



R E P U B B L I C A I T A L I A N A

Consiglio di Stato

Adunanza della Commissione speciale del 18 aprile 2016

NUMERO AFFARE 00436/2016

OGGETTO:

Ministero per la Semplificazione e la Pubblica amministrazione – Ufficio legislativo.

Dirigenza sanitaria – delega di cui all'art. 11, comma 1, lettera p) della legge 7 agosto 2015, n. 124;

LA COMMISSIONE SPECIALE

Vista la relazione prot. n. 115/16/UL/P del 25.02.2016 con la quale il Ministero per la semplificazione e la pubblica amministrazione – Ufficio legislativo ha chiesto il parere del Consiglio di Stato sull'affare consultivo in oggetto;

Visti tutti gli atti allegati allo schema e alla relazione (la relazione tecnica, l'analisi di impatto della regolamentazione – A.I.R., l'analisi tecnico normativa – A.T.N.);

Visto il parere n. 31/CU del 3.3.2016 reso dalla Conferenza Unificata, di cui all'art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, ai sensi dell'art. 11, comma 2, della legge 7 agosto 2015, n. 214;

Visto il decreto n. 29 del 1 marzo 2016, con cui il Presidente del Consiglio di Stato ha istituito una Commissione speciale per l'esame dello schema e per l'espressione del parere;

considerato che, nell'adunanza del 18 aprile 2016, presenti anche i Presidenti aggiunti Luigi Carbone e Lanfranco Balucani, la Commissione speciale ha esaminato gli atti e ha udito i relatori, consiglieri Massimiliano Noccelli e Giancarlo Luttazi;

§ 1. *La riforma e il suo contesto normativo.*

Lo schema di decreto legislativo per il quale è richiesto il parere al Consiglio di Stato, presso il quale è stata costituita *ad hoc* in sede consultiva, con decreto n. 29 del 1 marzo 2016 del Presidente del Consiglio di Stato, la presente Commissione speciale, costituisce attuazione della delega al Governo per la riforma della dirigenza pubblica, di cui all'art. 11, comma 1, lett. p), della l. n. 124 del 2015, che reca la definizione di *principi fondamentali*, ai sensi dell'art. 117 Cost., con specifico riferimento al conferimento degli incarichi di direttore generale, di direttore amministrativo e di direttore sanitario nonché, ove previsto dalla legislazione regionale, di direttore dei servizi socio-sanitari, delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario Nazionale – fermo restando quanto previsto dall'art. 3-*bis* del d. lgs. 502/1992 e successive modificazioni – per quanto attiene ai requisiti, alla trasparenza del procedimento finalizzato alla scelta e dei risultati, alla verifica e alla valutazione dell'attività dirigenziale.

Il provvedimento qui in esame consta di 9 articoli, di cui i primi due dedicati all'individuazione, alla nomina, alla conferma e alla revoca dei direttori generali delle aziende sanitarie (e degli altri enti sopra menzionati); il terzo ai direttori generali delle aziende ospedaliero-universitarie; il quarto al conferimento degli incarichi di direttore sanitario, direttore amministrativo e, ove previsto dalla

legislazione regionale, di direttore dei servizi socio-sanitari delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio Sanitario Nazionale; il quinto alle disposizioni in materia di inconfiribilità e di incompatibilità degli incarichi sin qui menzionati; il sesto alle disposizioni transitorie; il settimo alle competenze delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome; l'ottavo alle disposizioni finanziarie; il nono alle abrogazioni.

La l. n. 124 del 2015 interviene a riformare, in modo incisivo, anche il sistema della dirigenza sanitaria, sia a livello nazionale che regionale, e modifica profondamente la disciplina in materia, le cui linee fondamentali sono dettate dal d. lgs. n. 502 del 1992 (e dalle successive modifiche e, in particolare, da quelle introdotte dal d. lgs. n. 299 del 1999).

La disciplina della dirigenza pubblica in materia sanitaria costituisce un modello derogatorio rispetto alle generali previsioni dettate dal d. lgs. n. 165 del 2001, che pure contiene, nell'art. 26, *«norme generali per la dirigenza del Servizio Sanitario Nazionale»*.

Il rapporto di specialità della disciplina in questione, delineato chiaramente dall'art. 15, comma 2, del d. lgs. 502/1992 recante *«Riordino della disciplina in materia sanitaria»*, è stato ben evidenziato dalle Sezioni Unite, nella sentenza n. 4241/1998, laddove queste hanno chiarito che le figure della dirigenza sanitaria hanno una *«loro autonomia»* rispetto alla normativa concernente la riforma del pubblico impiego.

La ragione di questa specialità risiede anzitutto, anche se non solo, nella considerazione che i dirigenti e, più in generale, gli operatori sanitari agiscono nel terreno estremamente sensibile dei diritti sociali costituzionalmente garantiti, che richiedono inderogabilmente azioni positive da parte dei poteri pubblici per la loro effettiva soddisfazione, in favore di un'utenza che, per il principio di universalità del servizio sanitario, nemmeno coincide con i soli possessori dello *status* di cittadini.

L'esigenza di garantire un'azione amministrativa efficace ed efficiente, anzitutto per salvaguardare i livelli essenziali di assistenza sanitaria, deve misurarsi però con l'esigenza di contenere il disavanzo della spesa pubblica e raggiungere l'equilibrio economico delle singole aziende, sempre più forte e avvertita dal legislatore proprio per le gravi inefficienze registratesi nel Servizio Sanitario Nazionale, sicché al dirigente sanitario sono richieste elevate capacità manageriali, che contemperino l'esigenza di garantire fondamentali obiettivi, per la soddisfazione di esigenze primarie e costituzionalmente garantite quanto meno nel loro nucleo irriducibile, con l'altrettanto fondamentale esigenza di assicurare il rispetto dei vincoli di bilancio, a livello nazionale ed europeo, e di contenere la spesa pubblica.

Le molteplici e difficili funzioni che competono al dirigente sanitario e, in particolar modo, al direttore generale dell'azienda sanitaria, come meglio si vedrà, non costituiscono solo obbligazioni *di risultato*, dovendo esse garantire il raggiungimento degli obiettivi primari stabiliti dal Piano Sanitario (nazionale, regionale ed aziendale), ma anche obbligazioni *di mezzi*, poiché il perseguimento di tali finalità deve essere attuato attraverso una sapiente gestione delle risorse e un'efficiente organizzazione dell'apparato amministrativo.

Nel settore sanitario, come e più che in altri settori dell'azione amministrativa finalizzata all'erogazione dei pubblici servizi, la correlazione tra "*organizzazione e diritti*", sulla quale tante volte la Corte costituzionale ha posto l'accento (v., in particolare, Corte cost., 27.11.1998, n. 383, ma anche questo stesso Cons. St., sez. III, 2.9.2014, n. 4460), è tanto stretta e delicata da giustificare l'ampia portata derogatoria della disciplina della dirigenza sanitaria, la cui azione è improntata a schemi e moduli di carattere imprenditoriale.

Il processo di *regionalizzazione* e di *aziendalizzazione* del Servizio sanitario, avviato decisamente con le riforme del d. lgs. n. 502 del 1992 e del d. lgs. n. 517 del 1993 (e, invero, anche nelle successive modifiche apportate dal d. lgs. n. 229 del 1999)

ha cercato di ovviare alle diffuse inefficienze che si erano registrate nell'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, susseguente alla riforma della l. n. 833 del 1978, e ha previsto l'innesto di criteri imprenditoriali e di moduli aziendalistici nell'organizzazione del servizio pubblico.

Secondo il disegno del d. lgs. n. 502 del 1992 le aziende sanitarie, persone giuridiche pubbliche dotate di autonomia imprenditoriale, rinvengono nella Regione il loro interlocutore istituzionale, ma il legislatore si preoccupa di configurare un rapporto di *tendenziale separazione* tra politica e amministrazione, per porre un freno ai fenomeni di politicizzazione e di corruzione radicatisi nel sistema in origine configurato dalla l. 833 n. 1978.

Al vertice dell'azienda sanitaria, sul modello del *management* privato, sta l'organo monocratico del direttore generale, con poteri di rappresentanza e di governo dell'azienda, «*con tutti i poteri di gestione*» (art. 3, comma 6, del d. lgs. n. 502 del 1992), al quale spetta la responsabilità della direzione aziendale e l'adozione degli atti aziendali di diritto privato.

Il direttore generale, in particolare, deve assicurare l'equilibrio economico dell'azienda sanitaria affidatagli, costituendo il mancato assolvimento di tale compito ipotesi di decadenza automatica dal suo incarico, ai sensi dell'art. 52, comma 4, lett. *d*), della l. n. 289 del 2002, come oltre si vedrà, analizzando l'art. 2 dell'articolato normativo qui in esame.

Al direttore generale spetta, inoltre, la nomina del direttore sanitario e del direttore amministrativo, che lo coadiuvano, ciascuno per il settore di competenza, e che insieme con lo stesso direttore generale costituiscono la Direzione aziendale (c.d. *triade*).

Il rapporto di lavoro del direttore generale deve essere esclusivo ed è regolato da un contratto di diritto privato, che ha durata minima di 3 anni e massima di 5 anni.

Sulla durata del contratto si registrano peraltro scelte differenziate a livello di legislazione regionale, che spaziano dai 3 anni nelle Marche e in Toscana ai 5 anni del Veneto.

Come anche la relazione illustrativa dello schema qui in esame non manca di rilevare, tuttavia, le statistiche evidenziano una elevata *instabilità* dell'incarico di direttore generale, la cui permanenza media nell'incarico, a livello nazionale, è pari a circa 3 anni e mezzo, ciò che costituisce, secondo i più autorevoli studiosi e attenti osservatori dell'organizzazione sanitaria, una delle maggiori criticità del processo di aziendalizzazione, impedendo programmazioni della gestione aziendale di medio-lungo periodo che possano concretamente incidere sull'organizzazione aziendale.

Il rapporto del direttore generale con l'azienda e, più in generale, con l'amministrazione regionale ha «*natura privatistica e fiduciaria*» (art. 2, comma 1, lett. u, della l. n. 419 del 1998) e gli spazi di autonomia politica riservati alla Giunta regionale nella scelta del direttore generale sono funzionali ad assicurare una fondamentale coerenza tra l'indirizzo politico regionale e la gestione aziendale.

L'effettivo contenuto di questo essenziale rapporto tra indirizzo politico regionale e gestione aziendale del direttore generale è tra i più delicati e controversi della dirigenza pubblica ed è un problema al quale la legge n. 124 del 2015, come ora si dirà, ha inteso porre rimedio con la previsione dell'elenco nazionale dei dirigenti generali, di cui all'art. 1.

La Corte costituzionale è più volte intervenuta sulla materia, cercando di chiarire, di definire e di separare le rispettive sfere di competenze e di influenza.

Il direttore generale è definito quale figura tecnico-professionale che ha il compito di perseguire, nell'adempimento di una obbligazione di risultato (oggetto di un contratto di lavoro autonomo), gli obiettivi gestionali e operativi definiti dal Piano sanitario regionale, in accordo con quello nazionale, dagli indirizzi della Giunta

regionale, dal provvedimento di nomina e dal contratto di lavoro con l'amministrazione regionale.

Lo stesso giudice delle leggi ha altresì precisato che il rapporto di fiduciarietà politica insito nel meccanismo della nomina del direttore generale non può sconfinare, tuttavia, in uno *spoils system* senza limiti e garanzie, sicché la sua nomina e, ancor più, la sua rimozione deve passare attraverso un *giusto procedimento* di verifica dei risultati della gestione, tenendo conto della condizione economico-finanziaria di partenza della singola azienda, del *budget* assegnato e degli obiettivi di salute e di gestione fissati dalla Regione.

La posizione del direttore generale, in altri termini, deve essere garantita per evitare che la sua posizione di dipendenza funzionale, rispetto alla volontà politica della Giunta regionale, si trasformi in dipendenza politica (Corte cost., 19.3.2007, n. 104).

I direttori generali, ha soggiunto il giudice delle leggi in una sua più recente pronuncia, devono essere considerati «*funzionari neutrali*», poiché non sono nominati in base a criteri «*puramente fiduciari*», essendo l'affidamento dell'incarico subordinato al possesso di specifici requisiti di competenza e di professionalità, e non richiedendosi agli stessi «*la fedeltà personale alla persona fisica che riveste la carica politica*», ma la «*corretta e leale esecuzione delle direttive che provengono dall'organo politico, quale che sia il titolare pro tempore*» (Corte cost., 5.2.2010, n. 34).

La neutralità amministrativa del direttore generale e la sua indipendenza funzionale sono due degli obiettivi che, come si dirà, la legge di delega e lo schema del decreto attuativo qui in esame, in coerenza con le finalità più generali di trasparenza e imparzialità perseguite dalla stessa legge n. 124 del 2015, si prefiggono di raggiungere attraverso un *sistema bifasico* che prevede un *elenco nazionale*, tenuto e aggiornato da una apposita Commissione nazionale, di soggetti qualificati, elenco

al quale la Commissione regionale deve necessariamente attingere per la terna di nomi da sottoporre alla nomina dell'organo politico.

In questo modo la legge ha inteso valorizzare un modello di *merit system* che scongiuri, con la previsione di apposite procedure accentrate – almeno in una prima fase – a livello nazionale, il rischio di trasformare la dipendenza funzionale del dirigente sanitario in dipendenza politica secondo il modello dello *spoils system*.

La l. n. 124 del 2015 ha poi previsto una significativa apertura dei ruoli della dirigenza sanitaria al *management* privato, incrementando, con il possibile apporto di esperienze provenienti dal mondo della sanità privata, il livello di capacità e di efficienza che deve contraddistinguere la managerialità del direttore generale nella difficile *governance* della struttura sanitaria.

Molte garanzie procedimentali circondano e assistono anche la fase di verifica dei risultati della gestione, da parte del direttore generale, come anche gli eventuali provvedimenti di revoca del suo incarico, ad evitare che la revoca per il mancato raggiungimento degli obiettivi o – significativa novità, questa, apportata dalla riforma della l. 124/2015 – per la violazione degli obblighi di trasparenza, si trasformi, per lo sviamento del potere non di rado verificatosi nell'esperienza regionale, in una forma di occulto o surrettizio *spoils system*.

Occorre segnalare, peraltro, che alcune Regioni, per non incorrere nelle censure della Corte costituzionale, hanno preferito collegare la rimozione dei direttori generali, anche prescindendo dal raggiungimento degli obiettivi assegnati, alla volontà politica di avviare una riforma del Servizio Sanitario regionale (L.R. Abruzzo n. 17 del 2009 e L.R. Sardegna n. 3 del 2009) anziché al subentro di una nuova maggioranza politica (c.d. *spoils system* mascherato).

La compatibilità di questo sistema con i principi fondamentali della legge delega e del decreto legislativo qui esaminato, peraltro, sarà tutta da verificare, anche ai sensi dell'art. 117 Cost., perché contrastante con il sistema di stabilità gestionale e

di indipendenza funzionale del direttore generale, decisamente perseguiti dalla riforma.

Uno dei cardini della disciplina qui in esame è, infatti, il *giusto procedimento* nella fase di nomina, conferma e revoca del direttore generale.

Si tratta di un principio, questo, che la costante giurisprudenza del Consiglio di Stato, forte dell'orientamento seguito dalla Corte costituzionale, non ha mancato di ribadire, annullando provvedimenti di revoca immotivati o affetti da evidente sviamento di potere.

Il principio di efficienza dell'Amministrazione, ha chiarito questo Consiglio, vale ad assicurare al rapporto di lavoro dei dirigenti "*specifiche garanzie*", quanto alla verifica che gli incarichi siano assegnati *«tenendo conto, tra l'altro, delle attitudini e delle capacità professionali»*, e che la loro cessazione anticipata dall'incarico avvenga in seguito all'accertamento dei risultati conseguiti e secondo i principi del giusto procedimento (Corte cost., 19.3.2007, n. 104, sopra menzionata) *«solo nella misura in cui mira a contrastare ogni eventuale tentativo delle nuove forze politiche avvicinandosi al governo dell'ente di sostituire i preposti agli organi burocratici dell'ente stesso in assenza di qualsivoglia valutazione del loro operato e dunque ad evitare ogni ipotesi di dipendenza politica del dirigente»* (Cons. St., sez. III, 3.2.2014, n. 480).

Sono ancora i principi di trasparenza e di imparzialità, perseguiti dalla legge di delega nell'art. 11, comma 1, lett. p), ad ispirare la innovativa disciplina della scelta dei direttori sanitari e amministrativi, secondo cui i direttori generali selezionano tali figure attingendo obbligatoriamente agli elenchi regionali di idonei effettuati da una Commissione regionale, innovando così la vecchia disciplina dell'art. 3, comma 1-*quinquies*, del d. lgs. n. 502 del 1992, ma ponendo delicati problemi di coordinamento, anche per effetto delle abrogazioni disposte dall'art. 9 dello schema, come si vedrà proprio nell'esame di tale disposizione, con la disciplina dello stesso d. lgs. n. 502 del 1992.

Anche tale innovazione è di forte impatto poiché, pur ribadendo la fiduciarità del rapporto tra direttore generale e direttore amministrativo e sanitario da lui nominati, limita la pur ampia portata discrezionale della scelta spettante al primo obbligandolo a selezionarli tra un elenco di idonei selezionati su base regionale da un'apposita Commissione.

Al riguardo non può non ricordarsi, infatti, come la nomina del direttore sanitario e di quello amministrativo *«non regola un rapporto fondato sull'intuitus personae tra l'organo politico che conferisce un incarico ed il soggetto che lo riceve ed è responsabile verso il primo dell'efficienza dell'amministrazione; ma concerne l'organizzazione della struttura amministrativa regionale in materia sanitaria e mira a garantire, all'interno di essa, la consonanza di impostazione gestionale fra il direttore generale e i direttori amministrativi e sanitari delle stesse aziende da lui nominati»* (Corte cost., 16.6.2006, n. 233).

La giurisprudenza costituzionale, pur ribadendo la natura fiduciaria della nomina di tali figure dirigenziali per la necessaria consonanza della impostazione gestionale, ha tuttavia fatto registrare un ulteriore passo in avanti negli ultimi anni, segno di una più accentuata sensibilità sulle problematiche della dirigenza sanitaria, e ha inteso orientarne la nomina a criteri meritocratici e a precise garanzie procedurali, con l'affermazione che il nuovo direttore generale non può rimuovere il direttore amministrativo o sanitario, prima della scadenza del loro contratto, senza adeguati motivi e giusto procedimento.

Il direttore generale è tenuto a specificare le ragioni, connesse alle pregresse modalità di svolgimento delle funzioni dirigenziali da parte dell'interessato, idonee a fare ritenere sussistenti comportamenti di quest'ultimo suscettibili di integrare la violazione delle direttive ricevute o di determinare risultati negativi nei servizi di competenza e giustificare, dunque, il venir meno della necessaria consonanza di impostazione gestionale tra direttore generale e direttore amministrativo o sanitario.

In effetti, secondo il giudice delle leggi, *«soltanto nel rispetto delle predette modalità e condizioni il nuovo direttore generale può, con provvedimento motivato, procedere alla rimozione del direttore amministrativo prima della suddetta scadenza contrattuale»* (Corte cost., 24.6.2010, n. 224).

Proprio alla luce di quest'orientamento, sempre più marcato, alla imparzialità e alla trasparenza, questa Commissione speciale ritiene di segnalare al Governo, come meglio si dirà nelle osservazioni sull'art. 4 dello schema di decreto legislativo, l'opportunità di valutare, anche per i procedimenti di revoca del direttore amministrativo e sanitario (e, ove previsto, di quello dei servizi socio-sanitari) e analogamente a quanto è contemplato dallo schema per il direttore generale, una previsione – avente valore di principio fondamentale ai sensi dell'art. 117 Cost. – secondo cui la risoluzione del rapporto dei direttori amministrativi e sanitari debba comunque essere comminata *«previa contestazione di gravi inadempienze, stabilite dalla legge regionale, e nel rispetto del principio del contraddittorio»*, ferma restando la generale disposizione dell'art. 3-bis, comma 8, del d. lgs. n. 502 del 1992, non abrogata dall'art. 9 dello schema qui in commento.

Con una simile previsione, salvaguardando comunque la competenza regionale sulle cause di risoluzione (demandata, infatti dal cennato art. 3-bis, comma 8, del d. lgs. n. 502 del 1992 al legislatore regionale), troverebbe compiuta e coerente applicazione la legge delega nella parte in cui prevede, alla lettera p), la decadenza dall'incarico – anche per tali figure (che la disposizione della legge n. 124 del 2015 non differenzia, in questo, dal direttore generale) – *«nel caso di manifesta violazione di leggi o regolamenti o del principio di buon andamento e di imparzialità»*.

Si limiterebbe, in questo modo, l'eventualità che l'esercizio del potere di revoca sia impiegato, e sviato, strumentalmente dal direttore generale, come l'esperienza del contenzioso ha mostrato in questi anni, per congedare direttori sanitari e amministrativi solo perché sgraditi *sic et simpliciter* al direttore generale, al di là di

pur necessarie esigenze di consonanza gestionale, in violazione del principio del giusto procedimento, sul quale tanto la giurisprudenza della Corte (e quella di questo stesso Consiglio) ha insistito in applicazione dell'art. 97 Cost.

La tendenza dell'ordinamento, infatti, muove nel senso di assicurare alla dirigenza sanitaria, nel suo complesso, stabilità, imparzialità, trasparenza, adeguata professionalità, secondo criteri meritocratici e i canoni del giusto procedimento, intesi ad assicurare il buon andamento della pubblica amministrazione, in prima battuta, e il funzionamento del servizio sanitario, in una prospettiva di più lunga durata, sul piano cronologico, e quale fine ultimo dell'intera legislazione in materia, sul piano teleologico, per garantire il bene-salute inteso quale diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività (art. 32 Cost.).

§ 2. Linee fondamentali della riforma e considerazioni generali su relativi presupposti, contenuti ed effetti.

Premesse queste brevi considerazioni circa il contesto normativo sul quale interviene la riforma, necessarie a comprenderne, seppure in estrema sintesi, la filosofia ispiratrice, questa Commissione speciale ritiene ora di formulare alcune osservazioni sulle linee fondamentali dello schema di decreto legislativo, che ha inteso attuare i principi di cui all'art. 11, comma 1, lett. p), della l. n. 124 del 2015, svolgendo alcuni rilievi di ordine generale, che qui seguiranno, prima di procedere, poi, all'analisi dei singoli articoli del testo.

È opportuno rilevare preliminarmente, come del resto ha segnalato anche la scheda di Analisi tecnico normativa A.T.N. (p. 3, punto 9), che sull'intero impianto della legge n. 124 del 2015, anche con riferimento all'art. 11, comma 1, lett. p), pende questione di costituzionalità, sollevata in via principale dalla Regione Veneto con ricorso n. 94, depositato il 19.10.2015 avanti alla Corte costituzionale e pubblicato sulla G.U. 1a Serie Speciale – Corte Costituzionale n. 50 del 16.12.2015.

Non risulta, allo stato, che per la discussione del ricorso sia stata fissata dalla Corte costituzionale l'udienza pubblica.

La contestazione sollevata dalla Regione Veneto, che lamenta la violazione delle competenze assegnatele dall'art. 117 Cost. in diverse materie, investe tra gli altri principi e criteri della legge di delega anche l'art. 11, comma 1, lett. p), poiché, secondo la Regione ricorrente, i principi e i criteri direttivi formulati dal legislatore delegante sarebbero talmente stringenti da concretizzarsi in norme di dettaglio, comprimendo indebitamente l'autonomia legislativa regionale e configurando una disciplina del tutto irragionevole e contraria al principio di buon andamento della pubblica amministrazione, che lederebbe le competenze costituzionali della Regione, unica responsabile del corretto governo, anche finanziario, del sistema sanitario regionale.

Sulla tenuta complessiva della riforma, anche per quanto attiene alla dirigenza sanitaria, influisce indubbiamente l'esito del giudizio di costituzionalità, di cui questa Commissione speciale non può non segnalare al Governo la pregiudizialità. La stessa Corte costituzionale ha del resto riconosciuto, anche in questa materia, una concorrenza di competenze, poiché la disciplina della dirigenza sanitaria, pur lambendo inevitabilmente la materia dell'ordinamento civile per la natura privatistica del rapporto privatistico intercorrente tra i dirigenti e l'Amministrazione, è comunque ascrivibile, in via prevalente o assorbente, alla materia concorrente della "*tutela della salute*", di cui all'art. 117, comma 3, Cost., appunto per la prevalenza di questa materia sulle altre in concorso (v., tra le altre, sentt. 422/2006, 105/2007 e 295/2009).

Il complesso riparto di competenze tra lo Stato e le Regioni si situa sullo sfondo dell'intera riforma, anche e soprattutto nella materia della dirigenza sanitaria, e pone criticità di sistema, a livello costituzionale, che competerà alla Corte risolvere,

con valenza pregiudiziale, come detto, anche sull'attuazione da parte del legislatore delegato.

Si possono qui in via generale, e salvi ulteriori approfondimenti in sede di osservazioni ai singoli articoli del testo esaminato, così sintetizzare le linee fondamentali e le principali novità, di cui si è peraltro fatto cenno già nelle premesse al § 1, del decreto legislativo qui in esame:

a) la nomina del direttore generale dell'azienda sanitaria articolata secondo un procedimento *bifasico*, che vede in una prima fase la formazione di elenco nazionale di idonei da parte di una Commissione apposita, all'esito di una selezione che richiede rigorosi requisiti di ammissione e vede l'assegnazione di un punteggio da 75 a 100, e in una seconda fase una procedura selettiva non concorsuale su base regionale, alla quale possono concorrere solo soggetti iscritti nell'elenco nazionale, a conclusione della quale la Commissione propone al Presidente della Giunta Regionale una terna di nomi, il tutto secondo criteri meritocratici e procedure ispirate alla massima trasparenza, pur nella riaffermata natura fiduciaria e ampiamente discrezionale della nomina, quale atto di alta amministrazione, da parte della Regione;

b) l'organizzazione, su base regionale (o eventualmente anche interregionale, avvalendosi dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali – AGENAS – e in collaborazione con le Università o soggetti pubblici e privati), del corso di formazione in materia di sanità pubblica e organizzazione e gestione sanitaria per la costituzione di un *management* sanitario dotato di alte capacità imprenditoriali e tendenzialmente indipendente, proprio per il suo elevato bagaglio tecnico di professionalità, da influenze politiche;

c) l'accentuata procedimentalizzazione della nomina, conferma e revoca dei direttori generali, con previsione del contraddittorio procedimentale e

rafforzamento di obblighi motivazionali per i provvedimenti di revoca dall'incarico;

d) la maggiore responsabilizzazione gestionale del direttore generale anche in ordine al rispetto degli obblighi di trasparenza e all'equilibrio economico dell'azienda, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale e al rispetto dell'appropriatezza prescrittiva di cui all'art. 9-*quater*, comma 6, del d.l. n. 78 del 2015;

e) la nomina dei direttori sanitari e amministrativi, da parte del direttore generale, tra i soggetti idonei contenuti nell'elenco formato da apposita Commissione regionale, con limitazione di un potere tendenzialmente illimitato e di natura fiduciaria, originariamente previsto dall'art. 3, comma 1-*quinquies*, del d. lgs. n. 502 del 1992.

Questo Consiglio di Stato, come non ha mancato di osservare in altri pareri già resi su altri schemi di decreti legislativi attuativi della legge n. 124 del 2015 e, in particolare, nel parere n. 515 del 24.2.2016 sullo schema di decreto legislativo recante *“Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”*, intende ancora una volta evidenziare tutta l'importanza e l'urgenza dei principi ispiratori della riforma, ben evidenti, del resto, dalla semplice lettura dell'art. 11, comma 1, lett. p), della legge di delega.

Occorre anche in questa sede ribadire, come già si è fatto nel citato parere n. 515 del 24.2.2016, che la trasparenza, perseguita dal legislatore delegante anche per la riforma della dirigenza sanitaria, si pone non solo come forma di prevenzione dei fenomeni corruttivi, ma come strumento ordinario e primario di riavvicinamento del cittadino alla pubblica amministrazione, *«destinata sempre più ad assumere i contorni*

di una 'casa di vetro', nell'ambito di una visione più ampia dei diritti fondamentali sanciti dall'articolo 2 della Costituzione, che non può prescindere dalla partecipazione ai pubblici poteri».

In sostanza, come ha osservato questo Consiglio nel citato parere n. 515, la trasparenza viene a configurarsi, ad un tempo, come un mezzo per porre in essere una azione amministrativa più efficace e conforme ai canoni costituzionali e come un obiettivo a cui tendere, direttamente legato al valore democratico della funzione amministrativa, *«al fine di realizzare l'aspirazione a una democrazia intesa come "regime del potere visibile" (secondo la definizione di Norberto Bobbio) ».*

L'esigenza di trasparenza nella scelta dei direttori generali e delle altre figure dirigenziali del servizio sanitario; la necessità di separare la sfera della politica da quella dell'amministrazione in un settore, come quello sanitario, dove più spesso che in altri si sono manifestati gravi disfunzioni, clientelismi ed episodi di corruzione, e più forte si avverte la pur generalizzata istanza di *moralizzazione della res publica*; l'intento di creare un'organizzazione improntata al *merit system*; la pubblicità dei sistemi selettivi e degli obiettivi programmatici che contraddistinguono la scelta e, poi, l'operato della dirigenza sanitaria; la formazione di una classe manageriale dotata di elevate competenze professionali e, quindi, tendenzialmente indipendente dalle influenze politiche; la valutazione della dirigenza secondo criteri oggettivi, ancorati al raggiungimento di elevati ed essenziali livelli di assistenza sanitaria e improntati ad una oculata gestione delle risorse finanziarie; la verifica costante del rispetto di tali *standard* e degli obblighi di trasparenza da parte della dirigenza sanitaria, con l'espressa previsione, all'atto della nomina di ciascuna direttore generale, di *«dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per il cittadino»*, sono tutti obiettivi di indubbia centralità, nell'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, e costituiscono altrettante sfide per il futuro di un ordinamento democratico che intenda porsi e proporsi quale moderno Stato sociale di diritto.

La via intrapresa dal legislatore della riforma è, dunque, consapevolmente orientata ad attuare principi di buon andamento e imparzialità della pubblica amministrazione – garanzia, nello specifico settore, della salute quale bene ultimo, sul piano teleologico, perché fondamentale diritto dell'individuo e, insieme, interesse della collettività (art. 32 Cost.) – meritevoli della massima considerazione e della più ampia condivisione, ma è una via, occorre subito rilevarlo, non priva di ostacoli e criticità.

Un primo rilievo attiene alla tecnica di normazione, poiché il recepimento della legge delega in un testo normativo diverso dalla generale *sedes materiae*, quella del d. lgs. n. 502 del 1992, pone il problema di un quadro legislativo composito, la cui ricostruzione passa attraverso una difficile opera di coordinamento tra i due testi normativi, quello del d. lgs. n. 502 del 1992 e quello del nuovo decreto legislativo, foriera di difficoltà ed eventuali contraddizioni o, al contrario, lacune, tutte evitabili mediante il ricorso ad un testo unico di carattere compilativo.

La tecnica della *novellazione a pettine*, nel settore della dirigenza sanitaria, può comportare dunque il rischio di discrasie normative, che devono invece essere evitate proprio per la necessità di offrire all'operatore, prima ancora che all'interprete, un quadro legislativo chiaro, univoco, compatto, omogeneo, e possibilmente un *corpus* normativo unico, al quale orientarsi e uniformarsi, essendo la chiarezza della previsione normativa premessa e condizione indispensabile della stessa trasparenza amministrativa.

Si segnala perciò al Governo l'opportunità di valorizzare lo strumento dell'art. 17-*bis* della l. n. 400 del 1988 e, cioè, del testo unico compilativo, quantomeno per un successivo riordino a normativa vigente, eventualmente demandando, come prevede il comma 3 di tale disposizione, la redazione dello schema di testo unico a questo stesso Consiglio di Stato, ai sensi dell'articolo 14, numero 2°, del testo

unico delle leggi sul Consiglio di Stato, di cui al regio decreto 26 giugno 1924, n. 1054.

Ancora si deve evidenziare che, come si legge nella scheda di Analisi di impatto della regolamentazione (AIR), l'intervento regolatorio proposto è stato elaborato dai competenti uffici del Ministero della Salute, senza che siano state effettuate consultazioni con destinatari pubblici e privati, rilevandosi, in tale scheda (p. 4), che le procedure di consultazione si ritengono assolute attraverso le proposte emendative e le audizioni intervenute in sede di esame parlamentare della legge delega.

L'intervento normativo qui in esame, dunque, non è stato preceduto da una vera e propria consultazione degli operatori del settore, al di là delle sole audizioni svolte in sede di esame parlamentare, e ciò costituisce un *limite cognitivo* della riforma, nel settore sanitario, poiché la previa consultazione delle associazioni a tutela degli utenti del Servizio sanitario, delle rappresentanze del personale dirigenziale, medico, tecnico e amministrativo, impegnato nella conduzione delle aziende sanitarie, e della stessa AGENAS avrebbe consentito di disporre di elementi valutativi più vasti e differenziati, in considerazione delle singole particolarità regionali e territoriali che caratterizzano il composito panorama organizzativo dello stesso Servizio in Italia.

La stessa Analisi di impatto di regolamentazione (AIR) allegata allo schema qui in esame, soffermandosi sulle finalità della riforma, ha evidenziato, infatti, che l'assenza di reali forme di procedimentalizzazione del potere di nomina è stata considerata, con il tempo, una causa del crescente livello di politicizzazione delle nomine aziendali, spesso causa di inefficienze organizzative presenti in diverse realtà sanitarie regionali (p. 1 della scheda).

Ora, una più approfondita conoscenza di queste realtà regionali, condotta attraverso una idonea consultazione delle singole aziende sanitarie, a campione, del

relativo personale dirigenziale o di un ente specializzato come l'AGENAS, avrebbe verosimilmente consentito al legislatore di comprendere meglio, con una visione che dal “*particolare*” delle singole realtà locali e regionali risalisse al generale assetto del servizio sanitario, le criticità del sistema e il loro diverso manifestarsi sul territorio, ascrivibili principalmente – anche se non solo – al circuito vizioso innestatosi tra politica regionale e dirigenza sanitaria: criticità che hanno condotto nel corso degli anni a gravi disfunzioni e inefficienze.

La stessa scheda dell'Analisi di impatto regolatorio, riportando la tabella relativa all'anno 2013 del Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato, osserva che la riforma investe un numero complessivo, su scala nazionale, di ben 875 incarichi dirigenziali.

Si tratta di un numero certo rilevante, ma che poco dice – al di là della sua consistenza – sul modo con il quale si atteggia il complesso rapporto tra politica regionale e amministrazione sanitaria nelle singole realtà locali e, soprattutto, non giova a comprendere isolatamente, in difetto di ulteriori dati esperienziali acquisiti in sede di consultazione e di una più approfondita analisi dei possibili impatti della normativa, se e in che misura tale problematico rapporto abbia effettivamente inciso sul raggiungimento degli obiettivi in termini di efficacia esterna (risposta ai bisogni della salute) e di efficacia organizzativa e interna, obiettivi, questi, che la stessa scheda pone quali indicatori che consentiranno di verificare il grado di raggiungimento degli obiettivi indicati e di monitorare l'attuazione dell'intervento nell'ambito della Valutazione dell'impatto regolatorio – VIR (p. 3 della scheda).

L'assenza di una preventiva e più vasta, approfondita e capillare cognizione di questi aspetti, più che opportuna ove si consideri l'organizzazione su base regionale e la minuta articolazione territoriale del servizio sanitario, potrebbe incidere negativamente sull'attuazione della riforma, che finirebbe – pur nel perseguimento di indeclinabili e condivisibili valori costituzionali, prima ancora che

di obiettivi di efficienza – per peccare di astrattezza, se non fosse accompagnata, sostenuta e corroborata da un attento monitoraggio, nell’ambito della Valutazione dell’impatto regolatorio (VIR), del suo concreto funzionamento da parte del Ministero della Salute e, soprattutto, delle Regioni.

Elemento rivelatore di questa potenziale criticità, insita nella genesi stessa della riforma, sta nel fatto che la legge di delega non abbia trovato una dettagliata e, si direbbe, individualizzata attuazione nella parte in cui l’art. 11, comma 1, lett. p), della l. n. 124 del 2015 prevede che nel sistema di verifica e di valutazione dell’attività dei direttori generali, che tenga conto degli obiettivi sanitari e dell’equilibrio economico dell’azienda, rientri anche «*la garanzia dei livelli essenziali di assistenza e dei risultati del programma nazionale valutazione esiti dell’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali*».

L’incompleto esercizio della delega proprio su questo specifico punto, necessario allo stesso funzionamento del servizio sanitario nella sua proiezione esterna, verso gli utenti, per la stretta interrelazione tra organizzazione e diritti di cui si è detto in premessa, sconta forse l’originario *deficit* di consultazione e di analisi dell’impatto normativo, da parte del legislatore delegante, in ordine alle singole problematiche che quotidianamente affliggono la dirigenza sanitaria, nelle singole realtà regionali e locali, tra perseguimento degli obiettivi della sanità nazionale e regionale ed equilibrio economico dell’azienda, peraltro in un rapporto spesso opaco con i vertici politici della Regione.

L’assenza di una chiara visione e previsione circa le minime modalità attraverso le quali debbano essere garantiti dalla dirigenza i livelli essenziali di assistenza, “nucleo irriducibile”, secondo il consolidato orientamento della giurisprudenza civile e amministrativa, del diritto alla salute, costituisce un aspetto estremamente significativo dello schema di decreto legislativo qui in esame, che proprio sul versante dell’*efficacia esterna* dell’azione amministrativa, in fondo quella più

importante per il servizio sanitario, difetta di una precisa e testuale indicazione normativa, scontando la stessa astrattezza e, dunque, inapplicabilità del principio, al di là del generico e non meglio circostanziato riferimento ai livelli essenziali di assistenza contenuto nell'art. 2, comma 3, lett. b), dello schema qui in commento.

Ciò renderà verosimilmente più difficile la Valutazione dell'intervento regolatorio (VIR), in sede di attuazione, considerando che la stessa scheda di analisi, più volte richiamata, pone a p. 8 quale aspetto prioritario da monitorare, da parte del Ministero della Salute e, poi, delle Regioni, la auspicata riduzione delle inefficienze organizzative che hanno caratterizzato la conduzione del Servizio Sanitario Nazionale in molte realtà regionali.

Non è inutile ricordare, infatti, che il successo della riforma qui in esame è affidata anzitutto all'opera e alla leale collaborazione delle Regioni, alle quali è demandata, anche sul piano della ripartizione delle competenze voluto dall'attuale Costituzione, l'organizzazione del Servizio sanitario secondo i fondamentali principi di imparzialità, efficienza e trasparenza.

Alle Regioni è anche demandata dalla Costituzione e, in armonia con il sistema da essa delineato, dalla stessa legge di delega l'attuazione di un altro fondamentale caposaldo della riforma, che giova qui ricordare e rimarcare, e cioè la formazione professionale dei direttori generali delle aziende sanitarie.

Il possesso dell'attestato rilasciato all'esito del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria, organizzato dalle singole Regioni, è elevato dall'art. 1, comma 4, lett. c), dello schema a *requisito di ammissione* alla selezione dei futuri direttori generali e, quindi, all'inserimento nell'elenco predisposto, all'esito di tale selezione, dalla Commissione nazionale.

Il legislatore ha così inteso valorizzare la formazione dei direttori generali quale requisito di ammissione alla selezione, all'elenco e, quindi, alla carriera dirigenziale del direttore generale, innovando profondamente, anche sul punto, la precedente

previsione dell'art. 3-*bis*, comma 4, del d. lgs. n. 502 del 1992, la quale si limitava solo a richiedere che i direttori generali dovessero produrre, entro diciotto mesi dalla nomina, il certificato di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria.

Questo Consiglio di Stato ha già evidenziato, nel recente parere n. 929 del 15.4.2016 sullo schema di decreto recante «*Norme per il riordino della disciplina in materia di conferenza dei servizi*» in attuazione dell'art. 2 della stessa l. n. 124 del 2015, l'importanza della formazione professionale e, più in generale, di una “*capacitazione*” degli amministratori (§ 5.2. del citato parere) per la formazione di una dirigenza pubblica competente e altamente qualificata.

La scelta normativa anche nel settore della dirigenza sanitaria punta, indubbiamente, a fare della formazione professionale un elemento di forza, necessario e qualificante, del nuovo *management* pubblico, in linea, del resto, con la specificità delle conoscenze e delle competenze richieste al dirigente sanitario, sia a livello nazionale che locale, ma potrebbe porre delicati problemi di compatibilità con il quadro costituzionale ed europeo, laddove ha inteso assegnare *carattere escludente* al mancato ottenimento dell'attestato conseguibile all'esito dei corsi regionali, risultando chiaramente dalla lettura della disposizione che non possano essere ammessi alla selezione per l'inserimento nell'elenco nazionale dei direttori generali quanti non abbiano conseguito tale titolo.

Si segnala al Governo, quindi, l'opportunità di considerare se il possesso dell'attestato non debba essere più propriamente annoverato, e collocato, tra gli *elementi di valutazione* di cui all'art. 1, comma 6, dello schema, ai fini del punteggio da assegnare ai candidati inseriti nell'elenco nazionale, anziché tra i *requisiti di ammissione*, di cui all'art. 1, comma 4, con ciò non sminuendo la rilevanza della formazione professionale garantita dai corsi, che potrà essere valorizzata dalla Commissione nazionale mediante l'assegnazione di un punteggio molto più alto

rispetto a quanti non abbiano frequentato alcun corso di formazione regionale, senza tuttavia precludere loro drasticamente l'accesso alla selezione.

Altro delicato e complesso problema concerne il rapporto tra l'elenco nazionale degli idonei, con assegnazione di un punteggio da 75 a 100, e la valutazione delle singole Commissioni regionali.

In sede di Conferenza unificata Stato-Regioni, con il parere reso sullo schema di decreto legislativo qui in esame, è stato proposto, infatti, un emendamento all'art. 1, comma 7, secondo cui il punteggio dovrebbe essere assegnato ai fini dell'inserimento del candidato nell'elenco nazionale, senza che esso possa incidere, quindi, sulla valutazione che effettuerà la Commissione regionale.

Ritiene questo Consiglio che la proposta non debba trovare accoglimento, perché l'assegnazione di un punteggio a livello nazionale, pur non preconstituendo un vincolo per il giudizio idoneativo della Commissione regionale (che può motivatamente discostarsi dall'ordine preferenziale espresso nell'elenco nazionale), rappresenta comunque una prima e uniforme garanzia di imparzialità nella valutazione delle capacità dirigenziali dell'aspirante direttore generale, già a livello nazionale, e un dato di partenza imprescindibile alla valutazione della Commissione regionale, limitando arbitri, parzialità e favoritismi, dettati dai "particolarismi" locali, e spesso annidatisi nel carattere non concorsuale, ma meramente idoneativo, della selezione e nel carattere fiduciario della nomina.

Occorre ricordare infatti che ai sensi dell'art. 3, comma 6, del d. lgs. n. 502 del 1992, non abrogato dall'art. 9 dello schema di decreto legislativo qui in esame, la nomina del direttore generale avviene «*senza necessità di procedure comparative*».

Per eguali o consimili ragioni, ispirate a fondamentali principi di imparzialità e trasparenza e uniformità di valutazione – almeno quale punto di partenza – sull'intero territorio nazionale, ad arginare arbitri e disparità di ordine particolaristico, ritiene questa Commissione speciale che non debba trovare

accoglimento nemmeno l'altra proposta emendativa, suggerita in sede di Conferenza unificata Stato-Regioni, secondo cui la Commissione regionale presenterebbe al Presidente della Regione una "rosa" di nomi anziché una "terna" di nomi.

Non si tratta infatti, come *prima facie* potrebbe apparire, di una questione meramente numerica.

Circoscrivere il numero degli idonei al numero di tre, all'esito della procedura idoneativa, limita la possibile arbitrarietà della scelta e la sua insindacabilità, in sede giurisdizionale, dietro ad una eventuale indifferenziata pluralità di soggetti ritenuti tutti parimenti idonei, ma preordinata, in realtà, a celare nel generale livellamento degli aspiranti il carattere non meritocratico della scelta, che è e resta comunque, già in sé, atto di alta amministrazione di pregnante connotazione fiduciaria.

La tensione dialettica tra l'aspirazione del legislatore delegante alla imparzialità e alla trasparenza nella scelta dei direttori generali, secondo criteri meritocratici, e l'aspirazione delle Regioni a preservare la natura fiduciaria della nomina degli stessi direttori generali, quali primi e fondamentali responsabili dell'attuazione delle direttive politiche in materia sanitaria, pare a questa Commissione aver trovato un ragionevole punto di equilibrio nelle previsioni dello schema del decreto legislativo qui in commento, salvi i profili critici di ordine generale, di cui si è detto, e quelli di carattere particolare, che saranno singolarmente esaminati.

Una modifica di queste previsioni con un nuovo sbilanciamento verso la fiduciarietà della nomina rischierebbe, a parere di questa Commissione speciale, di attenuare la concreta portata della riforma e il suo impatto sull'organizzazione del servizio sanitario.

Il monitoraggio di questa portata e di questo impatto richiede un'attività costante e intensa da parte del Ministero della Salute e delle singole Regioni.

Questa Commissione suggerisce, al riguardo, l'istituzione di una cabina di regia, come già si è osservato nel sopra menzionato parere n. 515 del 24.2.2015, che potrebbe costantemente, o anche solo periodicamente, valutare lo “stato di avanzamento” e i risultati effettivamente conseguiti dalla riforma.

Per il concreto funzionamento del sistema, del resto, sono previsti dallo schema qui in esame tempi molto brevi, come ricorda anche la scheda di analisi tecnico-normativa trasmessa in allegato allo schema (p. 5), se commisurati alla vastità e all'incisività degli obiettivi, ambiziosi, che la riforma persegue.

Sono previsti:

- 30 giorni dall'entrata in vigore del decreto legislativo qui in esame, ad esempio, per l'adozione, da parte del Ministro della Salute, di un decreto per la nomina della Commissione deputata alla formazione dell'elenco nazionale (art. 1, comma 3);
- 120 giorni dallo stesso *dies a quo* per l'adozione di un accordo tra lo Stato e le Regioni per definire contenuti, metodologia, dei corsi, nonché per l'adozione di un ulteriore accordo per definire i criteri valutativi dei direttori generali (art. 1, comma 4, lett. c) e art. 2, comma 3);
- 120 giorni sempre decorrenti da detto termine, infine, per l'adozione di altro accordo tra lo Stato e le Regioni per la valutazione dei titoli formativi e professionali, scientifici e di carriera, per il conferimento degli incarichi di direttore amministrativo, direttore sanitario e, ove previsto dalle leggi regionali, di direttore dei servizi socio-sanitari.

Soltanto un attento monitoraggio affidato ad una “cabina di regia” composta dagli attori istituzionali – Stato, Regioni, soggetti pubblici indipendenti coinvolti nell'attuazione della riforma – circa la realizzazione dei fondamentali obiettivi, di breve, medio e lungo periodo, perseguiti con l'intervento normativo, potrà assicurare alla riforma qui in esame il successo che merita.

Sul piano della tecnica normativa, peraltro, si suggerisce al Governo, come meglio si dirà analizzando l'art. 6 dedicato alle disposizioni transitorie, l'opportunità di inserire tutte le previsioni relative alla tempistica e alle modalità di prima applicazione del decreto legislativo qui in esame, appena menzionata, nell'articolo 6, appositamente dedicato alle norme transitorie.

Si procede ora all'esame del testo nei suoi singoli articoli.

§ 3. *Rilievi sull'articolato normativo.*

Articolo 1. *Elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio Sanitario Nazionale.*

L'articolo 1 dello schema di decreto legislativo reca la disciplina dell'elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio Sanitario Nazionale.

Tale disciplina, come si è anticipato nelle premesse di cui al § 1 e, ancor più dettagliatamente, si è veduto nelle considerazioni generali di cui al § 2, innova profondamente il sistema delineato dal d. lgs. n. 502 del 1992, di cui infatti viene abrogato dall'art. 9 dello schema qui in commento – alla cui più approfondita analisi, comunque, si rinvia – l'art. 3-*bis*, commi 1, commi da 3 a 7, comma 10 e comma 15.

Si sono già segnalati nella parte generale (§ 2) i problemi di coordinamento che comporta la previsione di un nuovo *corpus* normativo, come quello qui in esame, accanto alla disciplina generale tuttora dettata dall'art. 3-*bis* del d. lgs. n. 502 del 1992, con la conseguente opportunità di una *reductio ad unitatem*, in un testo unico, dell'intera materia.

Altri problemi frutto di questa opzione normativa non unitaria, relativi all'impatto della nuova disciplina sul d. lgs. n. 502 del 1992 e alle carenti o erronee previsioni

abrogative dell'art. 9 dello schema qui in esame, saranno affrontate in sede di commento a tale articolo.

Il nuovo intervento normativo, come anche ricorda la relazione illustrativa (p. 1) e la scheda di Analisi di impatto della regolazione – AIR (pp. 1-2), prosegue e, per così dire, porta a compimento il percorso di riforma già avviato dall'art. 4 del d.l. n. 158 del 2012 (c.d. decreto Balduzzi), che, innovando l'art. 3-*bis*, comma 3, del d. lgs. n. 502 del 1992, aveva già obbligato le singole Regioni, per la nomina del direttore generale, ad attingere ad un elenco costituito presso ogni singola Regione ovvero presso quelli analoghi istituiti in altre Regioni previo avviso pubblico e a seguito di selezione da svolgere in base a criteri e modalità individuati dalla Regione, aggiornato con cadenza biennale.

Il legislatore intende istituire, in sostituzione degli elenchi regionali (superati, ora per effetto, dall'abrogazione del comma 3 dell'art. 3-*bis* del d. lgs. n. 502 del 1992 disposto dall'art. 9 del decreto qui esame), un elenco nazionale al quale le singole Amministrazioni sanitarie devono attingere per la nomina dei direttori generali, con ciò rendendo maggiormente imparziale e trasparente, con un meccanismo unico a livello nazionale (e, dunque, almeno tendenzialmente insensibile alle dinamiche politiche dei singoli contesti regionali), il relativo procedimento di selezione.

Il procedimento selettivo finalizzato al conferimento dell'incarico mostra nelle sue linee portanti, come si è già accennato in sede di premesse (§ 1) e di considerazioni generali (§ 2), una *struttura bifasica* articolantesi su due livelli, quello nazionale (art. 1), appunto, e quello locale (art. 2).

L'articolo 1, comma 2, prevede infatti che, per quel che concerne i direttori generali delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio Sanitario Nazionale, l'istituzione, presso il Ministero della Salute, di un

elenco nazionale dei soggetti in possesso dei requisiti per la nomina di direttore generale, al quale si accede mediante avviso pubblico di selezione per titoli.

Ai fini della formazione dell'elenco di cui al comma 2, con decreto del Ministro della Salute, è nominata ogni due anni, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, una Commissione composta da cinque esperti di comprovata competenza ed esperienza, in particolare in materia di organizzazione e gestione aziendale, di cui due designati dal Ministro della Salute, uno con funzioni di Presidente scelto tra magistrati ordinari, amministrativi e contabili o avvocati dello Stato, uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, e due designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano.

Si rileva anzitutto che l'art. 1, comma 3, non presenta una formulazione del tutto chiara, poiché esso prevede che la Commissione sia composta da cinque esperti di comprovata competenza ed esperienza, «*di cui*», così essa testualmente recita, due designati dal Ministero della Salute, uno scelto tra i magistrati ordinari, amministrativi, contabili e avvocati dello Stato con funzioni di Presidente, uno dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e due designati dalla Conferenza permanente Stato-Regioni.

La formulazione del comma presta il fianco a dubbi e perplessità, poiché i componenti della Commissione complessivamente sono sei, comprendendovi il Presidente scelto tra i magistrati o gli avvocati dello Stato, e non già cinque, sicché appare preferibile la formulazione «*Commissione composta da sei membri, di cui uno con funzioni di Presidente scelto tra magistrati ordinari, amministrativi, contabili e avvocati dello Stato, e cinque esperti di comprovata competenza ed esperienza*», a meno di non ipotizzare che il legislatore delegato abbia inteso escludere il Presidente dalla composizione della commissione e dal numero dei suoi membri, ciò che apparirebbe, invero, alquanto anomalo e di difficile comprensione, quando ha comunque previsto, con

l'espressione «*di cui*», che anche egli sia un esperto di comprovata competenza ed esperienza.

I componenti della Commissione possono essere nominati una sola volta e restano in carica per il tempo necessario alla formazione dell'elenco e all'espletamento delle attività connesse e consequenziali.

Il legislatore ha voluto in questo modo, come si legge del resto espressamente nella relazione illustrativa, scongiurare il rischio di dare vita ad un organismo stabile e permanente, assicurando, invece, il continuo *turn over* della Commissione per fornire ulteriori garanzie in termini di trasparenza e di imparzialità della selezione.

In fase di prima applicazione, come prevede l'ultimo periodo del comma 2, la Commissione è nominata entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo.

L'elenco è aggiornato con cadenza biennale, è alimentato con procedure informatizzate, ed è pubblicato sul sito *internet* del Ministero della Salute.

Occorre segnalare al Governo la necessità di prevedere, espressamente, che la durata dell'elenco formato all'esito della selezione nazionale sia biennale o, quantomeno, mantenga la propria validità fino al successivo aggiornamento previsto ogni due anni, per prevenire contenziosi riguardanti la perdurante efficacia dell'elenco una volta scaduti i due anni senza che la Commissione sia riuscita ad aggiornare, all'esito di nuova selezione, l'elenco stesso.

L'art. 1, comma 4, prevede rigorosi *requisiti di ammissione* alla procedura idoneativa, previo avviso pubblico di selezione per titoli, innovando profondamente la disciplina in precedenza stabilita dall'art. 3-*bis*, comma 3, del d. lgs. n. 502 del 1992.

Alla selezione sono ammessi, infatti, i candidati che non abbiano compiuto 65 anni di età e che siano in possesso dei già prescritti requisiti della laurea magistrale e della comprovata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale, nel campo delle strutture sanitarie o settennale negli altri settori, con autonomia gestionale e diretta

responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, e ai quali sia stato altresì rilasciato apposito attestato all'esito del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria.

Il requisito dell'età, secondo la relazione illustrativa, risulta coerente con i più recenti indirizzi di politica legislativa, volti ad agevolare il ricambio generazionale e il ringiovanimento del personale nelle pubbliche amministrazioni.

In altri termini, con il requisito richiesto, si intendere bilanciare l'esigenza del trasferimento delle conoscenze e delle competenze acquisite nel corso della vita lavorativa con l'esigenza di assicurare il fisiologico ricambio di personale nelle amministrazioni, anche a livello apicale.

La specifica previsione di un particolare limite di età per determinati tipi di concorsi, da parte di una legge successiva alla l. n. 127 del 1997, comporta l'inapplicabilità di quanto previsto a livello generale per i concorsi indetti da pubbliche amministrazioni dall'art. 3, comma 6, della stessa l. n. 127 del 1997, secondo cui la partecipazione ai concorsi indetti da pubbliche amministrazioni non è soggetta a limiti di età (v., *ex plurimis*, Cons. St., sez. V, 30.5.2007, n. 2753).

La previsione del limite pari a 65 anni, d'altro canto, non pare irragionevole, ove si consideri che l'incarico non può avere durata inferiore a tre anni e superiore a cinque, sicché il candidato scelto non potrebbe superare l'età massima dei 70 anni.

La disposizione prevede, al punto b), che l'ulteriore requisito dell'esperienza dirigenziale debba essere riferito “*al settore sanitario*” anziché al solo campo delle sole «*strutture sanitarie*» pubbliche, come prevede l'abrogando art. 3-*bis*, comma 3, del d. lgs. n. 502 del 1992, e ciò al fine di non restringere eccessivamente la platea dei possibili candidati, come spiega la relazione illustrativa, e scongiurando, nel contempo, il rischio di escludere in radice dalla partecipazione alla selezione il personale che, pur non essendo mai stato impiegato in una struttura sanitaria pubblica, vanta comunque una significativa esperienza nel settore sanitario.

La previsione apre così la selezione dirigenziale alla partecipazione di personale proveniente dal mondo del *management* sanitario privato, favorendo un processo di *osmosi* tra l'esperienza di gestione nel settore privato e in quello pubblico.

Questa Commissione ha già segnalato sopra, nei rilievi di carattere generale (§ 2), le criticità connesse alla scelta di prevedere, tra i requisiti di ammissione, il possesso dell'attestato rilasciato all'esito del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria, escludendo la partecipazione a quanti non possano o non debbano, per essere già in possesso di altri titoli formativi (eventualmente equipollenti) o, comunque, di sufficienti cognizioni in materia, partecipare a tali corsi.

Si segnala al Governo l'opportunità di collocare il possesso dell'attestato tra i *criteri di valutazione* e, in particolare, nella lettera b) dell'art. 1, comma 6, valorizzandone l'importanza ai fini dell'assegnazione del punteggio tra i criteri specifici predefiniti nell'avviso pubblico di cui al comma 4.

In ogni caso molto opportunamente l'art. 1, comma 4, nella sua parte finale fa salvi gli attestati conseguiti alla data di entrata in vigore del decreto, ai sensi delle disposizioni previgenti e, in particolare, ai sensi dell'art. 3-*bis*, comma 4, del d. lgs. n. 502 del 1992, nonché quelli in corso di conseguimento secondo quanto previsto dallo stesso art. 3-*bis*, appena menzionato.

Il comma 5 dell'art. 1 prevede che i requisiti debbano essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione della domanda di ammissione.

Alle domande devono essere allegati il *curriculum* formativo e professionale e l'elenco dei titoli valutabili ai sensi del comma 6.

La partecipazione alla procedura di selezione è subordinata dall'art. 1, comma 5, al versamento ad apposito capitolo di bilancio di un contributo pari ad almeno 30 euro, non rimborsabile, e i relativi introiti sono riassegnati ad apposito capitolo di spesa dello stato di previsione del Ministero della Salute per essere destinati alle

spese necessarie per assicurare il supporto allo svolgimento delle procedure selettive e per la gestione dell'elenco degli idonei.

Nella propria relazione tecnica la Ragioneria Generale dello Stato sottolinea che tali somme verranno utilizzate per assicurare il necessario supporto tecnico alla procedura selettiva e alla gestione dell'elenco e delle relative procedure informatizzate.

La platea dei possibili soggetti interessati a partecipare alle procedure selettive, rileva la Ragioneria, è molto ampia, atteso che, secondo quanto risulta dalla tabella relativa all'anno 2013 del Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato, riferita al numero degli incarichi conferiti, gli organi di vertice degli enti pubblici del Servizio Sanitario Nazionale sono pari ad 875 e i direttori di struttura complessa sono pari ad 11.150.

La relazione illustrativa dello schema qui in commento pone in rilievo, al riguardo, la circostanza che il versamento del contributo di partecipazione non rimborsabile, pur non essendo previsto da una disposizione di carattere generale, è comunque contemplato da normative settoriali, quali, ad esempio, l'art. 1 del R.D. 21 ottobre 1923, n. 2361, relativo alla *“Determinazione della tassa per l'ammissione ai concorsi per gli impieghi degli enti locali”*, all'art. 4, comma 45, della l. n. 183 del 2011, che ha introdotto il pagamento del diritto di segreteria a carico dei partecipanti ai concorsi pubblici per il reclutamento dei dirigenti presso le pubbliche amministrazioni, l'art. 4, comma 15, del d.l. n. 101 del 2013, convertito, con modificazioni, dalla l. n. 125 del 2013, che ha stabilito l'estensione del pagamento di tale contributo anche ai concorsi per il reclutamento del personale di magistratura.

Questa Commissione speciale deve tuttavia osservare, al riguardo, che l'art. 4, comma 45, della l. n. 183 del 2011 prevede che *«per la partecipazione ai concorsi per il reclutamento del personale dirigenziale delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo n. 165 del 2001, e successive modificazioni, è dovuto un diritto di*

segreteria, quale contributo per la copertura delle spese della procedura», stabilendo che l'importo fissato dal bando sia compreso tra i 10 ed i 15 euro, ma esclude espressamente dalla sua applicazione le Regioni, le Province autonome, e gli enti, di rispettiva competenza, del Servizio Sanitario Nazionale nonché gli enti locali.

Si demanda al Governo di verificare se non vi sia un eccesso di delega, da questo punto di vista, posto che l'art. 11, comma 1, lettera p), della l. n. 124 del 2015 non prevede l'introduzione di tale contributo, espressamente escluso, anzi, dall'art. 4, comma 45, della l. 183/2011 per la partecipazione alle procedure selettive gli enti del Servizio Sanitario Nazionale.

Il comma 6 dell'art. 1 stabilisce che la Commissione procede alla valutazione dei titoli formativi e professionali e della comprovata esperienza dirigenziale, nel senso sopra precisato, assegnando un punteggio in base a criteri specifici predefiniti nell'avviso pubblico di cui al comma 4, considerando:

a) relativamente alla comprovata esperienza dirigenziale, la tipologia e la dimensione delle strutture nelle quali è stata maturata, anche in termini di risorse umane e finanziarie gestite, la posizione di coordinamento e di responsabilità di strutture con incarichi di durata non inferiore ad un anno, nonché eventuali provvedimenti di decadenza o provvedimenti assimilabili;

b) relativamente ai titoli formativi e professionali, l'attività di docenza svolta in corsi universitari e post-universitari presso istituzioni pubbliche e private di riconosciuta rilevanza, delle pubblicazioni e delle produzioni scientifiche degli ultimi cinque anni, il possesso di diplomi di specializzazione, dottorati di ricerca, *master*, abilitazioni professionali.

Il punteggio massimo complessivamente attribuibile dalla Commissione a ciascun candidato è di 100 punti e possono essere inseriti nell'elenco nazionale i candidati che abbiano conseguito un punteggio minimo non inferiore a 75 punti.

Come si è già anticipato nelle considerazioni generali, di cui al § 2, le Regioni, in seno alla Conferenza unificata Stato-Regioni, hanno peraltro suggerito di aggiungere, nell'articolo 1, comma 7, il seguente emendamento «*il punteggio è assegnato esclusivamente ai fini dell'inserimento del candidato nell'elenco nazionale*», con ciò intendendo chiarire come il suddetto punteggio non possa in alcun modo condizionare lo svolgimento della verifica svolta dalla Commissione regionale, orientata alla individuazione della rosa dei candidati sui quali il Presidente della Giunta effettuerà la propria scelta, assegnando l'incarico.

La proposta di emendamento, tuttavia, non sembra a questa Commissione speciale condivisibile, poiché, pur essendo indubbio che la valutazione della Commissione regionale sia e debba essere autonoma rispetto a quella della Commissione nazionale, essa non può comunque non tenere conto del punteggio assegnato in sede nazionale, quale elemento di partenza, per poi discostarsene sulla base di ulteriori elementi, soggettivi ed oggettivi, che saranno attentamente valutati e debitamente motivati.

La necessaria considerazione del punteggio assegnato in sede nazionale costituisce un elemento che pone un limite alla possibile *arbitrarietà* della procedura idoneativa, di cui si dirà, da parte della Commissione regionale, la quale effettua la verifica dei requisiti per titoli e colloquio dei candidati.

Questo Consiglio deve rilevare, peraltro, che l'art. 1, commi 6 e 7, non stabilisce espressamente quale sia il peso della comprovata esperienza dirigenziale e dei titoli formativi e professionali nell'assegnazione dei punteggi da parte della Commissione nazionale, lasciando all'ampia discrezionalità della Commissione sia la fissazione, nell'avviso pubblico, dei criteri specifici predefiniti sia l'assegnazione, in sede di singole valutazioni, del punteggio.

La calibrazione del punteggio tra il minimo di 75 e il massimo di 100 dovrebbe tuttavia essere meglio ponderata e definita dal legislatore delegato, stabilendo, ad

esempio, un criterio preferenziale secondo cui l'esperienza positiva pregressa in ruoli dirigenziali delle aziende sanitarie, certificata dalle competenti Amministrazioni, valga almeno un determinato numero di punti, così come anche il conseguimento di uno o più attestati di frequentazione ai corsi regionali, laddove si voglia assegnare ad essi natura di criterio valutativo anziché, come osservato, di requisito partecipativo.

Si segnala dunque al Governo l'opportunità di prevedere almeno taluni punteggi vincolati ad esperienze o titoli formativi particolarmente qualificanti, ad evitare una eccessiva dilatazione dei margini valutativi nell'assegnazione dei punteggi, senza con ciò mortificare, ovviamente, la discrezionalità tecnica della Commissione nell'apprezzamento delle pregresse esperienze e dei titoli per l'inserimento nell'elenco e per l'assegnazione del punteggio.

L'iscrizione nell'albo, del resto, nel disegno legislativo non è soltanto l'esito di un giudizio tecnico ancorato a parametri fissi, predefiniti dal legislatore, e quindi frutto di un potere vincolato, secondo lo schema classico norma/fatto/effetto, ma assume il contenuto e i connotati tipici di una vera e propria discrezionalità tecnica, esercitata anzitutto nel perseguimento di una finalità di interesse generale (trasparenza e imparzialità di una procedura idoneativa a livello nazionale secondo criteri meritocratici).

Ciò sembra comportare anche una significativa novità anche sul piano della tutela giurisdizionale, che dovrebbe essere ora demandata alla giurisdizione del giudice amministrativo proprio per la posizione di *interesse legittimo* che la posizione degli aspiranti viene ad assumere.

Non dà adito a rilievi, infine, la previsione di chiusura, di cui all'art. 1, comma 7, alla stregua della quale non possono essere reinseriti nell'elenco nazionale coloro che siano stati dichiarati decaduti dal precedente incarico di direttore generale per

le violazioni degli obblighi di trasparenza stabiliti dall'art. 2, comma 2, del medesimo schema del decreto legislativo qui in esame.

Articolo 2. Disposizioni relative al conferimento degli incarichi di direttore generale.

L'art. 2 dello schema di decreto legislativo qui in esame detta disposizioni in merito al conferimento degli incarichi di direttore generale da parte del Presidente della Regione.

È questa la seconda ed essenziale fase del procedimento di scelta, *a livello locale*, per il conferimento degli incarichi di direttore generale.

Fermo restando l'obbligo, per le Regioni e le Province autonome, di attingere esclusivamente dall'elenco nazionale per la nomina del direttore generale, infatti, la Regione a tal fine indice un avviso pubblico e nomina una Commissione regionale composta da esperti, indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti, ed uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.

Ritiene questa Commissione speciale che non debba trovare accoglimento la proposta di emendamento, suggerita in sede di Conferenza unificata Stato-Regioni, secondo cui uno degli esperti dovrebbe essere designato dalla Regione interessata, poiché la *ratio legis* è proprio intesa ad evitare che la composizione della Commissione, come anche la sua successiva valutazione, sia influenzata da logiche politiche particolaristiche e non da criteri meritocratici che l'indicazione degli esperti da parte di qualificate istituzioni scientifiche indipendenti e la designazione di un componente da parte dell'AGENAS dovrebbe, almeno in linea di principio, garantire.

La Commissione regionale così costituita effettua una valutazione per titoli e colloquio e propone al Presidente della Regione una terna di candidati nell'ambito dei quali viene scelto il soggetto che presenta i requisiti di competenza conformi alle caratteristiche dell'incarico da conferire, tenendo conto delle esigenze, delle

dimensioni, dei profili organizzativi dell'azienda sanitaria locale o azienda ospedaliera che presente la vacanza di incarico e delle pregresse esperienze professionali e dirigenziali, maturate dal candidato, tenendo conto anche di eventuali provvedimenti di accertamento della violazione degli obblighi in materia di trasparenza, al fine di garantire anche un'adeguata coerenza tra l'incarico da ricoprire e l'eventuale incarico di provenienza, nonché di conservare in capo alla Regione un certo margine di discrezionalità.

Nella terna proposta non possono essere inseriti coloro che abbiano ricoperto l'incarico di direttore generale, per due volte, presso la medesima azienda sanitaria locale, la medesima azienda ospedaliera o il medesimo ente del Servizio Sanitario Nazionale.

Il provvedimento di nomina, di conferma o di revoca del direttore generale deve essere motivato e pubblicato, oltre che nel sito *internet* della Regione o Provincia autonoma, anche in quello dell'azienda sanitaria locale o azienda ospedaliera interessate.

La durata dell'incarico di direttore generale non può essere inferiore a tre anni e superiore a cinque anni.

Alla scadenza dell'incarico o nell'ipotesi di decadenza e di mancata conferma dell'incarico, le Regioni procedono alla nuova nomina, previo espletamento delle procedure previste dall'articolo 2.

In caso di commissariamento delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio Sanitario Nazionale, il commissario è scelto tra i soggetti inseriti nell'elenco nazionale.

L'intervento del legislatore, come si legge nella relazione illustrativa, mira a riequilibrare i rapporti tra il vertice politico regionale e gli organi apicali delle aziende sanitarie al fine di slegare la nomina dei direttori generali dalla "fiducia politica" per agganciarla ad una valutazione di profilo tecnico finalizzata alla

selezione delle professionalità ritenute maggiormente competenti ed adeguate a ricoprire l'incarico.

La relazione illustrativa evidenzia con forza che la necessità dell'intervento è motivata, soprattutto, dal fatto che una quota rilevante dell'inefficienza organizzativa che ha caratterizzato la conduzione del Servizio Sanitario Nazionale in molte realtà regionali dipende dalle distorsioni che hanno caratterizzato la selezione e la scelta sia dei direttori generali delle aziende sanitarie che delle aziende ospedaliere.

L'intervento normativo muove quindi dalla *ratio* di procedimentalizzare il potere di nomina dei direttori generali, colmando una lacuna che, nel tempo, è stata giudicata quale concausa del crescente livello di politicizzazione delle nomine aziendali e ha visto, a più riprese, l'intervento della Corte costituzionale.

Il giudice delle leggi, nel censurare il sistema dello *spoils system* che proprio in questo specifico settore ha manifestato le sue più gravi criticità, ha sottolineato che il direttore generale dell'azienda sanitaria viene qualificato come una *figura tecnico-professionale* che ha il compito di perseguire, nell'adempimento di una obbligazione di risultato oggetto di un contratto di lavoro autonomo, gli obiettivi gestionali ed operativi definiti dal piano sanitario regionale, a sua volta elaborato in armonia con il piano sanitario nazionale, dagli indirizzi della Giunta, dal provvedimento di nomina e dal contratto di lavoro con l'amministrazione regionale.

La Corte ha in particolare affermato che l'imparzialità e il buon andamento dell'Amministrazione esigono che la posizione del direttore generale sia circondata da garanzie e che, in particolare, «*la dipendenza funzionale del dirigente non può diventare dipendenza politica*» (Corte cost., 19.3.2007, n. 104).

Deve quindi essere salutato e sottolineato con favore lo sforzo del legislatore finalizzato ad assicurare maggiore imparzialità e trasparenza alla fase della selezione

e della nomina delle figure apicali anche nella fase di valutazione demandata alla Commissione regionale.

Le stesse Regioni, in seno alla Conferenza unificata, hanno proposto un emendamento inteso, nella loro prospettiva, a meglio definire il ruolo e i compiti della Commissione regionale sia rispetto alle competenze spettanti alla Commissione nazionale sia rispetto al potere di nomina esercitato dal Presidente della Giunta Regionale, suggerendo che la Commissione regionale proponga al Presidente *«una rosa di candidati costituita da tutti coloro che, iscritti nell'elenco nazionale, hanno manifestato l'interesse all'incarico da ricoprire, segnalando coloro che presentano i requisiti maggiormente coerenti con le caratteristiche dell'incarico da retribuire»*.

La proposta di emendamento non è stata tuttavia recepita dallo schema di decreto legislativo qui in commento e, a parere di questo Consiglio, a ragion veduta.

Questa Commissione speciale, anche al fine di non ripetersi inutilmente, deve qui richiamare tutte le considerazioni espresse in sede di esame generale del provvedimento, non senza qui aggiungere alcuni rilievi specifici attinenti alla figura del direttore generale, nel nostro ordinamento, quale esce ridisegnata dall'art. 2 qui in esame.

La procedura di nomina del direttore generale di una azienda sanitaria implica una valutazione discrezionale sull'idoneità di questo a svolgere l'incarico affidatogli (Cass., Sez. Un. 11.2.2003, n. 2065) e, costituendo un atto con il quale la Regione assume una determinazione organizzativa generale espressiva di un *«potere di supremazia»*, è sindacabile in sede di giurisdizione generale di legittimità da parte del giudice amministrativo.

Le Sezioni Unite della Cassazione hanno chiarito che il rapporto in questione è, sì, di diritto privato, ma la nomina del direttore generale avviene previo esperimento di un procedimento amministrativo selettivo non concorsuale, con un atto discrezionale di alta amministrazione, manifestazione di poteri pubblicistici ai quali

sono correlati in capo al privato interessi legittimi (v. anche, sul punto, Cass., Sez. Un., 19.12.2014, ord. n. 26938).

In presenza di un procedimento amministrativo autoritativo, preordinato ad una selezione di tipo non concorsuale, mediante atto discrezionale di alta amministrazione (la legge espressamente escludendo la necessità di valutazioni comparative), l'aspirante non può vantare situazioni di diritto soggettivo rispetto alla scelta, ma soltanto di interesse legittimo, venendo in discussione non rapporti giuridici, connotati dalla coppia diritto-obbligo, ma esclusivamente la correttezza dell'azione amministrativa (Cass., Sez. Un., 18.12.2007, ord. n. 26631).

Proprio l'ampio margine di discrezionalità, tipico di questo atto di alta amministrazione, e la natura del procedimento selettivo in questione, che ha – come tutti quelli finalizzati alla nomina dei dirigenti sanitari – carattere idoneativo e non concorsuale, consigliano che l'intera procedura sia presidiata da garanzie che, pur salvaguardando la natura ampiamente discrezionale del conferimento dell'incarico da parte del Presidente della Regione, scongiurino il rischio di una sostanziale arbitrarietà di una scelta, non dettata – quanto meno prevalentemente – da ragioni meritocratiche e resa insindacabile, in sede di legittimità, dal giudice amministrativo.

L'incrementata procedimentalizzazione della procedura selettiva, che rimane pur sempre idoneativa, deve quindi essere apprezzata e salvaguardata, soprattutto nella misura in cui essa, appunto, stabilisce che nella terna di nomi il Presidente della Regione scelga quello «*che presenta requisiti maggiormente coerenti con le caratteristiche dell'incarico da attribuire*».

L'intervento legislativo tenta in questo modo di ancorare la scelta regionale quanto meno ad un criterio di *natura obbiettiva* e, cioè, la maggior rispondenza del candidato alle caratteristiche specifiche dell'incarico al quale è chiamato, riducendo il margine

di totale e incontrollata discrezionalità, se non di puro arbitrio, che può condizionarne negativamente la nomina da parte del vertice politico.

Il provvedimento di nomina, dunque, deve recare espressamente le ragioni di tale scelta, avuto riguardo a questo specifico criterio, ed essere ancora a ragioni obiettive, riconducibili al buon andamento e all'imparzialità della pubblica amministrazione.

Merita quindi apprezzamento, in quest'ottica, la previsione della motivazione espressa – conforme, del resto, alle generali previsioni dell'art. 3 della l. n. 241 del 1990 – di ogni provvedimento di nomina, conferma e revoca del direttore generale.

È opportuno ricordare, infatti, che natura analoga e speculare a quello di nomina, appena descritto, ha il provvedimento previsto dal citato art. 3-*bis*, comma 6, del d. lgs. n. 502 del 1992 e dall'art. 4 dello stesso schema che, abrogandolo, ne recepisce il contenuto, in base al quale le Regioni, trascorso diciotto mesi – in precedenza ventiquattro – dalla nomina e previa verifica dei risultati amministrativi e di gestione, dispongono la conferma dell'incarico o la risoluzione del relativo contratto, con la conseguenza che l'impugnazione da parte del direttore generale dell'atto di risoluzione rientra nella giurisdizione del giudice amministrativo (Cass., Sez. Un., 19.12.2014, ord. n. 26938).

Quella del direttore generale è, infatti e anzitutto, una *obbligazione di risultato*, che lo vede, cioè, impegnato a raggiungere i risultati fissati dal Piano sanitario regionale e dalle linee fissate in sede politica dalla Regione.

Il comma 5 dell'art. 2 ha sottoposto ad una stringente proceduralizzazione, «*previa contestazione e nel rispetto del principio del contraddittorio*» e «*con provvedimento motivato*», anche l'ipotesi di risoluzione del contratto di lavoro stipulato dal direttore generale per grave violazione di legge o dei principi di buon andamento o di imparzialità nonché per altri gravi comprovati motivi, ipotesi già disciplinate

dall'art. 3-*bis*, comma 7, del d. lgs. n. 502 del 1992, che viene abrogato, e ritenute sino ad oggi dalla Corte regolatrice della giurisdizione equiparabili alla risoluzione per inadempimento codicistica e coinvolgenti, perciò, situazioni di diritto soggettivo tutelabili davanti al giudice ordinario (v., per tutte, Cass., Sez. Un, 26.1.2011, n. 1767).

La procedimentalizzazione di questa ipotesi risolutiva del rapporto contrattuale, il cui esito è quello, espressamente previsto dal legislatore, di un provvedimento motivato da parte dell'Amministrazione, impone due rilevanti considerazioni.

La prima è che anche *la violazione degli obblighi in materia di trasparenza, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale*, oltre che ad una non oculata gestione con situazione di grave disavanzo o alle gravi violazioni di legge, regolamenti e dei principi di buon andamento e di imparzialità della pubblica amministrazione, assurge ora a motivo di risoluzione del rapporto, con immediata decadenza del direttore generale dell'incarico.

Il legislatore ha inteso, in questo modo, valorizzare anche in questo settore la fondamentale importanza degli *obblighi in materia di trasparenza*, in coerenza, del resto, con la filosofia ispiratrice dell'intera legge di delega, come ha ben posto in rilievo la stessa Sezione normativa nel parere 515 del 24.2.2016, e ha incluso anche le violazioni di tali obblighi tra i motivi di risoluzione del rapporto, tenendo presente, del resto, l'impellente necessità di contenere la spesa pubblica nel settore sanitario, dopo anni di inefficienze e di abusi.

Le funzioni del direttore generale, dunque, non implicano più soltanto una *obbligazione di risultato*, come pure ha affermato la sentenza della Corte costituzionale sopra richiamata, tipica del suo ruolo di *manager* pubblico dotato di alte capacità gestionali e obbligato a raggiungere determinati obiettivi, ma anche una *obbligazione di mezzi*, comportando che egli raggiunga gli obiettivi, di cui meglio si dirà, improntando il suo *agere* a quella trasparenza e a quella imparzialità, a quella

cristallinità che sono la massima espressione e prima manifestazione del buon andamento.

Questa Commissione speciale, pur consapevole che la previsione sia già contenuta letteralmente nell'art. 11, comma 1, lett. p), della l. n. 124 del 2015, ritiene solo di dover segnalare al legislatore delegato l'eccessiva ampiezza e genericità di espressioni come «*manifesta violazione di legge o regolamenti*», di cui all'art. 2, comma 5, dello schema, tanto ampia e indeterminata da comprendere ogni o, per converso, nessuna di tali violazioni, poiché l'utilizzo di tali clausole generali presta il fianco a forme di arbitrio nella revoca dei direttori generali, vanificando le più profonde ragioni della riforma, che sono già ampiamente salvaguardate dalle circostanziate e tassative ipotesi di risoluzione del rapporto, per cause ben determinate, previste dalla legislazione vigente e dallo schema di decreto legislativo qui analizzato.

La seconda considerazione che discende dall'esame della disposizione attiene, sul piano processuale, alla probabile ricaduta della nuova fattispecie in termini di giurisdizione, potendo ritenersi che la procedimentalizzazione dell'intera vicenda e la previsione di un provvedimento motivato, implicante delicate valutazioni anche sul rispetto di obblighi di trasparenza, finisca con il radicare la giurisdizione del giudice amministrativo, venendo il direttore generale a trovarsi in una posizione di *interesse legittimo* rispetto ad un provvedimento di recesso che presupponga l'esercizio di un potere risolutivo connesso alla riconosciuta esistenza, da parte dell'Amministrazione, di un uso *distorto* o *non trasparente* del potere organizzativo e gestionale spettante al direttore generale.

L'adozione di provvedimenti intesi a comminare, ai sensi dell'art. 52, comma 4, lettera d) della l. n. 289 del 2002, che richiama l'articolo 3, comma 2, lettera c), del d.l. 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, «*la decadenza automatica dei direttori generali nell'ipotesi di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico delle aziende sanitarie e ospedaliere nonché delle*

aziende ospedaliere autonome», espressamente prevista dall'art. 2, comma 6, dall'articolato qui in esame, dovrebbe anche essa spettare alla cognizione del giudice amministrativo.

La Corte costituzionale, nella sentenza n. 36 del 27.1.2005, ha stabilito che criteri interpretativi sistematici, nonché il puntuale richiamo al citato art. 3, comma 2, lettera c) del d.l. n. 347 del 2001, inducono a ritenere che *«al legislatore regionale compete comunque determinare i presupposti sostanziali e le forme procedurali per infliggere la predetta sanzione ai direttori generali»*, sicché si è al cospetto di una misura sanzionatoria che non elimina ogni spazio di autonomia legislativa ed organizzativa regionale, con conseguente ed evidente contenuto discrezionale, espressione di potestà pubblicistica, del relativo provvedimento.

L'unica ipotesi di risoluzione contrattuale, che dovrebbe residuare alla cognizione del giudice ordinario, è quella dell'accertamento, da parte della Regione, del mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali, costituente per il direttore generale *«grave inadempimento contrattuale»* e comportante *«la decadenza automatica dello stesso»*, prevista dall'art. 3-bis, comma 7-bis, del d. lgs. n. 502 del 1992, e mantenuta ferma sia dall'art. 2, comma 6, che dall'art. 9, comma 2, dello schema di decreto legislativo qui analizzato.

Le nuove disposizioni, nell'accentuare le garanzie procedurali e gli obblighi motivazionali, intendono valorizzare al massimo grado i principi di trasparenza e di imparzialità nella nomina, nella conferma e nella revoca del direttore generale.

La relazione illustrativa evidenzia, del resto, i rilevanti *tratti di specialità* di questa figura dirigenziale rispetto alle altre figure apicali dell'amministrazione e alle generali previsioni degli art. 19 e ss. del d. lgs. n. 165 del 2001, richiamando opportunamente la costante giurisprudenza delle Sezioni Unite della Cassazione (v., in particolare, Cass., Sez. Un., 18.12.2007, ord. n. 26631).

Il quadro normativo di riferimento, sul quale il provvedimento in esame incide profondamente, è dato, come si è premesso, dalle disposizioni del d. lgs. n. 502 del 1992, modificate dal d. lgs. 19 giugno 1999, n. 299, e del d.l. 27 agosto 1994, n. 512, convertito in l. 17 ottobre 1994, n. 590.

Il direttore generale dell'azienda sanitaria (persona giuridica pubblica), secondo il disegno normativo del d. lgs. n. 502 del 1992, è organo che rappresenta l'azienda (ente strumentale della regione), con tutti i poteri di organizzazione (adotta l'atto aziendale) e di responsabilità della gestione, compresi quelli di nomina dei direttori sanitario e amministrativo, nonché dei revisori; è nominato con provvedimento dell'ente di cui l'azienda è strumento, cioè della Regione (salvi i poteri sostitutivi statali in caso di inerzia nel termine previsto), con esclusivo riferimento alla sussistenza dei requisiti del diploma di laurea e dell'esperienza dirigenziale come definita dalla legge, senza necessità di valutazioni comparative (allo scopo è formato un elenco di idonei, previo avviso pubblico diretto alla presentazione delle domande di conferimento dell'incarico); con il nominato è stipulato un contratto di diritto privato, secondo uno schema definito da un d.P.C.M., e di lavoro autonomo esclusivo (d. lgs. n. 502 del 1992, art. 3, commi 1-*bis*, 1-*quater*, 1-*quinquies*; art. 3-*bis*, commi 1, 2, 8; art. 6; art. 13; d.l. n. 512 del 1994, art. 1).

La delicatezza delle funzioni svolte dal direttore generale fa sì che *«l'organo di vertice dell'ente non può prestare servizio in condizione di subordinazione»* e, quanto ai poteri di direttiva, controllo e di risoluzione del contratto (art. 3-*bis*, commi 6 e 7, del d. lgs. 502/1992), *«essi competono alla regione, ente diverso da quello nella cui organizzazione il direttore è inserito e per il quale le prestazioni sono rese»* (Cass., Sez. Un., 18.12.2007, ord. n. 26631).

L'esercizio di questi poteri, come anche di quello di nomina, deve essere sottratto, per quanto possibile, all'influenza di motivi condizionanti la scelta, le decisioni, e la conferma stessa del direttore stesso riconducibili alla volontà politica del solo

Presidente della Giunta Regionale, sia scongiurando il pericolo di *spoils system*, con la previsione di contratti aventi almeno durata triennale e soggetti a risoluzione soltanto per tassative ipotesi, rigorosamente procedimentalizzate per consentire il sindacato giurisdizionale amministrativo, anche con eventuale annullamento del recesso affetto da eccesso di potere per l'uso strumentale della risoluzione del contratto a fini politici.

La legge di delega ha quindi previsto per tutte le procedure di nomina, conferma e revoca procedimenti rigorosi, assistiti da forme di garanzie partecipative e di pubblicità, intese a garantire, come detto, la massima trasparenza e imparzialità.

Lo sforzo del legislatore delegato risponde ad una duplice finalità e, cioè, quella di garantire la rispondenza della nomina (della conferma o della revoca), pur nella loro riconosciuta forma di atti di alta amministrazione, a criteri di merito, nella massima trasparenza e imparzialità, a *tutela delle stesse funzioni esercitate dal direttore generale*, e dall'altra quella di ispirare l'esercizio di queste funzioni al *conseguimento dei fondamentali obiettivi* che sono propri del servizio sanitario, secondo il principio dell'amministrazione di risultato o del c.d. *diritto amministrativo prestazionale*.

In questa prospettiva assumono un particolare rilievo le disposizioni dell'art. 2, commi 2, 3 e 4, dello schema del decreto legislativo qui in esame, attuative di un peculiare principio espresso dall'art. 11, comma 1, lett. p), della l. n. 124 del 2015, laddove contempla un «*sistema di verifica e di valutazione dell'attività dei direttori generali che tenga conto del raggiungimento degli obiettivi sanitari e dell'equilibrio economico dell'azienda, anche in relazione alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza e dei risultati del programma nazionale valutazione esiti dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali*».

Il comma 2 stabilisce, anzitutto, che all'atto di nomina di ciascun direttore generale le Regioni e le Province autonome definiscono e assegnano, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi con riferimento alle relative risorse, gli obiettivi di trasparenza, finalizzati a rendere i

dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per il cittadino, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale, da indicare sia in modo aggregato che analitico, tenendo conto dei canoni valutativi di cui al successivo comma 3.

Quest'ultimo comma stabilisce che, al fine di assicurare omogeneità nella valutazione dell'attività dei direttori generali, entro 120 giorni dalla data di entrata in vigore del decreto, con Accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, siano definiti i criteri e le procedure per valutare e verificare tale attività, tenendo conto:

- a) del raggiungimento di obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, all'ottimizzazione dei servizi sanitari e al rispetto degli obiettivi economico-finanziari e di bilancio concordati, avvalendosi dei dati e degli elementi forniti dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali;
- b) della garanzia dei livelli essenziali di assistenza e dei risultati del programma nazionale valutazione esiti dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali;
- c) degli adempimenti in materia di appropriatezza delle prescrizioni mediche, di cui all'art. 9-*quater*, comma 6, del d.l. n. 78 del 2015, convertito, con modificazioni, dalla l. n. 125 del 2015;
- d) degli obblighi in materia di trasparenza, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale.
- e) degli ulteriori adempimenti previsti dalla legislazione vigente.

Il successivo comma 4 stabilisce che il procedimento di *monitoraggio* sull'attività del direttore generale verifichi, appunto, i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi, sin qui elencati, di cui ai commi 2 e 3, e in caso di esito negativo si concluda, previa contestazione e nel rispetto del principio del

contraddittorio, con la decadenza immediata dall'incarico e la risoluzione del relativo contratto.

A questa ipotesi di decadenza si aggiungono poi quelle, già esaminate, dei commi 5 e 6.

Con la disposizione di chiusura, dettata dal comma 7, il legislatore ha previsto che i provvedimenti di decadenza di cui ai commi 4 e 5 e quelli di decadenza automatica di cui al comma 6 sono comunicati al Ministero della Salute ai fini della cancellazione dall'elenco nazionale del soggetto decaduto dall'incarico.

Fermo restando quanto disposto dal comma 6, lettera a), dell'articolo 1 dell'articolato, secondo cui la Commissione nazionale, nell'assegnazione del punteggio, valuta «*eventuali provvedimenti di decadenza*», i direttori generali decaduti possono essere reinseriti nell'elenco esclusivamente previa nuova selezione.

Questa Commissione speciale deve rilevare, richiamando anche qui, in estrema sintesi, le considerazioni generali già svolte al § 2, che il nodo più problematico e sostanzialmente irrisolto dell'art. 2 e, più complessivamente, della riforma, che denota una non completa e non sufficiente attuazione dei principi contenuti nella legge di delega, sta proprio nella mancata individuazione di più specifiche modalità attraverso le quali la dirigenza sanitaria dovrebbe assicurare e perseguire i livelli essenziali di assistenza.

La generica previsione dell'art. 2, comma 3, lett. b), appare invero insufficiente a comprendere e, soprattutto, a regolare questo delicato aspetto, connesso non solo al fondamentale operato della dirigenza pubblica, ma all'essenza stessa del diritto alla salute nell'ottica di una amministrazione di risultato effettivamente rispondente ai bisogni primari della collettività secondo basilari coordinate costituzionali.

Si raccomanda pertanto al Governo l'opportunità di valutare, anche in sede di un eventuale e futuro testo unico, la considerazione di tali aspetti, per impegnare i direttori generali al rispetto dei livelli essenziali di assistenza secondo coordinate

precise e cogenti, necessarie ad evitare fenomeni di inefficienza e corruzione, alla quale la riforma, pur in modo del tutto condivisibile, ha inteso porre rimedio.

E ciò, occorre solo qui aggiungere, in un contesto di grave crisi economica, che ha indotto più volte il Governo e il Parlamento ad adottare misure normative intese a contenere e a razionalizzare la spesa sanitaria, proprio a cagione delle gravi inefficienze registratesi negli ultimi due decenni nel settore sanitario.

Articolo 3. (*Aziende ospedaliero universitarie*).

L'articolo prevede che le disposizioni di cui al citato art. 1 (*Elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio Sanitario Nazionale*) e art. 2 (*Disposizioni relative al conferimento degli incarichi di direttore generale*) si applichino anche alle aziende ospedaliero-universitarie, ferma restando, per la nomina del direttore generale, l'intesa del Presidente della Regione con il Rettore.

L'ultimo periodo dell'art. 11, comma 1, lettera p), della legge n. 124 del 2015 demanda al decreto legislativo anche la «*definizione delle modalità per l'applicazione delle norme adottate in attuazione della medesima lettera p) alle aziende ospedaliero-universitarie*» le quali, come è noto, sono dotate di autonoma personalità giuridica e concretano la principale collaborazione fra Servizio Sanitario Nazionale e Università (v., in particolare, l'art. 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, recante la disciplina dei rapporti fra Servizio Sanitario Nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419).

La delega è attuata con un pieno rinvio alle disposizioni dei due precedenti articoli, «*ferma restando per la nomina del direttore generale l'intesa del Presidente della Regione con il Rettore*».

L'intesa con la Regione è attualmente prevista – in un contesto ordinamentale che verrà modificato dal presente decreto legislativo *in itinere* – dall'art. 4, secondo

comma, primo periodo del citato d. lgs. n. 517 del 1999, che però non indica – come fa invece il presente articolo 3 dello schema – specificamente come organo regionale dell'intesa «*il presidente della regione*», bensì «*la regione*», senza ulteriori specificazioni («*Il direttore generale è nominato dalla regione, acquisita l'intesa con il rettore dell'università*»).

L'assenza di specificazioni di cui al citato art. 4, secondo comma, primo periodo del citato decreto legislativo n. 517 del 1999 appare più conforme all'autonomia regionale delineata dall'art. 117, terzo comma, della Costituzione, che nella materia oggetto di legislazione concorrente quale è quella della “tutela della salute” attribuisce alle Regioni la potestà legislativa «*salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato*».

È da escludere che l'indicazione dello specifico organo regionale al quale demandare l'intesa col Rettore ai fini della nomina del direttore generale di un'Azienda ospedaliero-universitaria (e del relativo procedimento, che la Regione, nella sua autonomia concorrente di cui all'art. 117 della Costituzione, potrebbe inserire in un delibera di Giunta o arricchire dell'apporto del consiglio regionale) possa annoverarsi tra i principi generali riservati, in materia di legislazione concorrente, allo Stato.

Si rimette quindi al Governo l'opportunità di valutare che, nel rispetto, del principio espresso nell'art. 117, comma terzo, della Costituzione, l'art. 3 in esame sia così riformulato: «*Le disposizioni di cui agli articoli 1 e 2 si applicano anche alle aziende ospedaliero universitarie, ferma restando per la nomina del direttore generale l'intesa della Regione con il Rettore*».

Articolo 4 (*Disposizioni per il conferimento dell'incarico di direttore sanitario, direttore amministrativo e, ove previsto dalle leggi regionali, di direttore dei servizi socio- sanitari delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio Sanitario Nazionale*).

L'art. 4 attua, in un unico e corposo comma, la parte della delega che indica una *«selezione per titoli e colloquio, previo avviso pubblico, dei direttori amministrativi e dei direttori sanitari, nonché, ove previsti dalla legislazione regionale, dei direttori dei servizi socio-sanitari, in possesso di specifici titoli professionali, scientifici e di carriera, effettuata da parte di commissioni regionali composte da esperti di qualificate istituzioni scientifiche, per l'inserimento in appositi elenchi regionali degli idonei, aggiornati con cadenza biennale, da cui i direttori generali devono obbligatoriamente attingere per le relative nomine»*.

Lo scopo della delega è quello di incidere, con connotazione più selettiva e meritocratica, sull'attuale sistema, che vede nella scelta di quei dirigenti un'ampia discrezionalità del direttore generale (v. art. 3, comma 1-*quinquies*, del d. lgs. n. 502 del 1992, aggiunto dall'art. 3, comma 1, del d. lgs. n. 229 del 1999).

L'articolo mantiene per il direttore generale il potere di nomina del direttore amministrativo e del direttore sanitario ora previsto nell'articolo 3, comma 1-*quinquies*, del d. lgs. n. 502 del 1992 e aggiunge, conformemente alla espressa previsione della delega, *«ove previsto dalle leggi regionali, il direttore dei servizi socio-sanitari»*.

Quest'ultima figura invero non è contemplata specificamente nel d. lgs. n. 502 del 1992, ma è implicitamente prevista nella normativa statale, che in effetti ne demanda la disciplina alla normazione regionale, come prevedono l'art. 3, comma 1-*quinquies*, e l'art. 3-*septies* del d. lgs. n. 502 del 1992 nonché il d.P.C.M. 14 febbraio 2001, *“Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”*.

L'articolo 4 ora in esame prevede espressamente, in via generale, il rispetto dei principi di trasparenza, di cui al decreto legislativo 24 marzo 2013, n. 33 (sul riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni) e di cui all'articolo 1, comma 522 (che dispone regole specifiche di trasparenza per gli enti del Servizio Sanitario Nazionale ivi specificati) della legge 28 dicembre 2015, n. 208

(“*Legge di stabilità 2016*”), e nello specifico, ispirandosi all’attuale sistema della scelta dei direttori generali delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale previsto nell’articolo 3-*bis*, comma 3, del d. lgs. n. 502 del 1992:

a) impone che le nomine siano effettuate attingendo obbligatoriamente da elenchi regionali di idonei, anche di altre Regioni, appositamente costituiti, previo avviso pubblico e selezione per titoli e colloquio;

b) che avviso pubblico e selezione siano effettuati da una commissione nominata dalla regione, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, e composta da esperti di qualificate istituzioni scientifiche, di comprovata professionalità e competenza nelle materie oggetto degli incarichi; e che la commissione valuti i titoli formativi e professionali, scientifici e di carriera presentati dai candidati, secondo specifici criteri indicati nell’avviso pubblico;

c) che i criteri siano definiti, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore dallo schema di decreto legislativo qui in esame, con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, fermi restando i requisiti previsti per il direttore amministrativo e il direttore sanitario dall’art. 3, comma 7 e dall’art. 3-*bis*, comma 9, del d. lgs. n. 502 del 1992, e successive modificazioni;

d) l’aggiornamento biennale dell’elenco;

e) la durata dell’incarico (non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni);

f) la eventuale decadenza – stabilita dal direttore generale con provvedimento motivato, previa contestazione e nel rispetto del principio del contraddittorio «*in caso di manifesta violazione di leggi o regolamenti e del principio di buon andamento e di imparzialità della amministrazione*» – così come espressamente previsto dalla norma delegante; e la sostituzione con le procedure di cui al presente articolo.

In ordine al preliminare richiamo al rispetto dei principi di trasparenza di cui al d. lgs. n. 33 del 2013 (sul riordino della disciplina riguardante gli obblighi di

pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni) e all'art. 1, comma 522, della "*legge di stabilità 2016*", si osserva che risulta prossimo alla emanazione il decreto legislativo (sul quale questo Consiglio di Stato ha espresso il parere di legge) il quale, in attuazione dell'art. 7 della medesima legge-delega n. 124/2015 cui pure dà attuazione il presente schema di articolato, recherà la revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, modificando e integrando la legge 6 novembre 2012, n. 190 ("*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*") e il citatod. lgs. n. 33 del 2013.

Ciò imporrà, in sede di stesura definitiva del presente articolo 4, una sostituzione del richiamo al d. lgs. n. 33 del 2013 con il richiamo al nuovo decreto legislativo.

Pure sotto il profilo generale si osserva che il comma unico dell'art. 4 in esame reca una disciplina ampia e relativamente organica della materia, sicché, sotto il profilo di tecnica redazionale, l'unico comma dell'articolo qui in esame appare comprimere, a discapito della chiarezza, la normazione.

Questa, data l'ampiezza e l'importanza del tema trattato, potrebbe addirittura essere inserita in apposito capo, suddiviso in articoli, dell'emanando decreto legislativo.

Ma, ove il Governo valuti quell'opzione eccessivamente dispersiva, chiarezza d'esposizione parrebbe imporre la suddivisione del presente articolo in commi, corrispondenti alle materie disciplinate, che indicativamente si sottolineano:

- 1) il potere di nomina da parte del direttore generale;
- 2) gli elenchi regionali di idonei e il loro aggiornamento con cadenza biennale (quest'ultimo previsto nel presente articolo 4, a discapito della chiarezza, in altra e lontana collocazione dell'unico comma, dopo la parte che ribadisce il permanere dei requisiti previsti per il direttore amministrativo e il direttore sanitario dall'art. 3,

comma 7, e dall'art. 3-*bis*, comma 9, del d. lgs. n. 502 del 1992, e successive modificazioni);

3) la Commissione cui è demandata la procedura selettiva;

4) la procedura stessa;

5) i criteri di valutazione dei titoli indicati nell'avviso pubblico, che l'articolo in esame prevede siano definiti, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo qui in esame, con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano [questa previsione parrebbe meglio collocata, con indicazione nel corpo del presente articolo 4, nelle disposizioni transitorie, che lo schema pone all'art. 6 , ma che parrebbe meglio posto collocato nella parte finale dell'articolato: v. *infra*)];

6) il citato (v. il precedente secondo *alinea*) permanere dei requisiti previsti per il direttore amministrativo e il direttore sanitario dall'art. 3, comma 7, e dall'art. 3-*bis*, comma 9, del d. lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni;

7) la durata dell'incarico dei direttori oggetto dell'articolo e la loro eventuale decadenza e sostituzione.

A tale ultimo riguardo, richiamando le osservazioni generali già svolte *supra* nel § 2, si segnala al Governo l'opportunità di prevedere anche per i direttori amministrativi e sanitari, in puntuale attuazione dei principi contenuti nella legge di delega, che la revoca sia comminata «*previa contestazione di gravi inadempienze, stabilite dalla legge regionale, e nel rispetto del principio del contraddittorio*», ferma restando la generale disposizione dell'art. 3-*bis*, comma 8, del d. lgs. n. 502 del 1992, non abrogata dall'art. 9 dello schema qui in esame.

Sulle specifiche previsioni si osserva, in positivo, che l'articolo in esame prevede espressamente l'utilizzazione, per le nomine, anche di elenchi di idonei di altre Regioni.

Questa espressa previsione non si riscontra nella legge di delega, ma è contenuta nell'attuale disciplina della nomina dei direttori generali delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale contenuta nel citato articolo 3-*bis*, comma 3, del d. lgs. n. 502 del 1992.

Si ritiene che ciò non comporti violazione della delega, ma ne rispetti invece lo spirito di selettività e meritocrazia, poiché l'utilizzazione, per le nomine, anche di elenchi di idonei di altre Regioni consente di ampliare le professionalità a disposizione della scelta.

Quanto alla proposta emendativa della Conferenza unificata Stato-Regioni, di contenuto eguale a quella suggerita per l'art. 2, *mutatis mutandis*, comportante la designazione di un membro della Commissione regionale da parte della Regione e la previsione di un'ampia rosa di candidati all'interno della quale il Presidente della Regione dovrebbe scegliere, si rinvia, per evitare inutili ripetizioni, alle considerazioni già svolte sull'analogo emendamento all'art. 2, osservandosi qui solo che proprio il richiamato spirito di selettività e meritocrazia debba indurre a respingere tale proposta.

Circa la tempistica di prima attuazione si ribadisce la considerazione di massima, già fatta all'inizio nelle considerazioni generali di cui al § 2, che sarebbe opportuno inserire tutta la normativa di prima applicazione del decreto legislativo nell'articolo 6, appositamente dedicato alle norme transitorie.

In proposito questa Commissione speciale osserva altresì che, diversamente da quanto previsto per il direttore generale agli artt. 1 e 2, che recano per la prima attuazione scadenze precise (cfr., in particolare, l'art. 1, comma 3, ultimo periodo, quanto alla nomina della commissione cui è demandata la formazione dell'elenco nazionale; art. 1, comma 4, primo periodo, quanto alla formazione dell'elenco nazionale; art. 1, comma 4, lettera c), quanto alla definizione delle caratteristiche principali dei corsi; art. 2, comma 3, quanto alla definizione dei criteri e delle

procedure di valutazione verifica dell'attività dei direttori generali), relativamente alla prima attuazione delle nuove disposizioni per il conferimento dell'incarico di direttore sanitario, direttore amministrativo e, ove previsto dalle leggi regionali, di direttore dei servizi socio-sanitari, l'unico termine previsto è quello, di 120 giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo, per la definizione, con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, dei criteri di valutazione dei titoli formativi e professionali, scientifici e di carriera presentati dai candidati.

Questa assenza di termini di prima attuazione potrebbe comportare, quanto alle nomine in esame, lo stallo della riforma a tempo indefinito e il permanere dell'attuale sistema, come del resto sarebbe consentito espressamente nell'articolo 6 citato, dedicato alle disposizioni transitorie, il quale prevede che fino "all'istituzione" (su questo termine v. *infra* nella parti dedicate agli articoli 6 e 9) dell'elenco nazionale e degli elenchi regionali di cui rispettivamente ai citati artt. 1 e 4, si applicano, per il conferimento degli incarichi di direttore generale, di direttore amministrativo, di direttore sanitario e, ove previsto dalle leggi regionali, di direttore dei servizi socio-sanitari, delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio Sanitario Nazionale, le procedure vigenti alla data di entrata in vigore del decreto legislativo.

Articolo 5. (Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità dell'incarico di direttore generale, di direttore sanitario, di direttore amministrativo e, ove previsto dalle leggi regionali, di direttore dei servizi socio- sanitari).

La disposizione prevede che, fermo restando quanto previsto in materia di inconferibilità e di incompatibilità, dagli artt. 3, 8 e 10 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 ("Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1,

commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190”) e dall’articolo 3, comma 11 (sulla inconfiribilità della nomina a direttore generale, direttore amministrativo o direttore sanitario delle unità sanitarie locali per i sottoposti a sottoposti a procedimento penale per delitto per il quale è previsto l’arresto obbligatorio in flagranza, a misura di prevenzione, a misura di sicurezza detentiva o a libertà vigilata), del d. lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni, l’incarico di direttore generale, di direttore amministrativo, di direttore sanitario e, ove previsto dalle leggi regionali, di direttore dei servizi socio-sanitari, è incompatibile con la sussistenza di altro rapporto di lavoro, dipendente o autonomo.

Si osserva che la delega non comprende la inconfiribilità e incompatibilità dell’incarico di direttore generale, di direttore sanitario, di direttore amministrativo e di direttore dei servizi socio-sanitari.

La materia pertanto, allo stato, dovrebbe restare disciplinata dalla normativa vigente, e segnatamente:

a) quanto al direttore generale, dall’articolo 3-bis, comma 10, del d. lgs. n. 502 del 1992 («*La carica di direttore generale è incompatibile con la sussistenza di altro rapporto di lavoro, dipendente o autonomo*»: testo peraltro riprodotto, con estensione anche al direttore sanitario, al direttore amministrativo e il direttore dei servizi socio-sanitari, nel presente articolo 5);

b) quanto al direttore generale, al direttore sanitario e al direttore amministrativo dal successivo comma 11 del citato articolo 3-bis («*La nomina a direttore generale, amministrativo e sanitario determina per i lavoratori dipendenti il collocamento in aspettativa senza assegni e il diritto al mantenimento del posto. L’aspettativa è concessa entro sessanta giorni dalla richiesta. Il periodo di aspettativa è utile ai fini del trattamento di quiescenza e di previdenza. Le amministrazioni di appartenenza provvedono ad effettuare il versamento dei contributi previdenziali e assistenziali comprensivi delle quote a carico del dipendente, calcolati sul trattamento economico corrisposto per l’incarico conferito nei limiti dei massimali di cui all’articolo*

3, comma 7, del decreto legislativo 24 aprile 1997, n. 181, e a richiedere il rimborso di tutto l'onere da esse complessivamente sostenuto all'unità sanitaria locale o all'azienda ospedaliera interessata, la quale procede al recupero della quota a carico dell'interessato”), comma la cui vigenza, peraltro, è fatta salva dal successivo articolo 9, comma 2, del presente schema;

c) quanto al direttore dei servizi socio-sanitari, dai singoli ordinamenti regionali.

Appare pertanto preferibile per ragione di correttezza giuridica e chiarezza normativa – e ferma restando l'esigenza, già rilevata in sede di osservazioni generali (v., *supra*, al § 2), di un riordino della materia mediante testo unico compilativo ai sensi dell'art. 17-*bis* della l. n. 400 del 1988 – che l'articolo sia così riformulato:

«1. In materia di inconferibilità e di incompatibilità si applicano all'incarico di direttore generale, di direttore amministrativo, di direttore sanitario e, ove previsto dalle leggi regionali, di direttore dei servizi socio-sanitari, le disposizioni vigenti».

Proprio in considerazione di questi rilievi dovrebbe, perciò, essere espunta dal successivo articolo 9 l'abrogazione del citato articolo 3-*bis*, comma 10, del d. lgs. n. 502 del 1992.

Art. 6. (*Disposizioni transitorie*).

La disposizione prevede che, fino all'istituzione dell'elenco nazionale e degli elenchi regionali di cui rispettivamente agli articoli 1 e 4, si applichino, per il conferimento degli incarichi di direttore generale, di direttore amministrativo, di direttore sanitario e, ove previsto dalle leggi regionali, di direttore dei servizi socio-sanitari, delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio Sanitario Nazionale, le procedure vigenti alla data di entrata in vigore del decreto legislativo.

Va rilevato preliminarmente che – espressamente nella previsione dell'art. 1, comma 2, dell'articolato («È istituito, presso il Ministero della salute, l'elenco nazionale dei

soggetti idonei alla nomina di direttore generale [...]») e, implicitamente, nella previsione dell'art. 4 («*Il direttore generale nomina il direttore amministrativo, il direttore sanitario e [...]il direttore dei servizi socio-sanitari, attingendo obbligatoriamente agli elenchi regionali di idonei, anche di altre regioni, appositamente costituiti, previo avviso pubblico e selezione per titoli e colloquio, effettuati da una commissione nominata dalla regione»*) – l'istituzione dell'elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale e degli elenchi regionali dei soggetti idonei alla nomina di direttore amministrativo, direttore sanitario e direttore dei servizi socio-sanitari coincide con l'entrata in vigore del nuovo decreto legislativo.

Ne consegue che, perché la disposizione in esame possa avere un senso, deve ritenersi che essa, col termine “istituzione”, intenda riferirsi alla “*costituzione*” degli elenchi (lessico, questo, espressamente utilizzato col termine “*appositamente costituiti*” che figura nel citato art. 4 e coincidente col lessico “*formazione*” dell'elenco, utilizzato nell'art. 1, commi 3 e 4).

La disposizione dovrebbe pertanto essere adeguatamente riformulata.

Ciò premesso, in proposito si ribadiscono le osservazioni già svolte con riferimento a tutte le disposizioni transitorie del presente schema (che andrebbero unitariamente inserite in un articolo ad esse dedicato) e con riferimento alla opportunità di indicare un'adeguata tempistica transitoria anche per la prima attuazione delle nuove disposizioni per il conferimento dell'incarico di direttore sanitario, direttore amministrativo e di direttore dei servizi socio- sanitari.

Art. 7. (Competenze delle regioni a statuto speciale e delle province autonome).

L'articolo 7, conformemente alla previsione della legge delega, precisa che le disposizioni del decreto legislativo costituiscono principi fondamentali ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione, e si applicano alle regioni a statuto speciale e

alle province autonome secondo le procedure previste dai rispettivi statuti speciali e dalle relative norme di attuazione.

La proposta emendativa della Conferenza unificata Stato-Regioni, che subordina l'applicazione del decreto qui in esame alla compatibilità delle sue disposizioni agli statuti e alle norme attuative delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome, non pare a questa Commissione speciale che possa trovare accoglimento, poiché la sua formula appare indebitamente restrittiva dell'operatività che ai principi fondamentali della legge di delega e, quindi, alla normativa delegata che li attua assegna l'art. 117 Cost.

Sul contenuto di tale articolo, quindi, non si hanno rilievi da formulare.

Art. 8. (Disposizioni finanziarie).

L'articolo qui in esame prevede la totale gratuità della partecipazione alla Commissione nazionale, di cui all'art. 1 e alle Commissioni regionali di cui agli artt. 2 e 4; e la invarianza finanziaria dell'emanando decreto legislativo.

Si osserva che la specifica delega legislativa non reca questa limitazione, pur essendo il contenimento dei costi un'esigenza totalmente condivisibile nella nota attuale contingenza.

L'invarianza finanziaria è diffusamente analizzata nella Relazione tecnica allo schema di articolato – che sul punto ha avuto riscontro positivo dalla Ragioneria generale dello Stato – e nell'Analisi di impatto della regolamentazione (Sezione 5 - D).

Art. 9. (Abrogazioni).

L'articolo 9 reca il seguente testo:

«1. A decorrere dalla data di istituzione dell'elenco nazionale di cui all'articolo 1, sono abrogate le disposizioni del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, di cui all'articolo 3-bis, comma 1, commi da 3 a 7, comma 10 e comma 15. Tutti i riferimenti

normativi ai commi abrogati dell'articolo 3-bis devono, conseguentemente, intendersi come riferimenti alle disposizioni del presente decreto.

2. Restano altresì ferme, in ogni caso, le disposizioni recate dai commi 2, 7-bis, 8, 9, e da 11 a 14 dell'articolo 3-bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, non abrogate dal presente decreto».

Relativamente al comma 1 questa Commissione speciale ribadisce quanto già rilevato con riferimento al precedente articolo 6.

Nella previsione dell'art. 1, comma 2, dell'articolato qui in esame l'istituzione dell'elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale coincide con l'entrata in vigore del nuovo decreto legislativo.

Ne consegue che l'abrogazione delle disposizioni relative al direttore generale contenute nell'art. 3-*bis* del d. lgs. n. 502 del 1992 incompatibili con l'attivazione "a regime" del nuovo ordinamento (perché relative a: requisiti per la nomina: comma 1; all'elenco regionale degli idonei alla nomina a direttore generale: comma 3; ai corsi di formazione: comma 4; alla valutazione dell'attività dei direttori generali: comma 5; alla verifica dei risultati: comma 6; alla decadenza del direttore generale: comma 7; alla incompatibilità della carica di direttore generale con la sussistenza di altro rapporto di lavoro, dipendente o autonomo: comma 10; alla proroga provvisoria dei contratti con i direttori generali in carica: comma 15) debba intendersi riferita, propriamente, non alla "istituzione", ma alla "costituzione" dell'elenco (definita "formazione" nell'art. 1, commi 3 e 4).

Il comma 2 dell'articolo in esame esplicita espressamente la permanenza in vigore delle disposizioni del medesimo articolo 3-*bis* del decreto legislativo n. 502/1992 e, cioè, quelle relative: alla nomina del direttore generale entro sessanta giorni dalla data di vacanza dell'ufficio, termine scaduto il quale si applicano le norme in materia di poteri governativi di sostituzione di cui al precedente art. 2, comma 2-*octies* (articolo 3-*bis* citato, comma 2); alla decadenza automatica del direttore

generale in caso di accertamento da parte della Regione del mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali (articolo 3-*bis* citato, comma 7-*bis*); alla natura esclusiva e privatistica e alla durata (non inferiore a tre e non superiore a cinque anni, rinnovabile) del rapporto di lavoro del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario, alle cause di risoluzione del rapporto con il direttore amministrativo e il direttore sanitario, al trattamento economico del direttore generale, del direttore sanitario e del direttore amministrativo (articolo 3-*bis* citato, comma 8); alla possibilità di subordinare il conferimento dell'incarico di direttore amministrativo alla frequenza di un corso di formazione (articolo 3-*bis* citato, comma 9); alla normazione sul collocamento in aspettativa senza assegni e il diritto al mantenimento del posto per i lavoratori dipendenti in caso di nomina a direttore generale, amministrativo e sanitario (articolo 3-*bis* citato, comma 11); alla normazione sulla contribuzione finalizzata all'assicurazione generale obbligatoria e alle forme sostitutive ed esclusive della medesima (articolo 3-*bis* citato, comma 12); alla valutazione dell'attività dei direttori generali (articolo 3-*bis* citato, comma 13, che peraltro rinvia al precedente comma 5 dello stesso articolo 3-*bis*, oggetto di abrogazione nel comma 1 del presente articolo 9 dell'articolato: v. *supra*); al rinvio alla normativa sul rapporto di lavoro e all'assunzione presso le amministrazioni pubbliche (articolo 3-*bis* citato, comma 14).

Si deve ancora una volta ribadire quanto rilevato in sede di osservazioni generali e, cioè, che la frammentazione del quadro normativo in materia, ben evidente dall'analisi della disposizione in esame relativa alle abrogazioni, rende alquanto difficile, disomogenea e, come si dirà, talvolta contraddittoria la ricostruzione della disciplina, in contrasto con la finalità di chiarezza, semplificazione ed omogeneità che pure anima la riforma.

Questa Commissione speciale deve osservare poi che, mentre il comma 1 qui in esame abroga espressamente il citato articolo 3-*bis*, comma 5, del d. lgs. n. 502/1992, sulla valutazione dell'attività dei direttori generali, il successivo comma 2, appena ricordato, nel prevedere il permaner di vigenza anche dell'art. 3-*bis*, comma 13, del decreto legislativo n. 502 del 1992, entra in contraddizione con la precedente abrogazione, poiché l'3-*bis*, comma 5, oggetto di abrogazione è invece richiamato dal citato articolo 3-*bis*, comma 13 («*In sede di revisione del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 luglio 1995, n. 502*– recante, cioè, il Regolamento recante norme sul contratto del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere –*si applica il comma 5 del presente articolo*»).

Poiché la materia oggetto dell'art. 3-*bis*, comma 5, del d. lgs. n. 502 del 1992 (l'omogeneità nella valutazione dell'attività dei direttori generali) è disciplinata dallo schema in esame (art. 2, comma 3), deve ritenersi che correttamente l'articolo 9, comma 1, dello schema preveda l'abrogazione dell'art. 3-*bis*, comma 5, del d. lgs. n. 502 del 1992.

Dalle esposte considerazioni discende che:

- a) nell'elenco delle disposizioni abrogate contenuto nell'art. 9, comma 1, dello schema va inserito anche il comma 13 dell'art. 3-*bis* del d. lgs. n. 502 del 1992;
- b) il medesimo comma 13 deve essere, invece, espunto dall'elenco delle disposizioni di permanente vigenza contenuto nel successivo comma 2 dell'art. 9 dello schema.

Si segnala, altresì, la necessità di espungere la prevista abrogazione dell'articolo 3-*bis*, comma 10, sulla incompatibilità della carica di direttore generale con la sussistenza di altro rapporto di lavoro, dipendente o autonomo.

Ciò, come si è veduto, per le esigenze di chiarezza esposte nell'esame del precedente art. 5 dello schema.

In assenza di delega legislativa sulle inconferibilità e incompatibilità, infatti, appare preferibile – in attesa di una più chiara ed organica disciplina della materia – il rinvio alle disposizioni vigenti.

La scarsa chiarezza e sistematicità dei rinvii normativi appena esaminati induce poi a ribadire l'opportunità, già rilevata in sede di considerazioni generali, di un testo unico compilativo ai sensi dell'art. 17-*bis* della l. 400/1988.

P.Q.M.

nei termini esposti si esprime parere favorevole.

GLI ESTENSORI

Massimiliano Noccelli, Giancarlo Luttazi

IL PRESIDENTE

Franco Frattini

IL SEGRETARIO

Gianfranco Vastarella