



Sindacato

FEDIR (già Fedir Sanità)

Federazione Dirigenti e Direttivi Pubblici
Segreteria Nazionale

Prot. 88

Roma, 3 Marzo 2017

Ai Componenti Consiglio ANAC
Dr. Raffaele Cantone – Presidente
Dott. ssa Nicoletta Parisi – Componente
Dott.ssa Ida Angela Nicotra – Componente
Dr. Michele Corradino – Componente
Dr. Francesco Merloni - Componente
Via MInghetti 10
00187 ROMA
E mail pec: protocollo@pec.anticorruzione.it

Al Responsabile Ufficio Affari Legali e Contenzioso
Dott.ssa Elisa Sardella
ucog@anticorruzione.it

E p. c: Ai Responsabile Anticorruzione e Trasparenza
Aziende del Servizio Sanitario Nazionale
Loro indirizzi pec

OGGETTO: Delibera ANAC n° 1388 del 14/12/2016 - Pubblicazione dati patrimoniali dei dirigenti del Servizio Sanitario Nazionale in ottemperanza agli artt. 14 e 41 dec leg.vo 33/2013 come modificati dal dec leg.vo 97/2016

Con l'allegata nota prot. 64 del 20/2/2017 (allegato 1) la scrivente O.S. ha diffidato, per tutte le motivazioni in esse esposte e fondate sui chiarimenti di cui alla delibera ANAC in oggetto, il Responsabile Anticorruzione e Trasparenza delle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale dal richiedere i dati patrimoniali ai soli dirigenti amministrativi del SSN.

Insiste la scrivente O.S. nel ritenere che per "dirigenza sanitaria" debba infatti intendersi tutta la dirigenza del SSN. Si ricorda a tal proposito che la dirigenza del SSN si articola in quattro distinti Ruoli e precisamente:

- Ruolo Sanitario (disciplinato dall'art. 15 dec leg.vo 502/92 e smi) che ricomprende i profili professionali dei medici, veterinari ed odontoiatri, psicologo, fisico, biologo, chimico, farmacista di cui al DPR 761/79;
- Ruolo Professionale (disciplinato dall'art. 28 dec leg.vo 165/2001) che ricomprende i profili professionali di Ingegnere, Architetto, Avvocato di cui al DPR 761/79;

- Ruolo Tecnico (disciplinato dall'art. 28 dec leg.vo 165/2001) che ricomprende i profili professionali di Sociologo, Analista, Statistico, Attuariale di cui al DPR 761/79;
- Ruolo Amministrativo (disciplinato dall'art. 28 dec leg.vo 165/2001) che ricomprende il profilo professionale di dirigente amministrativo di cui al DPR 761/79.

Per tutti i profili di cui sopra le funzioni dirigenziali si articolano in direzione di Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice o incarichi professional.

E' dunque evidente che non avrebbe alcun senso logico ritenere che l'obbligo di pubblicazione sussista per i soli dirigenti del Ruolo Amministrativo (dirigenti amministrativi) – compresi peraltro i dirigenti professional che non svolgono funzioni direttivi - essendo invece escluso per tutti ed addirittura per il Direttore Generale (che non è necessariamente un sanitario), il Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario Aziendale.

E' evidente una ingiustificata disparità di trattamento costituzionalmente inammissibile.

Si tenga ulteriormente conto a tal fine che:

- ex art. 3, comma 6 , dec leg.vo 502/92 tutti i poteri di gestione sono direttamente in capo al Direttore Generale, che li delega ai dirigenti mentre i Direttori Sanitario ed Amministrativo Aziendali hanno la direzione degli uffici e strutture a loro facenti capo. Eppure la delibera ANAC 1388/2016 espressamente esclude tali figure dall'obbligo di pubblicazione;
- i sanitari (medici e non medici) fanno derivare l'esclusione del loro obbligo (vedasi articolo su Sole 24 ore Sanità del 24/2/2017 consultabile al link: <http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2017-02-24/trasparenza-e-anticorruzione-103617.php?uuid=AERc4gc>) dal fatto sostanziale che la dirigenza sanitaria svolge esclusivamente funzioni **gestionali di tipo clinico**.

La scrivente O.S. è assolutamente d'accordo sul fatto che i dirigenti del Ruolo Sanitario non possano che svolgere esclusivamente funzioni gestionali di tipo clinico (vedasi proprio al riguardo l'allegata nota prot. 253 del 24/10/2016 (allegato 2) sul punto relativo all'inesistenza dell' istituto dell'accesso pluricategoriale) in quanto assunti in Sanità sulla base delle specifiche specializzazioni di cui al DM Sanità 1998 (che non prevede specializzazioni universitarie sanitarie per svolgere funzioni di Controllo di Gestione, Formazione Professionale, Accreditamento delle strutture private, Relazioni Sindacali, URP, CUP, Flussi Informativi ed Informatici ecc). Eppure tali funzioni sono ormai da tempo sempre più sottratte ai competenti Ruoli Amministrativo, Tecnico e Professionale ed affidate illegittimamente a patologi clinici piuttosto che a psicologi o psichiatri, ad oncologi piuttosto che a cardiologi (una rapida consultazione dei siti darà evidenza di quanto sopra). E per venire allo specifico aspetto dell'obbligo di pubblicazione dei dati patrimoniali: **come si giustificherebbe l'obbligo in capo al dirigente amministrativo titolare della struttura "Controllo di Gestione" o "Formazione" ecc. ecc. ed invece l'esclusione dello stesso obbligo in capo al dirigente sanitario (medico o sanitario non medico) qualora titolare della medesima struttura?**

Per tutti i sopraelencati motivi si chiede che ANAC – visto l'imminente termine di scadenza per richiedere i dati - fornisca urgentemente ai responsabili RPCT chiare indicazioni in merito all'attuale esclusione dell'obbligo di pubblicazione per tutta la dirigenza del Servizio Sanitario Nazionale.

IL SEGRETARIO GENERALE
Antonio Travia





Sindacato

FEDIR (già Fedir Sanità)Federazione Dirigenti e Direttivi Pubblici
Segreteria Nazionale

Prot. 64

Roma, 20 Febbraio 2017

Ai Responsabile Anticorruzione e Trasparenza
Aziende del Servizio Sanitario Nazionale
Loro indirizzi pec

E p. c: Al Dr. Raffaele Cantone
Presidente ANAC
Via MInghetti 10
00187 ROMA

E mail pec: protocollo@pec.anticorruzione.it

OGGETTO: Delibera ANAC n° 1388 del 14/12/2016 - Pubblicazione dati patrimoniali dei dirigenti del Servizio Sanitario Nazionale in ottemperanza agli artt. 14 e 41 dec leg.vo 33/2013 come modificati dal dec leg.vo 97/2016

Si fa seguito alla precedente nota della scrivente O.S. prot. 64 del 22/12/2016 inerente l'oggetto per evidenziare come con la delibera in oggetto il Presidente dell'ANAC, rilevate le criticità segnalate, ha richiesto al Governo ed al Parlamento la modifica legislativa del primo periodo comma 3 art. 41 legge 33/2013 considerato che (letteralmente dalla delibera):

"...omissis.... per la dirigenza sanitaria (e cioè per gli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo, nonché per gli incarichi di responsabile di dipartimento e di strutture semplici e complesse) poiché l'art. 41 del decreto 33/2013 (in tema di trasparenza del servizio sanitario nazionale)"omissis..... è in fatto introdotto (per le due categorie di dirigenti in questione) un differente regime di trasparenza.omissis..."

Da quanto evidenziato risulta senza alcun ombra di dubbio che ANAC nell'usare il termine dirigenza sanitaria si riferisce in concreto alla dirigenza tutta del SSN (ed infatti parla di trasparenza del servizio sanitario nazionale) e non anche alla sola dirigenza del Ruolo Sanitario.

Non a caso si fa genericamente riferimento a tutti i titolari di incarichi di responsabile di dipartimento e strutture semplici e complesse (tipologia di incarico proprie anche della dirigenza non sanitaria del SSN), sia perché si includono nella dirigenza sanitaria finanche il direttore generale (che prescinde dall'appartenenza al ruolo sanitario) ed il direttore amministrativo (chiaramente appartenente alla professionalità amministrativa) sia infine perché se si avesse voluto far riferimento specifico ai ruoli del SSN non si sarebbero potuti escludere i soli dirigenti

dei ruoli Sanitario, Tecnico e Professionale (per i quali ultimi alcun cenno è fatto ma che pure rivestono incarichi di responsabile di dipartimento e strutture semplici e complesse) per ricomprendere i soli dirigenti del ruolo Amministrativo peraltro indipendentemente dagli incarichi direttivi ricoperti (si ricorda che in Sanità anche i dirigenti amministrativi possono ricoprire incarichi professionali).

Tale assunto sarebbe dunque del tutto incoerente ancor più alla luce delle motivazioni della delibera ANAC n° 1388 del 14/12/2016. Il riferimento alla "dirigenza sanitaria" con tutta evidenza o deve riguardare tutta la dirigenza del Servizio Sanitario Nazionale o diversamente creerebbe una ingiustificata e non consentita disparità di trattamento.

E' altresì da tenere in debito conto anche un altro aspetto che non è di secondaria importanza.

il dato letterale del comma 1, lett. f) dell'art. 14 D.lgs. 33/2013 prevede: *"Le dichiarazioni di cui all'articolo 2, della legge 5 luglio 1982, n. 441, nonché le attestazioni e dichiarazioni di cui agli articoli 3 e 4 della medesima legge, come modificata dal presente decreto, limitatamente al soggetto, al coniuge non separato e ai parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano".*

Ne deriva dunque che comunque la pubblicazione dei dati soggiace al consenso di coloro a cui vengono richiesti, compreso il soggetto (cioè il dirigente).

Alla luce di tutto quanto sopra **si diffida** l'RPCT dal richiedere e/o pubblicare, allo stato, dati patrimoniali della dirigenza dei ruoli PTA del SSN in quanto rientrante, al pari della dirigenza del ruolo sanitario e del direttore generale, amministrativo e sanitario aziendale, nella categoria "dirigenza sanitaria" per come individuata da ANAC.

Si prega di dare assicurazioni al riguardo.

IL SEGRETARIO GENERALE
Antonio Travia



Sindacato

Fedir SanitàFederazione Dirigenti e Direttivi della Sanità
Segreteria Nazionale

Prot. 253

Roma, 24 Ottobre 2016

Al Presidente ANAC
Dott. Raffaele Cantone
Via Minghetti 10
00187 ROMA**OGGETTO: PNA 2016 – Incarichi di direzione delle strutture nel SSN.**

La Fedir Sanità è sindacato maggiormente rappresentativo di riferimento della dirigenza tecnico/amministrativa del Servizio Sanitario Nazionale appartenenti ai ruoli Professionale, Tecnico ed Amministrativo

I dirigenti dei ruoli PTA nella governance del sistema *dovrebbero* avere il rilevante ruolo della gestione delle delicatissime funzioni tecnico/amministrative.

Tali loro funzioni sono rese ancor più delicate dal peculiare contesto in cui operano, caratterizzato dalla rilevanza del bene salute protetto ma anche dalla, a volte, difficile coesistenza fra necessità di correttezza ed economicità dei processi e primaria esigenza di cura e prevenzione.

L'attribuzione degli incarichi ai dirigenti dei ruoli PTA riveste, per quanto appresso si chiarirà, aspetti del tutto particolari non solo rispetto alla dirigenza tecnico amministrativa di altri enti pubblici ma anche rispetto alla dirigenza sanitaria dello stesso SSN.

Abbiamo quindi apprezzato ciò che il PNA 2016 ha messo correttamente in risalto nel capitolo delle nomine ed incarichi in Sanità, che condividiamo pienamente, ma nel contempo siamo rimasti stupiti che ci si fosse riferiti unicamente alla dirigenza medica e sanitaria (salvo leggere la parola sanitaria come dirigenza diversa da quella medica seppur il riferimento normativo al solo art. 15 dec leg.vo 502/92 porterebbe ad escludere tale interpretazione).

Eppure sugli incarichi della dirigenza PTA del SSN (interni ed esterni) non solo incombono - ancor più pesantemente che sulla dirigenza medica e sanitaria - i rischi e gli abusi ben evidenziati nel PNA 2016 ma anche ulteriori criticità non contemplate dal PNA.

Ancor più per la dirigenza PTA:

- si abusa degli istituti relativi alle sostituzioni soprattutto con riferimento alla fattispecie dell'interim (art, 18, comma 8, CCNL 8/6/2000, assai più infrequente per la dirigenza medica e sanitaria a causa della necessità del rispetto delle discipline sanitarie a cui detta dirigenza è vincolata). Assai sovente, infatti, l'attribuzione di interim - pur in presenza di dirigenti provvisti dei requisiti - a dirigenti già titolari di proprio incarico è effettuato al fine di poter maggiormente retribuire i dirigenti più vicini alla direzione o anche per "punire" quelli meno vicini;

- ancor oggi, a distanza di 7 anni dall'introduzione dell'art. 19 bis dec leg.vo 165/2001 (disciplina applicabile ai dirigenti dei ruoli PTA del SSN) alcuni direttore generali si rifiutano di effettuare avvisi ad evidenza pubblica interni ma ritengono – erroneamente – di poter applicare la diversa specifica norma di cui all'art. 29 CCNL 8/6/2000 secondo la quale è possibile l'attribuzione diretta ai dirigenti PTA delle UOC.
- il ricorso all'art. 15 septies è stato abusato soprattutto per gli incarichi di funzioni tecnico/amministrative per due motivi fondanti:
 - a) perchè fino al chiarimento (ottenuto con enorme fatica proprio da Fedir Sanità) operato al comma 2 dell'art. 15 septies del dec. Leg.vo 229/99 da parte dell'art. 4 legge 189/2012 (e quindi per ben 23 anni) i contingenti del 5% sono stati calcolati sulla dotazione organica di tutta la dirigenza dei ruoli Sanitario non medico (e quindi anche su biologi, fisici, farmacisti, chimici e psicologi) e PTA ed utilizzati prevalentemente sui soli dirigenti PTA (ingegneri, architetti, sociologi, analisti, avvocati ed amministrativi). Ciò ha significato poter attribuire (peraltro fino alla legge 114/2014 anche senza ricorso ad avvisi pubblici) molti più incarichi esterni nelle funzioni tecnico amministrative del dovuto (in media 5 anziché 1/2).
 - b) perché mentre per la dirigenza medica e sanitaria non medica sempre la legge 189/2012 ha vietato categoricamente (e correttamente) l'utilizzo dell'art. 15 septies per l'attribuzione degli incarichi apicali, per la dirigenza dei ruoli PTA tale divieto non esiste e i Direttore Generali ricorrono di sovente agli incarichi ad esterni non dichiarando o dichiarando falsamente l'inesistenza di risorse interne. Per non dire del sistematico rinnovo dei contratti ex art 15 septies anche variando in corso di contratto le funzioni iniziali di assunzione. E' emblematico (e facilmente verificabile) il caso del dr. Mario Falcone, assunto presso la ASL Latina nel 2001 per le specifiche funzioni della contabilità analitica – mai dallo stesso realizzate - e già al terzo rinnovo;
- si sta operando da tempo uno strisciante spossessamento di tipiche funzioni gestionali tecnico/amministrative ad opera dei sanitari, a cui vengono attribuite strutture complesse e semplici deputate alla gestione di attività artificiosamente ritenute ad accesso indistinto (Controllo di gestione, Formazione, Qualità, URP, Sistemi informativi, Tecnologie, Comunicazione) con un inesistente, per come applicato, ACCESSO PLURICATEGORIALE. E' cioè sempre più dilagante in tutto il SSN il fenomeno per cui a tali strutture sia possibile proporre qualsiasi ruolo dirigenziale, indipendentemente dai requisiti concorsuali di assunzione e, per l'attribuzione degli incarichi di struttura complessa, indipendentemente dalle modalità specifiche di accesso previsto per i vari ruoli.

E' il modo, in termini poveri, per attribuire gli incarichi di struttura complessa ai dirigenti del ruolo sanitario (medici e non medici) bypassando la pubblica selezione di cui al DPR 484/97 ma utilizzando le assai più "duttili" regole degli art. 28 e 29 dell'AREA III CCNL 8/6/2000 previste però solo per i dirigenti dei ruoli PTA (valutazione del curriculum da parte del Direttore Generale).

In realtà la figura dell'accesso pluricategoriale (anche detto a ruolo indistinto) per i dirigenti del ruolo sanitario nell'ordinamento esiste ma regola tutt'altra ipotesi. Infatti:

- l'art. 15, 7° comma, 2° alinea dec leg.vo 229/99 e smi dispone che "gli incarichi di direzione di struttura complessa sono attribuiti a coloro che siano in possesso dei requisiti di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997 n° 484".

- Il successivo art. 15 bis, 2° comma, dispone che la direzione delle strutture e degli uffici è affidata ai dirigenti secondo i criteri e le modalità stabiliti nell'atto aziendale, nel rispetto, per la dirigenza sanitaria, delle disposizioni di cui all'art. 15 ter.
- L'art. 15 al comma 7 bis dispone a sua volta che l'attribuzione dell'incarico di direzione di struttura complessa è effettuata dal direttore generale, previo avviso pubblico, all'interno della terna dei migliori candidati selezionata da una apposita Commissione.

Anche il Contratto Nazionale di lavoro 8/6/2000 prevede all'art. 29 (comma 1) che " Gli incarichi di direzione di struttura complessa sono *conferiti ai dirigenti sanitari con le procedure previste dal DPR 484/1997* nel limite del numero stabilito dall'atto aziendale, ed ai dirigenti degli altri ruoli (cioè dei ruoli PTA) nel limite e con le modalità da definirsi nel medesimo atto, fatto salvo quanto previsto nel periodo transitorio dall'art. 27, comma 4".

L'art. 57 del DPR 483/97 regola in modo puntuale l'accesso pluricategoriale. La norma testualmente prevede:

"57. Discipline con pluralità di accesso.

1. Possono essere indetti concorsi con accesso riservato a più categorie professionali secondo quanto previsto dalla normativa sui requisiti di accesso al secondo livello dirigenziale del personale del Servizio sanitario nazionale.

2. I concorsi in discipline con accesso riservato a più categorie professionali si svolgono con le modalità previste per lo specifico profilo dell'area di appartenenza. I componenti delle commissioni sono sorteggiati e designati fra tutti i dirigenti delle discipline appartenenti alle diverse categorie interessate; le commissioni sono integrate tramite sorteggio, in modo da assicurare la presenza di un membro per ciascuna categoria professionale. Ove il numero complessivo dei componenti risulti pari è sorteggiato un ulteriore componente fra gli aventi diritto di tutte le categorie professionali."

Essendo le posizioni di secondo livello dirigenziale riferibili esclusivamente al personale del ruolo sanitario, solo nell'ambito delle discipline di cui all'art.4 del DPR 484/97 (e cioè unicamente le discipline di cui alle tabelle di equipollenza Ministero Sanità che nulla hanno a che vedere con funzioni non sanitarie) è possibile prevedere una selezione (sempre e solo con le modalità del DPR 484/97) con requisiti di accesso attinenti a più discipline. Pertanto nessun sanitario può accedere alla struttura complessa senza effettuare la selezione ex DPR 484/97.

Necessario corollario della scorretta gestione degli incarichi ad accesso pluricategoriale è la distrazione del personale sanitario dalle funzioni proprie della qualifica di assunzione. Tali sanitari vengono sottratti infatti alla funzione specifica della disciplina per la quale sono stati assunti per essere impegnati in competenze diverse dalla cura, diagnosi e prevenzione.

Non può sfuggire che:

- tale distrazione costituisce danno erariale;

- tale personale continua a percepire l'indennità di specificità medica e l'indennità di rapporto esclusivo pur essendo sottratta di fatto all'esercizio di attività di cura, diagnosi e prevenzione per le quali tali peculiari indennità sono riconosciute e continuano ad espletare la libera professione prevista solo per coloro che sono adibiti a funzioni clinico/assistenziali.

Un rapido controllo dei siti aziendali rileverà facilmente come patologi clinici si occupino in realtà di formazione o psicologi di URP o ancora veterinari di controllo di gestione.

Emblematico è il caso recente di un medico che nella Asl Centro Toscana è stato preposto alla responsabilità del Dipartimento del Decentramento, che svolge tipicamente funzioni gestionali amministrative relative principalmente alla funzione acquisti.

La situazione sta rivelando tutta la sua abnormità in questo momento storico a causa dell'applicazione in concreto dei parametri standard delle strutture complesse e semplici definiti dal Comitato LEA a marzo 2012 e rivisitati con DM 70/2015. L'applicazione dei suddetti criteri sia per le funzioni tecnico amministrative che per le funzioni sanitarie non ospedaliere è riferita al comune parametro dei residenti.

Questa concorrenza sui medesimi standard si sta risolvendo a sfavore delle funzioni tecnico/amministrative che data l'esiguità delle strutture sta comportando:

- l'eliminazione di ogni funzione gestionale amministrativa nei distretti territoriali, nei presidi ospedalieri, nei dipartimenti territoriali che vengono così impropriamente assegnate a personale sanitario al di là delle funzioni clinico/gestionali di loro competenza;
- l'accorpamento in capo ad un'unica struttura di funzioni del tutto eterogenee e svincolate dalle specificità professionali (funzioni legali insieme agli affari generali, patrimonio insieme agli uffici tecnici, funzioni di provveditorato insieme a quelle del bilancio piuttosto che di gestione del personale). E ciò non sta avvenendo in realtà di piccole dimensioni bensì in aziende sanitarie che gestiscono anche 3000 dipendenti.
- sulle già poche strutture delle competenze tecnico/amministrative concorrono, in virtù dell'inesistente accesso pluricategoriale per come sopra descritto, medici e sanitari non medici sottratti alle loro funzioni clinico/gestionali ed assistenziali.

Si chiede dunque che l'ANAC emani non solo analoghe chiare direttive a quelle contenute nel PNA 2016 in materia di incarichi dirigenziali della dirigenza dei ruoli PTA del SSN ma anche univoche direttive affinché gli incarichi dirigenziali della dirigenza medica e sanitaria non medica siano conformi alle funzioni clinico/gestionali ed assistenziali secondo la disciplina ex DM Sanità 1998 per la quale gli stessi sono stati assunti e di loro competenza.

Si resta a disposizione per ogni necessario chiarimento.

Il Segretario Nazionale
Antonio Irayta



Cell. 393/9079926