



SOMMARIO

2

Convegno in Campania Piano Regionale Ospedaliero e Piano di Rientro: Quali risultati?

L'ANMDO Campania ha organizzato il 6 luglio u.s. un interessante convegno dal titolo "Piano Regionale Ospedaliero e Piano di Rientro: Quali risultati?"

Ne hanno discusso, tra gli altri, il Sen. Raffaele Calabrò, consigliere per la sanità del governatore Caldoro, il Dr. Mario Morlacco, sub commissario regionale alla sanità, la Dott.ssa Lia Bertoli, Direttore ARSAN Campania...

3

LETTERA AL MINISTRO DELLA SALUTE sull'art. 15, comma 13, lettera f) bis della Legge del 7 Agosto 2012 n. 135 entrata in vigore il 14 Agosto 2012

Il sottoscritto dott. Gianfranco Finzi, Presidente Nazionale dell'Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere...



4

Incontro delegazioni A.N.M.D.O. e B.U.K.O.

Il 30, 31 agosto ed il 1 settembre 2012 l'A.N.M.D.O. ha tenuto presso il Policlinico S.Orsola-Malpighi di Bologna un incontro con la delegazione austriaca dell'associazione B.U.K.O. (Bundekonferenz der Krankenhausmanager Österreichs) composta da professionisti provenienti dalle discipline sanitarie e giuridiche, accompagnata dal Presidente pro tempore Dott. Nikolaus Koller. A presenziare l'incontro, il Presidente Nazionale Dr. Gianfranco Finzi, parte dei componenti del Direttivo Nazionale A.N.M.D.O. e i rappresentanti ...

Osservazioni in merito alla Legge 7 agosto 2012, n°135

La legge 7 agosto 2012 n. 135 entrata in vigore il 14 Agosto 2012, all'articolo 15, comma 13 lettera f.bis recita: "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".

In sintesi detta disposizione prevede che nelle aziende ospedaliere, nelle aziende universita-

rie-ospedaliere e negli IRCCS pubblici, costituiti da un solo presidio, le funzioni di Direttore sanitario aziendale e del Direttore medico di presidio dovranno essere svolte da un unico dirigente avente i requisiti di legge.

Pertanto, in base alla normativa vigente, l'ANMDO ritiene che:

- l'unico soggetto che possiede i requisiti di legge per svolgere le funzioni e i compiti di cui è il direttore medico di presidio;

- il Direttore Medico di presidio ospedaliero (di cui all'art. 4, comma 9, del d.lgs n. 502/1992 e s.m.i) è un dirigente regolarmente assunto tramite pubblica selezione in possesso dei requisiti richiesti per assumere la responsabilità della funzione igienico-organizzativa, mentre il Direttore Sanitario Aziendale è di nomina fiduciaria del Direttore generale e non è quindi Dirigente ai sensi del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i;

- mentre il Direttore Medico di presidio può svolgere anche le funzioni "consulenziali" del Direttore Sanitario Aziendale, quest'ultimo non può assorbire funzioni dirigenziali a carattere gestionale-organizzative;

- il direttore medico di presidio, assunto con concorso, è in possesso dei requisiti previsti dal DPR 484/97 art. 4 e 5, ovvero è un pubblico ufficiale abilitato allo svolgimento di funzioni specifiche (quali per esempio: Polizia mortuaria, Ufficiale anagrafico, rilascio di certificazioni, eccetera), mentre il Direttore sanitario aziendale ha un contratto di tipo privatistico fiduciario che non prevede la qualifica di Pubblico Ufficiale.

Ne consegue che fin da ora l'ANMDO si impegna a intraprendere tutte le azioni che



Dott. Gianfranco Finzi
Presidente Nazionale A.N.M.D.O.

verifichino il regolare possesso dei requisiti previsti dalla legge per ricoprire tale incarico.

A questo proposito è stata inviata in data 5 settembre 2012 una lettera al Ministro della Salute, che viene riportata di seguito, nella quale si auspica la redazione di una circolare da parte del Ministero sulla tematica oggetto dell'articolo ed è stato predisposto un parere *pro veritate*, che pubblichiamo, redatto dall'avvocato Silvia Marzot del foro di Bologna. Chiediamo a tutti i soci di vigilare attentamente e di segnalarci tutti quei casi che non rispettano il dettato legislativo, al fine di poter intraprendere tutte le azioni finalizzate al rispetto della legge.



Prof. Ugo Luigi Aparo
Segretario Scientifico Nazionale A.N.M.D.O.

Parere dell'Avv. Silvia Marzot del foro di Bologna relativo alle indicazioni applicative sui requisiti di legge richiesti per la nomina del 'soggetto unico' a seguito dell'art. 15, comma 13, lettera f) bis della Legge 7 Agosto 2012, n.135

Secondo l'art. 15, comma 13, lettera f) bis della Legge 7 Agosto 2012, n. 135 nelle aziende ospedaliere, nonché nelle aziende ospedaliere, e negli IRCCS 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". Nel nuovo testo è assente qualsiasi cenno a quali siano, esattamente, i requisiti di Legge per tale nomina: un "silenzio significativo", secondo la scrivente.

Si tratta, quindi, di determinare l'ambito preciso di tale assunto, per escludere dall'esercizio (e quindi dalla titolarità) di certe funzioni, soggetti che, per modalità di nomina e di competenze, non siano ritenuti "adeguati", privilegiando una figura a scapito dell'altra; con evidenti effetti distortivi nell'ambito di un corretto processo decisionale.

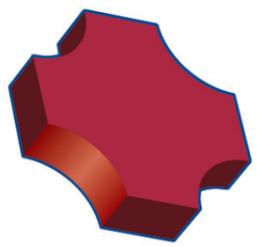
Nessun dubbio può sussistere sul fatto che, tra "Direttore Sanitario Aziendale" e il "Direttore Medico di Presidio", il solo soggetto che possiede i requisiti di Legge per svolgere le funzioni del "soggetto uni-

co", così come normato dall'art. 15 lett f bis del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito in Legge 7 agosto 2012 n.135 sia il Direttore Medico di Presidio, connotato da specifiche garanzie e poteri.

Infatti, le modalità di nomina di quest'ultimo (pubblica selezione), e le ampie competenze (organizzative-gestionali; igienico-sanitarie; medico legali; competenze scientifiche e di formazione; di promozione della qualità dei servizi e delle prestazioni), presuppongono che l'incarico sia regolato in modo tale da assicurare l'effettivo rispetto dei principi costituzionali di buon andamento e di imparzialità dell'azione della pubblica amministrazione, consacrati dal citato art. 97 Cost. (sentenza n. 103 del 2007 della Corte Costituzionale).

In caso contrario, le eventuali nomine a favore del Direttore Sanitario Aziendale, si porrebbero in contrasto con l'indicato parametro costituzionale, «in quanto pregiudicano la continuità dell'azione amministrativa, introducono in quest'ultima un elemento di parzialità, e svincolano la rimozione del dirigente dall'accertamento oggettivo





dei risultati conseguiti» (da ultimo, sentenze n. 224 e n. 34 del 2010 della Corte Costituzionale).

Se tali logiche dovessero prevalere, ritiene la scrivente, assisteremo ad un grave fenomeno di involuzione istituzionale: qualora il soggetto unico fosse, infatti, individuato nel Direttore Sanitario Aziendale, le Aziende ospedaliere, quelle ospedaliere – universitarie di cui al d.lgs 517 del 1999 e gli Istituti di ricovero e Cura a carattere scientifico pubblico (e quindi una parte fondamentale dei soggetti ai quali è devoluta la cura della salute costituzionalizzato nell'art. 32), rimarranno degli involucri vuoti, al cui interno si muoveranno soggetti istituzionali formalmente dotati di poteri, ma sostanzialmente incapaci di esercitarli, alla luce delle competenze loro riconosciute dall'ordinamento oggi esistente.

E, oltre al *vulnus* costituzionale, dovremmo assistere alla superfetazione di strutture che, non avendo (alcuni) poteri da esercitare, si rincorreranno, virtualmente e materialmente con altri soggetti, duplicando procedure, spese ed organismi. Ponendosi, così, in evidente contrasto con lo spirito della Legge 7 agosto 2012, n. 135 (recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini).

A sostegno dell'assunto sin qui avanzato si possono, quindi, addurre gli argomenti normativi e giurisprudenziali (sentenza della Corte Costituzionale n. 304 del 6 ottobre 2012, e n. 324 del 12 novembre 2010) qui di seguito proposti.

IL QUADRO NORMATIVO COMPETENZE DEL DIRETTORE MEDICO DI PRESIDIO

Il Direttore Medico di Presidio è un dirigente, regolarmente assunto tramite pubblica selezione, in possesso dei requisiti previsti dal DPR 484/97 art. 4 e 5; nonché in possesso dei requisiti richiesti per assumere la responsabilità della funzione dirigenziale a carattere gestionale-organizzativa –igienico; abilitato allo svolgimento di funzioni specifiche (quali per esempio: Polizia mortuaria, Ufficiale anagrafico, rilascio di certificazioni, eccetera).

La figura del Direttore medico di Presidio Ospedaliero viene contemplata nell'art. 4, comma IX del d.lgs 30 dicembre 1992, n. 502; ove si prevede che *“nei presidi ospedalieri dell'unità sanitarie locali è previsto un dirigente medico..... come responsabile delle funzioni igienico-organizzative. Il dirigente medico ed il dirigente amministrativo concorrono, secondo le rispettive competenze, al conseguimento degli obiettivi fissati dal direttore generale”*.

Venendo all'attribuzione dei compiti, l'art. 15 bis comma I del d.lgs n. 502 del 1992 dispone che: *“l'Atto aziendale disciplina l'attribuzione al direttore amministrativo, al direttore sanitario, nonché ai direttori di presidi, di distretto, di dipartimento e ai dirigenti responsabili di strutture, dei compiti comprese per i dirigenti di strutture complesse, le decisioni che impegnano l'azienda verso l'esterno, per l'attuazione degli obiettivi definiti nel piano programmatico e finanziario aziendale”*.

Allo stato attuale appare possibile enucleare, in maniera esemplificativa, delle competenze del Direttore a seconda che queste afferiscano attribuzioni in ambito gestionale/organizzativo, igienico-sanitarie, medico-legali, competenze

scientifiche, promozione della qualità dei servizi, i rapporti coi dipartimenti ospedalieri.

Il Legislatore parla, infatti, di responsabilità che si identificano nelle *“funzioni igienico organizzative”*, formula che – già utilizzata nel regolamento ospedaliero di cui al RD 1631 del 1938 e poi nella legislazione ospedaliera del 68-69 – esprime un insieme di compiti, comunque, diretti ad assicurare l'efficace svolgimento dei servizi ospedalieri, di diagnosi e cura e strumentali.

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.

COMPETENZE DEL DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE

Il Direttore Sanitario Aziendale non è un Dirigente ai sensi del d.lgs 165 del 2011; è sprovvisto delle (ampie) competenze del Direttore Medico di Presidio; e la sua nomina, in base alla normativa vigente, è *intuitu personae*, senza predeterminazione di alcun rigido criterio nell'adozione dell'atto di assegnazione all'ufficio.

In base all'art. 3 del D. Lgs. 502/92, il Direttore partecipa al processo di pianificazione strategica, esercita le funzioni attribuite alla sua competenza e concorre, con la formulazione di proposte e pareri, al governo aziendale. Il Direttore Sanitario **dirige, quindi, i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari.**

Egli è responsabile del processo del governo clinico dell'azienda, con riferimento sia alla qualità, che all'efficacia e all'efficienza tecnica.

In estrema sintesi:

- **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 ULSS, 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 ULSS 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 igienico-sanitario 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.

LA GIURISPRUDENZA LA SENTENZA DELLA CORTE COSTITUZIONALE N. 304 DEL 6 OTTOBRE 2010

La giurisprudenza costituzionale ha, sin dall'inizio, ribadito il principio della chiara distinzione fra funzioni politiche e funzioni amministrative di tipo dirigenziale.

Principio che, in verità, potrebbe essere messo a repentaglio qualora, tramite l'emendamento citato, si consentisse, al Direttore Sanitario Aziendale di ricoprire il ruolo del soggetto unico, così come normato dall'art. 15 lett. f bis della legge 135 del 2012. Di particolare interesse, ai fini della presente trattazione, è l'analisi di due sentenze della Corte costituzionale di fine 2010, le quali affrontano il tema del rapporto tra funzioni politiche ed amministrative.

La sentenza **304 del 6 ottobre 2010** prende in esame la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 24-bis, del decreto-legge 18 maggio 2006, n. 181 (Disposizioni urgenti in materia di riordino delle attribuzioni della Presidenza del Consiglio dei Ministri e dei Ministeri), convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2006, n. 233, per asserito contrasto con gli articoli 97 e 98 della Costituzione.

Nello specifico, il caso sottoposto alla attenzione della Corte, afferiva la richiesta di reintegra, proposta dalla ricorrente, nell'incarico di direttore dell'ufficio di Gabinetto del Ministro dello sviluppo economico, e nel relativo contratto individuale di lavoro. In particolare, quest'ultima aveva dedotto che tale incarico le era stato conferito, secondo quanto previsto dall'art. 19, comma 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche), per la durata di quattro anni a decorrere dal 14 gennaio 2008.

Con successiva nota del 23 maggio 2008, il Ministro dello sviluppo economico le aveva comunicato, «per mera conoscenza», la decadenza immediata dall'incarico dirigenziale generale in applicazione della norma censurata; secondo la quale «all'atto del giuramento del Ministro, tutte le assegnazioni di personale, ivi compresi gli incarichi anche di livello dirigenziale e le consulenze e i contratti, anche a termine», conferiti nell'ambito degli uffici di diretta collaborazione «decadono automaticamente ove non confermati entro trenta giorni dal giuramento del nuovo Ministro».

Al riguardo la Corte, prima di dichiarare non fondata la questione di legittimità costituzionale, ripercorre gli orientamenti della giurisprudenza in ordine al rapporto tra politica e amministrazione.

Concludendo come la giurisprudenza costituzionale sia ormai costante nel ritenere che debba essere assicurata una chiara distinzione tra funzioni politiche e funzioni amministrative di tipo dirigenziale, per garantire, in particolare, la piena attuazione dei principi costituzionali di buon andamento e di imparzialità dell'azione della pubblica amministrazione (art. 97 Cost.).

Sul punto così chiarisce:

“è sufficiente porre in evidenza come l'art. 4, comma 1, del d.lgs. n. 165 del 2001 attribuisca agli organi di governo le funzioni di indirizzo politico-amministrativo, che si sostanziano, in particolare, nella definizione degli obiettivi e dei programmi da attuare e nella verifica della rispondenza dei risultati dell'attività amministrativa e della gestione agli indirizzi impartiti. Il

Convegno in Campania

Piano Regionale Ospedaliero e Piano di Rientro: Quali risultati?

L'ANMDO Campania ha organizzato il 6 luglio u.s. un interessante convegno dal titolo *“Piano Regionale Ospedaliero e Piano di Rientro: Quali risultati?”*

Ne hanno discusso, tra gli altri, il Sen. Raffaele Calabrò, consigliere per la sanità del governatore Caldoro, il Dr. Mario Morlacco, sub commissario regionale alla sanità, la Dott.ssa Lia Bertoli, Direttore ARSAN Campania il Dr. Francesco Bevere, Direttore della programmazione Sanitaria del Ministero della Salute.

Ha introdotto i lavori il Dr. Bruno Zamparelli, Presidente Regionale ANMDO Campania.

Hanno portato il loro indirizzo di salute il Presidente Gianfranco Finzi, il Dr. Ugo Aparo e il Dr. Antonio Carbone complimentandosi per l'iniziativa e sottolineando il ruolo delle Direzioni Sanitarie per la gestione operativa della programmazione regionale degli ospedali.

Alla tavola rotonda ha partecipato il Dr. Antonio Battista, che ha svolto un qualificato intervento circa i risultati raggiunti dalla Regione Campania in relazione agli obiettivi fissati dal Piano di Rientro portati a livello del tavolo tecnico nazionale, di cui il Dott. Battista fa parte.

Gli argomenti trattati, che hanno interessato gli aspetti regionali, si sono *“interfacciati”* con quelli nazionali a seguito del recente decreto sulla *“spending review”*.

D'altronde è parso evidente che la *“spending review”* per la sanità non è altro che l'estensione a tutte le Regioni di quanto già prescritto per quelle sottoposte a Piano di Rientro.

E' stato, inoltre, evidenziato che la Regione Campania ha già ottenuto i seguenti risultati:

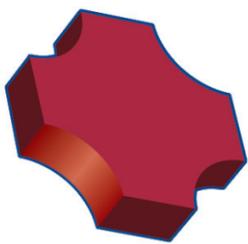
- a) la riduzione dei posti letto con la chiusura/riconversione dei piccoli ospedali: la programmazione regionale prevede 3,4 posti letto per mille abitanti;

- b) la riduzione della spesa farmaceutica dal 16% all'attuale 12%;
- c) la riduzione degli organici per il blocco del turn-over.

Non si può oltrepassare una determinata soglia, pena la riduzione della quantità e soprattutto della qualità dei servizi forniti al cittadino tale da mettere in discussione gli stessi capisaldi del nostro sistema sanitario, che si fonda sui principi dell'equità, dell'universalità e della solidarietà.

Si è, comunque, avuta una inversione di tendenza tale da determinare una riduzione dei costi negli ultimi anni ed il debito certificato per l'anno 2011 è sceso a 260 milioni e nel 2012 si potrebbe raggiungere, come auspicato, il pareggio di bilancio con la possibilità di ridurre le addizionali Irap ed Irpef.

Giuseppe Matarazzo - Vice Presidente Nazionale ANMDO



successivo art. 14, comma 1, dello stesso decreto prevede, poi, che spetta al Ministro, anche sulla base delle proposte dei dirigenti generali, periodicamente: a) definire obiettivi, priorità, piani e programmi da attuare ed emanare le conseguenti direttive generali per l'attività amministrativa e per la gestione; b) assegnare, a ciascun ufficio di livello dirigenziale generale, una quota-parte del bilancio dell'amministrazione, commisurata alle risorse finanziarie, riferibili ai procedimenti o subprocedimenti attribuiti alla responsabilità dell'ufficio, e agli oneri per il personale e per le risorse strumentali allo stesso assegnati (si veda la sentenza n. 103 del 2007).

Tali funzioni – una volta abbandonato «il modello incentrato esclusivamente sul principio della responsabilità ministeriale, che negava, di regola, attribuzioni autonome ed esterne agli organi burocratici» (citata sentenza n. 103 del 2007) – sono nettamente separate dall'attività gestionale che i dirigenti svolgono mediante apposite strutture organizzative (cosiddetti uffici di linea).

In questo ambito, pertanto, gli uffici di diretta collaborazione con il Ministro (cosiddetti uffici di staff ai quali afferiva la ricorrente, nella specifica forma di direttore dell'Ufficio di Gabinetto), nella configurazione che di essi ha dato la normativa vigente, svolgono una attività di supporto strettamente correlata all'esercizio delle predette funzioni di indirizzo politico-amministrativo.

Per le ragioni indicate, pertanto, non è ravvisabile il denunciato contrasto dell'art. 1, comma 24 bis de d.l. 18 maggio 2006, n. 181, convertito dalla legge 17 luglio 2006, n. 233, norma censurata con gli evocati parametri costituzionali.

La previsione in esame, infatti, si giustifica in ragione del rapporto strettamente fiduciario che deve sussistere tra l'organo di governo e tutto il personale di cui esso si avvale per svolgere l'attività di indirizzo politico-amministrativo.

In definitiva, così come la nomina del personale, compreso quello dirigenziale, può avvenire, in base alla normativa vigente, intuitu personae, senza predeterminazione di alcun rigido criterio che debba essere osservato nell'adozione dell'atto di assegnazione all'ufficio, allo stesso modo, e simmetricamente, è possibile in qualunque momento interrompere il rapporto in corso qualora sia venuta meno la fiducia che deve caratterizzare in maniera costante lo svolgimento del rapporto stesso.

LA SENTENZA DELLA CORTE COSTITUZIONALE N. 324 DEL 12 NOVEMBRE 2010

La Sentenza della Corte Costituzionale n. 324 del 12 novembre 2010 affronta la questione di legittimità costituzionale dell'art. 40, comma 1, lettera f), «secondo capoverso», del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 (Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni); nella parte in cui ha introdotto, nell'art. 19 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche), il comma 6-ter.

Tale comma dispone l'applicabilità a tutte le amministrazioni pubbliche (e, dunque, anche alle Regioni e agli enti locali) della disciplina dettata dall'art. 19, commi 6 e 6-bis, del d.lgs. n. 165 del 2001 in tema di incarichi dirigenziali conferiti a soggetti esterni all'amministrazione.

Ove si prevede che "il conferimento di incarichi di funzioni dirigenziali a soggetti esterni all'amministrazione può essere effettuato entro il limite del 10 per cento della dotazione organica dei dirigenti appartenenti alla prima fascia e dell'8 per cento della dotazione organica di quelli appartenenti alla seconda fascia" ¹.

Anche in questo caso, la Corte, dichiara non fondata la questione di legittimità costituzionale; così infatti motiva:

"Si tratta di una normativa riconducibile alla materia dell'ordinamento civile di cui all'art. 117, secondo comma, lettera l), Cost., poiché il conferimento di incarichi dirigenziali a soggetti esterni, disciplinato dalla normativa citata, si realizza mediante la stipulazione di un contratto di lavoro di diritto privato. Conseguentemente, la disciplina della fase costitutiva di tale contratto, così come quella del rapporto che sorge per effetto della conclusione di quel negozio giuridico, appartengono alla materia dell'ordinamento civile.

In particolare, l'art. 19, comma 6, d.lgs. n. 165 del 2001 contiene una pluralità di precetti relativi alla qualificazione professionale ed alle precedenti esperienze lavorative del soggetto esterno, alla durata massima dell'incarico (e, dunque, anche del relativo contratto di lavoro), all'indennità che – a integrazione del trattamento economico – può essere attribuita

al privato, alle conseguenze del conferimento dell'incarico su un eventuale preesistente rapporto di impiego pubblico e, infine, alla percentuale massima di incarichi conferibili a soggetti esterni (il successivo comma 6-bis contiene semplicemente una prescrizione in tema di modalità di calcolo di quella percentuale).

Tale disciplina non riguarda, pertanto, né procedure concorsuali pubblicistiche per l'accesso al pubblico impiego, né la scelta delle modalità di costituzione di quel rapporto giuridico. Essa, valutata nel suo complesso, attiene ai requisiti soggettivi che debbono essere posseduti dal contraente privato, alla durata massima del rapporto, ad alcuni aspetti del regime economico e giuridico ed è pertanto riconducibile alla regolamentazione del particolare contratto che l'amministrazione stipula con il soggetto ad essa esterno cui conferisce l'incarico dirigenziale".

Tanto doveva il sottoscritto in ottemperanza all'incarico ricevuto.

Bologna 5 settembre 2012

Avv. Silvia Marzot

¹ Nello specifico l'art. 19, comma 6, del d.lgs. n. 165 del 2001 stabilisce che il conferimento di incarichi di funzioni dirigenziali a soggetti esterni all'amministrazione può essere effettuato entro il limite del 10 per cento della dotazione organica dei dirigenti appartenenti alla prima fascia e dell'8 per cento della dotazione organica di quelli appartenenti alla seconda fascia; non può prevedere una durata superiore ai tre anni per gli incarichi di segretario generale e di funzione dirigenziale di livello generale e di cinque anni per gli altri incarichi dirigenziali; deve avvenire, dietro specifica motivazione, a favore di persone di particolare e comprovata qualificazione professionale, non rinvenibile nei ruoli dell'Amministrazione, che possano dimostrare il possesso di specifiche esperienze; può prevedere l'integrazione del trattamento economico tramite un'indennità commisurata alla specifica qualificazione professionale, tenendo conto della temporaneità del rapporto e delle condizioni di mercato relative alle specifiche competenze professionali. Il successivo comma 6-bis dispone che, per il calcolo delle percentuali di cui sopra, si deve operare un arrotondamento all'unità inferiore, se il primo decimale è inferiore a cinque, o all'unità superiore, se esso è uguale o superiore a cinque.

LETTERA AL MINISTRO DELLA SALUTE sull'art. 15, comma 13, lettera f) bis della Legge del 7 Agosto 2012 n. 135 entrata in vigore il 14 Agosto 2012



Dott. Gianfranco Finzi
Presidente Nazionale A.N.M.D.O.

Prot. N. 277_2012
Bologna, 5 Settembre 2012

Al Ministro della Salute
Prof. Renato Balduzzi

e.p.c. Sen. Antonio Tomassini
Presidente della XII Commissione permanente (Igiene e sanità)
Sen. Domenico Gramazio
Vicepresidente Vicario della 12ª Commissione permanente (Igiene e sanità)

Il sottoscritto dott. Gianfranco Finzi, Presidente Nazionale dell'Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere (in sigla ANMDO), legale rappresentante, con sede in Bologna, via Indipendenza n. 54 cap. 40121 Bologna.

Premesso

- Che il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, afferente disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica, è stato convertito in legge 7 agosto 2012, n. 135 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini";

- che l'articolo 15, comma 13, lettera f) «bis» della Legge del 7 agosto 2012 n. 135 recita "Nelle Aziende ospedaliere, nelle Aziende ospedaliere-universitarie di cui all'articolo 2 del decreto legislativo del 21 dicembre 1999, n. 517, e negli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, costituite da un unico presidio, le funzioni e i compiti del Direttore Sanitario di cui al presente articolo del Dirigente Medico di cui all'articolo 4, comma 9, del presidio ospedaliero sono svolti da un unico soggetto aventi requisiti di legge.";

- che detta disposizione prevede che nelle aziende ospedaliere, nelle aziende universitarie-ospedaliere e negli IRCCS pubblici, costituiti da un solo presidio, le funzioni di Direttore sanitario aziendale e del Direttore medico di presidio dovranno essere svolte da un unico dirigente avente i requisiti di legge;

- che in base alla normativa vigente l'unico soggetto che possiede i requisiti di legge per svolgere le funzioni e i compiti de quo è il direttore medico di presidio;

- che il Direttore Medico di presidio ospedaliero (di cui all'art. 4, comma 9, del d.lgs n. 502/1992 e s.m.i) è un dirigente regolarmente assunto tramite pubblica selezione in possesso dei requisiti richiesti per assumere la responsabilità della funzione igienico-organizzativa, mentre il Direttore Sanitario Aziendale è di nomina fiduciaria del Direttore generale e non è quindi Dirigente ai sensi del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i;

- che, mentre il Direttore Medico di presidio può svolgere anche le funzioni "consulenziali" del Direttore Sanitario Aziendale, quest'ultimo non può assorbire funzioni dirigenziali a carattere gestionale-organizzativo;

- che il direttore medico di presidio, assunto con concorso, è in possesso dei requisiti previsti dal DPR 484/97 art. 4 e 5, ovvero è un pubblico ufficiale abilitato allo svolgimento di funzioni specifiche (quali per esempio: Polizia mortuaria, Ufficiale anagrafico, rilascio di certificazioni, eccetera), mentre il Direttore sanitario aziendale ha un contratto di tipo privatistico fiduciario che non prevede la qualifica di Pubblico Ufficiale.

Considerato

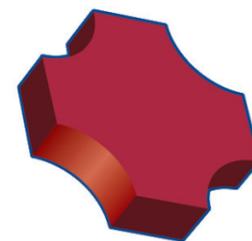
Che ad essere interessati sono i più importanti centri ospedalieri del Paese, e che errori applicativi della norma sottoscritta da soggetti non idonei potrebbero determinare gravi disfunzioni gestionali, ivi compresa la nullità degli atti.

RICHIESTE

Alla S.V in nome e per conto dell'Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere (ANMDO) di voler confermare, relativamente all'art. 15, comma 13, lettera f) bis della legge del 7 agosto 2012 n. 135 entrata in vigore il 14 Agosto 2012, che l'unico soggetto avente requisiti di legge di cui all'emendamento succitato debba possedere contemporaneamente i requisiti di legge richiesti sia per il Direttore Sanitario d'Azienda (art. 1 DPR 484/97) sia per il Direttore Sanitario di Presidio Ospedaliero (art. 4 e 5 DPR 484/97) e che, di conseguenza, il soggetto unico di cui all'emendamento succitato è da identificare nel Direttore Medico di Presidio Ospedaliero in quanto figura dirigenziale in grado di assolvere anche i compiti consulenziali del Direttore Sanitario di Azienda, consentendo il miglior risparmio economico, non dovendo retribuire per intero il Direttore Sanitario.

In attesa di un cortese riscontro, porgo distinti saluti

Il Presidente Nazionale ANMDO
Dr. Gianfranco Finzi



Incontro delegazioni A.N.M.D.O. e B.U.K.O.

Il 30, 31 agosto ed il 1 settembre 2012 l'A.N.M.D.O. ha tenuto presso il Policlinico S.Orsola-Malpighi di Bologna un incontro con la delegazione austriaca dell'associazione B.U.K.O. (Bundekonferenz der Krankenhausmanager Österreichs) composta da professionisti provenienti dalle discipline sanitarie e giuridiche, accompagnata dal Presidente pro tempore Dott. Nikolaus Koller. A presenziare l'incontro, il Presidente Nazionale Dr. Gianfranco Finzi, parte dei componenti del Direttivo Nazionale A.N.M.D.O. e i rappresentanti dell'Azienda di Servizi MARKAS molto attiva anche in Austria nell'ambito dei Servizi in Sanità.

Oggetto dell'incontro è stata la sottoscrizione di un accordo di collaborazione fra le due associazioni finalizzato all'approfondimento ed interscambio di conoscenze, alla formazione e divulgazione scientifica riguardo a tematiche di reciproco interesse in materia ospedaliera e sanitaria definite prioritarie dalle parti.

Le attività previste dall'accordo hanno quale missione tecnico-

scientifica quella di contribuire al miglioramento costante dell'organizzazione ospedaliera e sanitaria attraverso la pianificazione e l'organizzazione della sanità pubblica, la gestione delle strutture ospedaliere e ricerca di tecniche di sviluppo di direzione sanitaria attivando al contempo contatti nell'ambito dello scenario ospedaliero nazionale ed internazionale attraverso un attivo scambio di esperienze.

Il programma delle tre giornate ha avuto inizio con l'illustrazione ai colleghi austriaci dei principali obiettivi perseguiti dall'attività associativa dell'A.N.M.D.O., del successo conseguito a Torino con il 38° Congresso Nazionale, della rivista dell'associazione *L'Ospedale* e *ANMDOnews* che pubblicano i contributi scientifici degli associati e l'informazione sindacale nel campo della professione e del sito internet dedicato all'associazione www.anmdo.org. Illustrando alcune anticipazioni sulla programmazione del 39° Congresso Nazionale che si terrà a Roma nel 2013 e che verterà su tematiche strettamente correlate alla politica,

l'economia e ai cambiamenti che la Sanità sta attraversando in questo momento nel nostro Paese, il Prof. U.L. Aparo ha voluto sottolineare quanto sia importante rivedere obiettivi e strategie all'interno del SSN italiano e contribuire all'evoluzione degli attuali metodi di gestione; il Prof. U.L. Aparo ha affermato inoltre: *'A livello personale io credo che non siamo in un periodo di crisi ma in una fase di cambiamento e dobbiamo capire quali sono le variabili fondamentali su cui intervenire. In un momento come questo non dobbiamo limitarci a focalizzare l'attenzione sui nostri modelli organizzativi di gestione ma aprirci alla conoscenza delle altre realtà, quelle presenti nel resto d'Europa. Da un approccio di questo tipo ne usciremo arricchiti tutti quanti.'*

A seguire si è provveduto ad enunciare esemplificativamente ai colleghi austriaci come sono organizzate nel nostro paese le strutture ospedaliere e le ASL ed il ruolo della dirigenza medica e del sindacato per la tutela della professione.

Tra le argomentazioni esposte dai colleghi del B.U.K.O. è stata avanzata la proposta di partecipare a progetti cofinanziati dall'Unione Europea finalizzati alla ricerca ed innovazione scientifica nonché alla divulgazione dei risultati da conseguire. A questo proposito l'Azienda di Servizi MARKAS ha voluto sottolineare come nell'ospedale sempre più evoluto verso un modello organizzativo per intensità di cure in cui al centro è la persona e il suo benessere, i servizi logistici intraospedalieri siano ormai destinati sempre più ad essere orientati verso forti cambiamenti per ottimizzare l'accoglienza di utenti e visitatori che accedono alla struttura. La proposta di intraprendere un percorso di ricerca coinvolgendo i maggiori *stakeholders* del settore in ambito europeo finalizzato alla ricerca di nuovi modelli organizzativi di gestione dei servizi intraospedalieri in quest'ottica è stata accolta con forte entusiasmo e motivazione.

La terza giornata dell'incontro è stata dedicata alla illustrazione da parte dell'Ing. Daniela Pedrini dei nuovi padiglioni costruiti per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico S.Orsola-Malpighi di Bologna tra cui il Nuovo Polo Chirurgico e dell'Emergenza e il progetto per il Polo Toraco Vascolare in corso di realizzazione. Successivamente l'illustrazione del Policlinico si è conclusa con una visita guidata in cui i nostri colleghi austriaci sono stati accompagnati a visitare il Nuovo Pronto Soccorso e la nuova centrale di sterilizzazione.

Il prossimo appuntamento tra le due associazioni è previsto su invito del Presidente del B.U.K.O. Dott. Nikolaus Koller in Stiria.

Conferimento di onorificenza al Dr. Antonio Carbone



In data 27 dicembre 2011 al Dr. Antonio Carbone Segretario Nazionale Sindacale A.N.M.D.O. è stata conferita l'onorificenza di Cavaliere Ordine al merito della Repubblica Italiana. L'occasione è gradita per rivolgere al Dr. Antonio Carbone le migliori congratulazioni da parte di tutti soci dell'A.N.M.D.O.

Il Presidente Nazionale Dott. Gianfranco Finzi

Ricordo del Dr. Rocco Palma

E' recentemente venuto a mancare il collega Rocco Palma, decano dei dirigenti di direzione ospedaliera di Puglia. Nato a Monteleone, piccolo centro dei Monti Dauni, è vissuto ed ha svolto la propria attività professionale prevalentemente in Terra di Bari.

Figura storica della sanità regionale, ha ricoperto numerosi incarichi istituzionali quale amministratore di Enti Pubblici. E' stato, tra l'altro, Direttore generale e Direttore sanitario dell'AUSL di Bari, nonché Direttore sanitario del Policlinico di Bari. Anche dopo il suo collocamento a riposo ha continuato a frequentare la Direzione ospedaliera cercando di dare il proprio contributo di esperienza con grande lucidità ed impegno nonostante l'età avanzata. E' sempre stato iscritto all'ANMDO partecipando attivamente alla vita associativa e ricoprendo anche carichi sociali; era attualmente componente del Direttivo Regionale. Nel corso del Congresso Nazionale di Bologna dello scorso anno ha ricevuto il riconoscimento di Socio onorario dell'ANMDO, cosa della quale è sempre andato molto orgoglioso. Era conosciuto da tutti, in particolare dai colleghi delle Direzioni delle strutture sanitarie, anche perché partecipava a tutte le iniziative di carattere scientifico e culturale occupando sistematicamente un posto in prima fila per meglio seguire i lavori.



Dott. Rocco Palma in occasione del titolo a lui conferito di Socio Onorario ANMDO

Ci mancherà Rocco per i tanti ricordi legati alla sua persona e per la tenerezza che faceva nel vederlo condividere con passione l'impegno associativo con tanti colleghi più giovani. Alla famiglia va il cordoglio del Presidente Nazionale Gianfranco Finzi e dell'intera Associazione.

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
Istituto Dermopatico dell'Immacolata
Via Monti di Creta 104
CAP: 00167, Roma
Tel. 06/66464451 - Fax 06/66464464
aparo@idi.it

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