferitogli, rientra senza alcun dubbio nelle competenze del Direttore Generale -

pubblico ufficiale nella fattispecie che ci occupa - essendo il medesimo onerato della nomina del Direttore Sanitario che sia in possesso dei requisiti richiesti dalla legge, non eludibili da succedaneità valutative discrezionali del medesimo D.G.

Anche in assenza di una esplicita istanza volta a sollecitare l'emanazione di un atto dovuto, dovrebbe essere comunque preoccupazione del Direttore Generale di controllare la regolarità delle nomine effettuate, alla luce delle nuove emergenze legislative.

Nel caso in cui non si provveda al rinnovamento dell'organigramma aziendale a seguito della unione delle figure del Direttore Sanitario e del Direttore medico di Presidio, per quanto riguarda le aziende monopresidio, risultano peraltro ulteriormente ipotizzabili altre fattispecie di delitto contro il buon andamento dell'amministrazione.

Si fa riferimento, in primo luogo all'ipotesi delittuosa di cui all'art. 323 c.p., che in tema di abuso di ufficio stabilisce che: *"salvo che il fatto non costituisca un più grave reato, il pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico servizio che, nello svolgimento delle funzioni o del servizio, in violazione di legge o di regolamento, ovvero omettendo di astenersi in presenza di un interesse proprio o di un prossimo congiunto o negli altri casi prescritti, intenzionalmente procura a sé o ad altri un ingiusto vantaggio patrimoniale ovvero arreca ad altri un danno ingiusto è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni"*.

Nell'ipotesi in cui il pubblico ufficiale violi, quindi, una disposizione normativa provocando un ingiusto danno, si realizza la condotta integrativa della fattispecie di reato in commento.

A fronte dell'omesso rispetto di una norma legislativa che introduca disposizioni che impongano la rivisitazione dell'organigramma aziendale, il pubblico ufficiale inadempiente tiene una condotta idonea ad integrare gli estremi dell'art. 323 c.p.

In particolare, la mancata rimozione di un Direttore Sanitario risultante privo dei requisiti legislativamente imposti, comporta inevitabilmente il conseguimento di un ingiusto vantaggio patrimoniale in capo a quest'ultimo, consistente nel mantenimento dell'incarico e di conseguenza della retribuzione a questo inerente, oltre che un correlato danno ingiusto nei confronti di coloro i quali siano, al contrario, in possesso dei requisiti di legge e che, tuttavia, non possono aspirare a ricoprire l'incarico in quanto occupato indebitamente da altro soggetto.

È chiaro, inoltre, che la mancata revoca dell'incarico non possa che tradursi in un *favoritismo intenzionale*, volto a ledere il buon andamento della pubblica amministrazione e la *par condicio civium*, non essendo peraltro possibile invocare un errore scusabile sull'ignoranza legislativa.

Inoltre, a parere di chi scrive, nell'ipotesi descritta, ovvero di mancata rimozione sostitutiva di un Direttore Sanitario che sia divenuto privo dei requisiti legislativamente imposti per ricoprire il proprio incarico, risulta ipotizzabile a carico del Direttore Generale e del Direttore Sanitario, in concorso tra loro, la fattispecie di peculato di cui all'art. 314 c.p., per il quale:

*"il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che, avendo per ragione del suo ufficio o servizio il possesso o comunque la disponibilità di denaro o altra cosa mobile altrui, se ne appropria, è punito con la reclusione da tre a dieci anni"*.

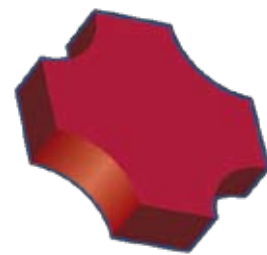
L'oggettività giuridica protetta dal delitto di peculato si radica nella sinergia tra corretto espletamento della pubblica funzione da parte del soggetto qualificato e tutela del patrimonio pubblico e dell'efficienza della sua gestione, in conformità ai fini istituzionali.

La tutela approntata dall'art. 314 c.p. concerne, pertanto, da un lato l'interesse al buon andamento ed alla imparzialità della pubblica amministrazione, indubitabilmente lesa da condotte infedeli dei suoi stessi organi, in quanto volte a strumentalizzare il possesso fondato sulla ragione di ufficio, e tali da determinare una disfunzione nella gestione della cosa pubblica, in ragione della conseguente alterazione dell'ordine di destinazione del patrimonio della P.A.

Appare, pertanto, di meridiana evidenza che l'omessa regolarizzazione della dirigenza sanitaria a seguito dei nuovi "requisiti di legge" introdotti dalla Legge 135/2012 sia idonea ad integrare la fattispecie di peculato, in quanto, mantenendo inalterato lo *status quo ante*, legislativamente abrogato, il Direttore Generale finisce con il permettere ad un soggetto privo di requisiti per ricoprire l'incarico - il "vecchio" Direttore Sanitario - di ricevere una retribuzione a lui non spettante con conseguente appropriazione di risorse appartenenti alla pubblica amministrazione e necessarie per il perseguimento dei fini istituzionali degli enti pubblici.

In altri termini, nel momento in cui non si procede alla rimozione di una figura professionale, divenuta disfunzionale rispetto alla gestione della cosa pubblica per sopravvenuti mutamenti legislativi, si reca pregiudizio al regolare svolgimento dell'attività amministrativa.

Distraendo fondi pubblici per la retribuzione di un Dirigente divenuto privo dei requisiti per ricoprire quell'incarico nell'interesse funzionale della pubblica amministrazione, non è chi non veda come si verifichi uno sviamento di risorse pubbliche per scopi che esulano dal perseguimento dell'interesse pubblico, con conseguente indebita



appropriazione di valori di cui si ha la disponibilità per ragioni di servizio. Conclusivamente, si ritiene che condotte omissive rispetto al disposto di cui all'art. 3 comma 7 del D.lgs 502/1992, come modificato dalla l. 135/2012, siano idonee, in quanto tenuto da soggetto pubblico ufficiale - in concorso o meno con il Direttore Sanitario di turno - a ledere il bene giuridico dell'imparzialità e del buon andamento della pubblica amministrazione ed idonee ad essere oggetto non solo di responsabilità amministrativo/civilistiche legate alla carica rivestita ma anche delle superiori

ipotizzabilità di penalistica rilevanza. L'A.N.M.D.O., nella sua veste e funzione istituzionale è peraltro soggetto titolato a poter promuovere iniziative di sensibilizzazione e richiamo all'applicazione del dato normativo nell'interesse che risulta trascendere il particolare categoriale dei propri associati per accedere al generale interesse del legittimo agire, cioè secondo ed in conformità della legge in un settore che investe lo stesso tema della sicurezza nell'erogazione di servizi di pubblica rilevanza nell'ambito della pubblica salute.

## Atto di diffida e messa in mora nei riguardi della Regione Lombardia

**Oggetto: Delibera D.G.R. n.X/1919 del 03.06.14 (BURL n. 24/14) Atto di diffida e messa in mora.**

L'Associazione nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere (A.N.M.D.O.), con sede in Bologna (BO), via Dell'Indipendenza n. 54, codice fiscale 90003900280 e partita I.V.A. 02678321205, in persona del Presidente Nazionale, legale rappresentante p.t., dr Gianfranco Finzi, significa quanto segue. La Regione Lombardia con L.R. 22/13 ha novellato l'art. 15 della L.R. 33/09 ed ha previsto:

al secondo, terzo, quarto periodo del comma 1 che "[...] Ai fini dell'inserimento nell'elenco degli idonei a ricoprire l'incarico di direttore sanitario occorre essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia, di un diploma di specializzazione, ed avere un'età inferiore a sessantacinque anni; è inoltre richiesta un'adeguata esperienza almeno quinquennale, caratterizzata da autonomia gestionale.

Per le strutture sanitarie pubbliche, ai fini dell'inserimento nell'elenco degli idonei alla nomina di direttore sanitario, sono considerati gli incarichi di direzione di almeno una struttura semplice o gli incarichi anche di natura professionale di cui all'articolo 39 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 (Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123), che comportino comunque il rispetto dei requisiti di cui all'articolo 3 del d.lgs. 502/1992.

Per le strutture sanitarie private, ai fini dell'inserimento nell'elenco degli idonei, sono considerate le posizioni dirigenziali equivalenti, formalmente certificate. La Giunta regionale definisce le modalità di selezione ai fini dell'inserimento negli elenchi di cui al comma 3 e specifica i criteri da utilizzare per valutare in concreto l'adeguatezza dell'esperienza dirigenziale, anche con riferimento al settore di provenienza sia in termini di tipologia di strutture sia in termini di valore minimo di produzione;

l'introduzione del seguente periodo: «L'iscrizione nell'elenco degli idonei è condizione necessaria, ma non sufficiente ai fini della nomina, tenuto conto delle vigenti disposizioni in tema di inconfiribilità dell'incarico»;

l'abrogazione del comma 6.

In data 11.06.14 è stata pubblicata sul BURL n. 24 la delibera di G.R. del 03.06.14 n. X/1919 per l' "Avvio delle procedure per la formazione dei nuovi elenchi degli idonei alla nomina di direttore amministrativo e direttore sanitario delle strutture sanitarie pubbliche, alla nomina di direttore amministrativo e di direttore sanitario degli IRCCS trasformati in fondazioni e di direttore sanitario delle strutture private - 2014" che contempla, tra l'altro, i requisiti che i candidati alla nomina di Direttore sanitario devono possedere, ossia: "1. Laurea in Medicina e Chirurgia; 2. Diploma di specializzazione; 3. non aver compiuto il sessantacinquesimo anno di età; 4. un'adeguata esperienza almeno quinquennale, caratterizzata da autonomia gestionale. Per le strutture sanitarie pubbliche, ai fini dell'inserimento nell'elenco degli idonei alla nomina di direttore sanitario, sono considerati gli incarichi di direzione di almeno una struttura semplice o gli incarichi anche di natura professionale di cui all'articolo 39 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 (Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123), che comportino comunque il rispetto dei requisiti di cui all'articolo 3 del d.lgs. 502/1992. Per le strutture sanitarie private, ai fini dell'inserimento nell'elenco degli idonei, sono considerate le posizioni dirigenziali equivalenti, formalmente certificate. 5. l'adeguata attività dirigenziale almeno quinquennale deve essere stata svolta, ai sensi dell'art. 1 del d.p.r. 484/1997, nei sette anni precedenti"

La citata delibera individua, inoltre, i "criteri di valutazione del possesso del requisito dell'adeguata esperienza dirigenziale che dovrà essere comprovato a pena di esclusione dall'interessato", precisando che "saranno presi in considerazione solo gli incarichi dirigenziali esercitati in base a rapporto di lavoro dipendente e non le esperienze lavorative relative ad attività libero-professionale né quelle di mera consulenza. In tutti i casi, le mansioni effettivamente svolte devono essere riconducibili ad incarichi dirigenziali formalmente conferiti con l'attribuzione della relativa qualifica".

E' evidente che siffatta ultima previsione, tesa ad escludere dall'elenco degli aspiranti alla nomina di Direttore sanitario i liberi professionisti, nonché coloro che siano legati alle Aziende sanitarie da rapporti di collaborazione coordinata e continuativa, oltretutto contrastare con la normativa vigente, pacificamente interpretata sino ad ora, anche nella Regione Lombardia, nel senso di consentire a tali categorie di Medici l'inserimento negli elenchi *de quibus*, è foriera di gravi discriminazioni nell'ambito della Dirigenza medica se è vero, come è vero, che non vige alcun obbligo di Legge per le strutture sanitarie private di stipulare con i propri Direttori, che curano l'organizzazione tecnico-sanitaria della struttura sotto il profilo igienico sanitario ed organizzativo, contratti di lavoro subordinato.

**D'altra parte il Direttore sanitario, ai sensi del combinato disposto dell'art.3 del D.lgs. n.502/92 recante "Organizzazione delle unità sanitarie locali" e dell'art.1 del D.P.R. n.484/97, recante "Requisiti per l'accesso all'incarico di direzione sanitaria aziendale" è un medico, di qualifica dirigenziale, che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto, per almeno cinque anni, qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione, e che abbia**

conseguito l'attestato di formazione manageriale previsto per l'area di sanità pubblica. Costituisce titolo preferenziale il possesso della specializzazione in una delle discipline dell'area di Sanità pubblica.

Quindi, la normativa nazionale di riferimento, a differenza di quanto previsto dalla Giunta Regionale Lombardia con deliberazione n. X/1919-2014, non richiede, ai fini della nomina a Direttore sanitario, la sussistenza di un rapporto di lavoro dipendente né tantomeno l'aver esercitato incarichi dirigenziali "in base a rapporto di lavoro dipendente".

L'Ordinamento vigente, difatti, impone il rispetto dei principi fondamentali di matrice nazionale/comunitaria, strumentali a consentire l'esercizio di un potere conforme, tra l'altro, ai canoni della parità di trattamento e di non discriminazione al fine di garantire l'attuazione uniforme delle disposizioni di Legge sul territorio nazionale.

L'applicazione della regolamentazione prevista dalla D.G.R. n. X/1919 del 03.06.14, emana in evidente violazione di principi costituzionalmente garantiti, finirebbe quindi per ledere i diritti di tutti quei Dirigenti medici che hanno svolto e svolgono le funzioni di Direttore sanitario presso Strutture sanitarie private in regime di libera professione ovvero di collaborazione coordinata e continuativa. Ebbene, al di là delle considerazioni di carattere squisitamente giuridico in virtù delle quali le collaborazioni coordinate e continuative sono oramai pacificamente assimilate dalla Giurisprudenza giuslavoristica al lavoro subordinato, la Regione Lombardia, allorché si è determinata a disciplinare *ex novo* i requisiti di idoneità per la nomina a Direttore sanitario, ha indubbiamente esercitato illegittimamente un potere autoritativo, al di fuori di qualunque piano paritario, incidendo sensibilmente sulle situazioni giuridiche di soggetti aspiranti alla nomina e degradandole a posizioni di interesse meramente fattuale.

La gravità di tali scelte amministrative ne comporta inevitabilmente la illegittimità sotto molteplici profili che, ove dovessero essere confermati dalla Giunta regionale lombarda, con conseguente esclusione dei Medici titolari di rapporti di natura libero professionale o di collaborazione coordinata e continuativa dagli elenchi degli idonei alla nomina a Direttore sanitario delle strutture sanitarie private, richiederebbe un immediato sindacato giurisdizionale anche sulle modalità attraverso le quali il potere autoritativo della P.A. si è estrinsecato.

\*\*\*

Tutto quanto innanzi premesso, ANMDO, in persona del Suo Presidente p.t.,

INVITA e DIFFIDA

codesta Spettabile Amministrazione regionale a consentire l'inserimento nell'Albo regionale contenente gli elenchi degli idonei alla nomina di Direttore sanitario delle Strutture sanitarie private anche i Medici titolari di rapporti di collaborazione coordinata e continuativa, ovvero libero-professionali, in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente.

Con espresso avvertimento che, in difetto di adeguamento delle previsioni regionali alla presente diffida (ed ancor prima alla normativa nazionale) entro il termine di giorni 15 (quindici) dal ricevimento della presente, si adirà senza ulteriore preavviso la competente Autorità Giudiziaria al fine di tutelare gli interessi di ANMDO e dei suoi associati, anche ai fini della richiesta di risarcimento dei danni subiti e *subendi*.

### NUMERI UTILI

#### PRESIDENTE

Dott. Gianfranco Finzi  
Via Indipendenza 54  
CAP: 40121, Bologna (BO)  
c/o Studio Professionale Montanari  
Moscatiello Lombardo  
anmdo.presidente@gmail.com

#### SEGRETERIA SCIENTIFICA

Prof. Ugo Luigi Aparo  
Via Indipendenza 54  
CAP: 40121, Bologna (BO)  
c/o Studio Professionale Montanari  
Moscatiello Lombardo  
Tel. 051/0310109 - Fax 051/0310108  
ugoparo@gmail.com

#### SEGRETERIA PRESIDENZA A.N.M.D.O.

Via Indipendenza 54  
CAP: 40121, Bologna (BO)  
c/o Studio Professionale Montanari  
Moscatiello Lombardo  
Tel. 051/0310109 - Fax 051/0310108  
Cell. 333/8105555  
anmdo.segreteria@gmail.com

#### SEGRETERIA SINDACALE

Dott. Antonio Carbone  
ASL RMF Civitavecchia  
Largo Donatori di Sangue 1  
CAP: 00053 Civitavecchia (RM)  
Tel. 0766/591354 - Cell. 348/0799979  
antonio.carbone@aslrnf.it