



Sindacato

**Fedir Sanità**

Federazione Dirigenti e Direttivi della Sanità  
Segreteria Nazionale

Prot. 351

Roma, 12 novembre 2013

Al Ministro della Sanità  
On Lorenzin

Al dott. Scivo  
r.scivo@sanita.it

Al dott. Leonardi  
g.leonardi@sanita.it

Al Coordinatore Gruppo di lavoro  
per il Patto Salute 2013/2015  
Gestione e Sviluppo Risorse Umane

**OGGETTO: Governance del SSN. Criticità e proposte**

La Fedir Sanità è sindacato maggiormente rappresentativo di riferimento della dirigenza tecnico/amministrativa del Servizio Sanitario Nazionale.

Da vent'anni i dirigenti dei ruoli PTA (cioè coloro che nella governance del sistema *dovrebbero* avere un ruolo preciso: quello della gestione) vedono sminuito ed afflitto il proprio status.

La dirigenza tecnico/amministrativa della Sanità con la riforma del dec leg.vo 29/93 anziché vedere accresciuto e valorizzato il proprio delicatissimo ruolo ha invece visto solo un suo **degradante** depotenziamento.

Sicuramente errata è stata la privatizzazione della dirigenza (che ne ha affievolito il ruolo di garante del pubblico interesse) e nei fatti evanescente si è rivelata la decantata separazione fra potere di indirizzo amministrativo (proprio dell'organo politico) e potere di gestione (proprio del dirigente).

Una classe politica che ha mostrato tutti i suoi limiti ha infatti assai malamente usato le armi a sua disposizione (potere di conferimento degli incarichi dirigenziali e fiduciarità) per abusarne fino al più spinto arbitrio al fine di attorniarci non di una dirigenza capace ma di una **dirigenza accondiscendente**. Ha favorito ed amplificato il fenomeno l'abuso dell'art. 15 septies dec leg.vo 229/99, che ha permesso l'immissione patologica di dirigenti esterni fiduciari il più delle volte assai poco qualificati e soprattutto a danno della dirigenza tecnico/amministrativa strutturata (grazie all'artificioso calcolo dei contingenti utilizzabili anche sul ruolo sanitario, una generale mancanza di **effettive** procedure selettive pubbliche, l'uso smodato anche in presenza di dirigenti interni assai più titolati e competenti che grottescamente hanno dovuto insegnare il mestiere e vedersi poi schiacciati nella progressione di carriera). L'art. 9, comma 32, legge 122/2010 (che ha eliminato ogni forma di residua garanzia e tutela della dirigenza ponendola in una condizione di assoluta soggezione nei confronti del cattivo potere politico) ha decretato la totale impotenza della dirigenza tecnico/amministrativa, costretta nei fatti oggi solo ad eseguire gli ordini pena l'isolamento e/o esclusione.

Hanno contribuito alla degenerazione:

- lo spossessamento di tipiche funzioni gestionali dei dirigenti tecnico/amministrativi da parte dei sanitari, che si accaparrano le strutture complesse deputate alla gestione di particolari attività artificialmente ritenute a ruolo indistinto (Controllo di gestione, Formazione, Qualità, URP ecc) e che di fatto comportano invece la loro distrazione dalle funzioni di diagnosi, prevenzione e cura per le quali i sanitari vengono assunti nel SSN e per le quali continuano ad essere invece pagati (compresa l'indennità di rapporto esclusivo).

- il diffuso sentire per cui la dirigenza tecnico/amministrativa costituisce un mero supporto alle attività sanitarie e che pertanto il proprio ruolo deve essere di mera subordinazione. Ne è conseguito un costante e diffuso depotenziamento della struttura tecnico/amministrativa soprattutto nel campo delle indispensabili (quanto dismesse) attività di verifica e controllo. La verità è che **una eccessiva compressione delle strutture e delle risorse umane ed economiche amministrative/tecniche produce una organizzazione priva di AUTONOMO controllo contabile, amministrativo e di legittimità degli atti.**

□ la peculiarità del solo Servizio Sanitario per cui i poteri di gestione sono attribuiti dall'art 3 comma 6 dec. Leg.vo 502/92 e smi in via diretta al Direttore Generale che così assomma per diritto in sé poteri di indirizzo politico-amministrativo e poteri di gestione .

Tutto ciò (certamente non esaustivo dei vasti fenomeni degenerativi della Sanità) ha avuto il solo effetto di privare molte aree geografiche del Servizio Sanitario di una grossa parte della migliore dirigenza tecnico/amministrativa e di favorire l'ingresso e la permanenza di una dirigenza scadente o al più meramente accondiscendente. Il che paradossalmente inibisce anche ogni e qualsiasi valutazione effettivamente meritocratica stante la necessità di tutelare proprio quella dirigenza scadente eppur scelta. **E' assai verosimile che tutto ciò sia stato voluto ad altri fini**

Ma un tale sistema di scelta della classe dirigente non può più reggere ed è dunque assolutamente necessaria una decisa inversione di tendenza. Occorre rimettere nelle mani di persone che siano **solo competenti ed oneste** la governance della Sanità a cominciare dai direttori generali, amministrativi e sanitari per finire con il più remoto dirigente.

Per realizzare tale ambizioso obiettivo riteniamo necessarie intervenire sui seguenti temi:

### **POTERI DI GESTIONE E MODALITA' DI ATTRIBUZIONE DEGLI INCARICHI**

Unici in tutto il panorama del pubblico impiego, i dirigenti delle ASL non hanno in via diretta i poteri di gestione. Questi sono infatti dalla legge assegnati al Direttore Generale, che li attribuisce **per delega** ai dirigenti. Ciò probabilmente nel falso presupposto che il Direttore Generale sia organo gestionale (della Regione?) mentre in realtà nella Asl/AO egli rappresenta, per funzioni e ruolo attribuitigli dalla legge, l'organo di indirizzo politico/amministrativo della Azienda Sanitaria.

Se si considera poi che i Direttori Generali sono formalmente tecnici ma sostanzialmente politici e che per la dirigenza PTA né la legge né i contratti nazionali di lavoro prevedono procedure ad evidenza pubblica per il conferimento degli incarichi dirigenziali, è evidente che i dirigenti PTA non solo non sono titolari in via autonoma di poteri di gestione (che quindi possono essere dati e tolti liberamente) ma sono particolarmente vulnerabili nell'esercizio delle loro funzioni.

Fissare regole di fonte legislativa più certe e trasparenti è dunque necessario per restituire alla dirigenza PTA del SSN più autonomia e certezza e quindi maggiore distanza dalle scelte/invadenze della gestione politica.

Il particolare livello della corruzione e degli sprechi in Sanità derivano certamente anche dalla **debolezza di status** dei dirigenti PTA.

Pertanto si propone la modifica dell'**art 3 comma 1 quater dec leg.vo 502/92 e smi e del successivo art. 3 comma 6** nel senso di attribuire ai dirigenti del SSN in via diretta tutti i poteri di gestione.

**Per ciò che concerne le modalità di attribuzione degli incarichi dirigenziali nei ruoli PTA (oggi disciplinati dal solo CCNL che non prevede l'obbligo di procedure ad evidenza pubblica) si propone la modifica dell'art. 15 bis comma 2 dec leg.vo 502/92 come segue:**

La direzione delle strutture e degli uffici nonché tutti i poteri di gestione sono affidati ai dirigenti secondo i criteri e le modalità stabiliti nell'atto di cui al comma 1, nel rispetto, per la dirigenza sanitaria, delle disposizioni di cui all'art. 15-ter. e, per la dirigenza degli altri

ruoli, di quanto previsto dal decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165. Per quest'ultima l'affidamento dell'incarico resta subordinato all'espletamento di avviso interno fra i dirigenti in possesso di esperienza dirigenziale almeno quinquennale previa analisi comparata e motivata dei curricula che accerti i titoli professionali posseduti e le necessarie competenze organizzative e gestionali. Il rapporto dei dirigenti è esclusivo, fatto salvo quanto previsto in via transitoria per la dirigenza sanitaria dall'art. 15-sexies.

### FUNZIONI AD ACCESSO PLURICATEGORIALE

E' ormai dilagante in tutto il SSN il fenomeno per cui a talune funzioni (ad es: controllo di gestione, qualità, formazione, accreditamento, flussi informatici ecc) sia possibile preporre qualsiasi ruolo dirigenziale, indipendentemente dai requisiti accertati per l'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 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 attualmente solo per i dirigenti dei ruoli PTA (in sintesi nessuna selezione ad evidenza pubblica ma mera valutazione discrezionale del curriculum da parte del Direttore Generale).

In realtà la figura dell'accesso pluricategoriale (o comunemente a ruolo indistinto) 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 (comma1) 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 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."

Quindi 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 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 (patologi clinici addetti alla formazione del personale piuttosto che veterinari addetti al controllo di gestione ecc. ecc.). 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.

E' quindi necessario introdurre un divieto specifico di assegnazione della dirigenza sanitaria a funzioni anche parzialmente non sanitarie.

## **AREE DI CONTRATTAZIONE**

Per effetto dell'art. 40 dec leg.vo 165/2001, come modificato dall'art. 54 dec leg.vo 150/2009, è possibile che una delle quattro aree di contrattazione in cui dovranno essere compattate le attuali aree dirigenziali riguardi tutto il personale dirigenziale del SSN e delle Regioni.

Ciò rappresenterebbe una enorme distorsione del sistema di rappresentatività in quanto i soli sindacati in grado di mantenere la rappresentatività sarebbero, allo stato, solo alcuni (pochissimi) sindacati autonomi della dirigenza medica. Occorre infatti il 5% di circa 120.000 dirigenti (90.000 medici, 15.000 sanitari non medici, 7.000 dirigenti dei ruoli PTA della Sanità e 3000 dirigenti regionali) e cioè circa 6.000 iscritti, per poter essere rappresentativi. I dirigenti regionali ed i dirigenti PTA della Sanità non potrebbero perciò mai essere rappresentativi, anche se iscrivero tutti i dirigenti in servizio. E ciò pur essendo provvisti legislativamente di autonoma e pari dignità rispetto al ruolo sanitario.

Situazione abnorme che **deriva dall'errato riconoscimento generalizzato a tutti i medici e sanitari non medici del ruolo dirigenziale** mentre nella sostanza soltanto 8.000 su 105.000 dirigenti sanitari svolgono effettive funzioni dirigenziali (sostanzialmente solo i primari ed i capo dipartimento) mentre i restanti 97.000 svolgono funzioni di natura esclusivamente professionale.

Di fatto la contrattazione dei dirigenti effettivamente ed esclusivamente addetti alla gestione di risorse umane e strumentali (ruoli PTA della Sanità e dirigenti regionali) resterebbe nelle sole mani dei rappresentanti dei medici, investiti da problematiche di status (accesso agli incarichi, straordinario, reperibilità, orario di servizio, libera professione intra ed extra muraria, prestazioni aggiuntive) che nulla hanno in comune con quelle dei dirigenti PTA e regionali (che hanno invece fra loro problematiche del tutto analoghe).

Da ciò l'assoluta necessità di separare l'area di contrattazione dei dirigenti sanitari da quella dei dirigenti dei ruoli PTA del SSN e dei dirigenti regionali facendo confluire questi ultimi (qualora si renda difficile creare una quinta area di contrattazione) eventualmente nell'area dei dirigenti degli enti locali e così creando un'area della dirigenza gestionale degli autonomie locali omogenea sia per numeri che per caratteristiche. In via alternativa è necessario sottrarre alla dirigenza tutte le qualifiche sanitarie che non abbiano fatto specifico e diverso **concorso pubblico** per l'accesso a funzioni gestionali, il quale accesso avrà quindi bisogno di essere ridisciplinato.

### **ACCESSO ALLE FUNZIONI GESTIONALI**

Si propone, anche quale conseguenza della separazione del ruolo professionale da quello gestionale, di **impiantare un sistema di certificazione delle competenze gestionali** (attraverso idoneità nazionali e sub articolazioni regionali accertate da organismi autorevoli ed indipendenti sulla base dei servizi svolti e dei corsi di formazione frequentati) specifiche rispetto alle varie aree di attività (gestione del personale; formazione; qualità; contabilità; controllo di gestione; provveditorato; sistemi informativi; tecnico; tecnologie; direzione distretti, ospedali e strutture di integrazione socio sanitaria troppo spesso eccessivamente medicalizzate; ecc. ecc. ecc.) ed obbligare i Direttori Generali a scegliere solo fra coloro che sono idonei rispetto alle specifiche funzioni da svolgere.

## **CLAUSOLA SALVAGUARDIA INCARICHI DIRIGENZIALI**

L'art. 9, comma 32, dl 78/2010 come convertito con la legge 122/2010 viola il dettato Costituzionale di cui alle sentenze 103 e 104 del 2007, con le quali la suprema Corte ha non solo ritenuto contrario al sistema lo spoil system ma ha anche affermato che **il conferimento di incarico inferiore può conseguire esclusivamente ad una valutazione negativa dei risultati**; la norma è peraltro illogica perché rende del tutto inefficace l'intero sistema della valutazione di fine incarico del dirigente. Per quale motivo si deve valutare (positivamente) un dirigente se poi si è del tutto liberi di dargli anche un incarico inferiore?

La norma va quindi **semplicemente cassata**.

## **ATTI AZIENDALI ED ORGANIZZAZIONE**

La modifica delle organizzazioni aziendali avviene di fatto ad ogni piè sospinto ed ormai quotidianamente anche al di fuori degli atti aziendali. E' il modo più rapido per fare spoil system. Normalmente strutture e funzioni vengono così delineate/ritagliate non sulle effettive necessità ma sulle persone (a dare e togliere). E' opportuno quindi stabilire la immodificabilità assoluta degli atti aziendali per un periodo di tempo minimo (almeno tre anni) ed il divieto categorico di modificare funzioni e strutture extra atto aziendale con annesso sistema sanzionatorio in caso di trasgressione. E' inoltre necessario delineare a livello nazionale un modello di organizzazione tipo relativo a strutture imprescindibili che abbiano uguale denominazione ed identiche funzioni e dunque uguale valenza. L'autonomia organizzativa delle regioni e dei direttori generali si deve infatti poter esercitare esclusivamente sulle caratteristiche specifiche della ASL/AO diverse dalle funzioni tipiche ed ineludibili (personale, bilancio, controllo di gestione, provveditorato ecc. ecc.) per ogni ASL/AO. C'è in questo campo troppa confusione e troppa fantasia, il più delle volte deputata a favorire o danneggiare il dirigente più che a delineare una efficace organizzazione.

Altri provvedimenti di assoluta necessità ed urgenza si ravvisano sui seguenti temi:

## **NOMINA VERTICI AZIENDALI E PLURALITA' DI INCARICHI**

Esiste un profonda questione giovanile e si continua paradossalmente a consentire che persone in godimento di trattamenti pensionistici rivestano incarichi pubblici o che uno stesso soggetto assommi in sé più di un incarico.

Va previsto il divieto assoluto di nomina, quali Direttori Generali, Amministrativi e Sanitari, di soggetti che godano del trattamento pensionistico ed il divieto assoluto per ciascun soggetto di svolgere più di un incarico pubblico. Il che eviterebbe anche inevitabili conflitti di interesse. I pensionati che vogliono ancora rendersi utili nel pubblico possono farlo facendo tutoraggio e formazione (a titolo gratuito).

### **LIBERA PROFESSIONE**

La libera professione dei Sanitari costituisce una criticità ed una forte anomalia rispetto al principio di esclusività che caratterizza il Pubblico Impiego.

In base a tale principio, com'è noto, pur con marginali eccezioni, sussiste il divieto per il pubblico dipendente di svolgere ulteriori attività lavorative.

Se tale principio deve rimanere fermo, al fine della piena tutela del diritto alla salute, pare ragionevole porre obiettive limitazioni all'esercizio della libera professione intramoenia, stabilendo, ad esempio, la sospensione di tale attività nel caso in cui le liste di attesa superino i 15 giorni.

Ciò, ovviamente, spezzerebbe quella catena inscindibile, a tutti ben nota, che favorisce l'attività libero professionale dei Medici nel caso di liste di attesa eccessivamente lunghe, peraltro governate dagli stessi Sanitari e farebbe cessare il palese conflitto di interessi fra attività istituzionale e libera professione.

**La sospensione della libera professione nel caso in cui le liste di attesa superino i 15 giorni** stimolerebbe gli stessi Sanitari a ridurre le attese dei pazienti (in cura presso il S.S.N.) per poter continuare ad esercitare l'attività libero professionale.

### **ESTERNALIZZAZIONI DEI SERVIZI**

Deve essere previsto l'obbligo di predisporre ed **approvare preventivamente un'analisi dei costi** del servizio che si intende esternalizzare, con un raffronto dei costi del servizio "*de quo*" fra la sua gestione mediante risorse umane e mezzi disponibili all'interno dell'Azienda e la gestione affidata all'esterno. Tali analisi dei costi dovranno essere **approvate con un provvedimento amministrativo dei Vertici aziendali** (controfirmato dal Dirigente di riferimento), contestualmente alla scelta di esternalizzare il servizio e vagliate preventivamente dalla Corte dei Conti

Al termine del contratto si dovrà procedere ad una verifica degli eventuali scostamenti rispetto ai costi inizialmente programmati, con conseguente ricaduta sulle valutazioni e sugli obiettivi dei Vertici aziendali e dei Dirigenti responsabili del procedimento.



### Commissioni giudicatrici negli appalti di beni e servizi.

I componenti delle Commissioni giudicatrici nelle procedure di appalto devono essere sorteggiati fra i dipendenti di Amministrazioni o di Aziende Sanitarie diverse dalla Stazione Appaltante. In nessun caso possono comporre le Commissioni giudicatrici i dipendenti della Stazione Appaltante per gli appalti indetti da questi ultimi.

Oltre a ciò è auspicabile una **forte centralizzazione degli acquisti a livello regionale.**

### SERVIZI INFORMATIVI E TECNOLOGIE

L'implementazione di sistemi informativi che unifichino le banche dati e collochino a 360° su tutte le materie dell'ingegneria clinica, IT, impianti tecnologici-BMS, HTA-HTM è ormai indispensabile e va dunque incentivata. E' necessario pertanto dare maggiore ruolo alle professionalità e strutture che lavorano sull'informatica e sulle tecnologie.

### COLLEGI SINDACALI


Punto dolente del sistema dei controlli sulle ASL sono i Collegi Sindacali, che nella maggior parte delle realtà sono del tutto inefficaci e vanno quindi totalmente riformati. Se ne propone la costituzione su **designazione degli ordini professionali**, con il rispetto del **principio di rotazione**. Ciò evita l'ingerenza politica su tale fondamentale organo e consente un vero e proprio **controllo sulle attività** delle A.S.L., **oggi** da ritenersi assolutamente **carente** in vastissime aree della Sanità

### Lavoro, contratti collettivi e dinamiche retributive.

Sarebbe auspicabile, specialmente in un periodo di congiuntura economica sfavorevole come l'attuale, istituire, per un periodo limitato, un salario o retribuzione di ingresso, giustificato dalla necessità di approfondire ed apprendere nel dettaglio, anche sotto il profilo pratico, attività lavorative articolate e complesse.

Tale scelta avrebbe rilievo per ogni tipologia di attività e di professione, non solo nel campo sanitario (operaio, impiegato, infermiere, medico, ecc.) e dovrebbe, comunque, sottendere un rapporto di lavoro a tempo indeterminato.

Nell'augurarsi di aver fornito un utile contributo, si resta a disposizione per qualsiasi necessità.



Il Segretario Nazionale

Antonio Travia

Cell. 393/9079926