

# dossier

3 giugno 2019

## Misure emergenziali per il Servizio Sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria

---

D.L. 35/2019 - A.S. n. 1315

---



Senato  
della Repubblica




Camera  
dei deputati

X  
V  
I  
I  
I  
L  
E  
G  
I  
S  
L  
A  
T  
U  
R  
A



SERVIZIO STUDI

UFFICIO RICERCHE SULLE QUESTIONI DEL LAVORO E DELLA SALUTE

TEL. 06 6706-2451 - [studi1@senato.it](mailto:studi1@senato.it) -  [@SR\\_Studi](https://twitter.com/SR_Studi)

Dossier n. 122/2



SERVIZIO STUDI

DIPARTIMENTO AFFARI SOCIALI

Tel. 06 6760-3266 - [st\\_affarisociali@camera.it](mailto:st_affarisociali@camera.it) -  @CD\_sociale

Progetti di legge n. 137/2

La documentazione dei Servizi e degli Uffici del Senato della Repubblica e della Camera dei deputati è destinata alle esigenze di documentazione interna per l'attività degli organi parlamentari e dei parlamentari. Si declina ogni responsabilità per la loro eventuale utilizzazione o riproduzione per fini non consentiti dalla legge. I contenuti originali possono essere riprodotti, nel rispetto della legge, a condizione che sia citata la fonte.

## INDICE

SCHEDE DI LETTURA .....	5
Articolo 1 ( <i>Ambito di applicazione</i> ) .....	7
Articolo 2 ( <i>Verifica straordinaria sui direttori generali degli enti del Servizio sanitario nazionale</i> ) .....	10
Articolo 3 ( <i>Commissari straordinari degli enti del Servizio sanitario regionale</i> ) .....	15
Articolo 4 ( <i>Direttori amministrativi e direttori sanitari degli enti del Servizio sanitario regionale</i> ) .....	21
Articolo 5 ( <i>Dissesto finanziario degli enti del Servizio sanitario regionale</i> ) .....	23
Articolo 6 ( <i>Appalti, servizi e forniture per gli enti ed aziende del Servizio sanitario della Regione Calabria</i> ) .....	26
Articolo 7 ( <i>Misure straordinarie di gestione delle imprese esercenti attività sanitaria per conto del Servizio sanitario regionale nell'ambito della prevenzione della corruzione</i> ) .....	29
Articolo 8 ( <i>Supporto dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali</i> ) .....	30
Articolo 9 ( <i>Ulteriori disposizioni in tema di collaborazione e supporto ai Commissari</i> ) .....	31
Articolo 10 ( <i>Aziende sanitarie sciolte ai sensi dell'articolo 146 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267</i> ) .....	32
Articolo 11 ( <i>Disposizioni in materia di personale e di nomine negli enti del Servizio sanitario nazionale</i> ) .....	34
Articolo 12 ( <i>Disposizioni sulla formazione in materia sanitaria e sui medici di medicina generale</i> ) .....	43
Articolo 13 ( <i>Disposizioni in materia di carenza di medicinali e di riparto del Fondo sanitario nazionale</i> ) .....	49
Articolo 14 ( <i>Disposizioni finanziarie</i> ) .....	52
Articolo 15 ( <i>Disposizioni transitorie e finali</i> ) .....	54
Articolo 15-bis ( <i>Clausola di salvaguardia</i> ) .....	55
Articolo 16 ( <i>Entrata in vigore</i> ) .....	56



## **SCHEDE DI LETTURA**



## **Articolo 1** **(Ambito di applicazione)**

L'**articolo 1** delinea l'**ambito di applicazione** delle disposizioni del **Capo I del decreto**, interamente dedicato a **disposizioni speciali per la Regione Calabria**, inerenti al raggiungimento degli obiettivi previsti nei programmi operativi di prosecuzione del piano di rientro (PdR) dai disavanzi del Servizio sanitario regionale nonché - **come specificato dalla Camera** - dei livelli essenziali di assistenza.

Gli interventi proposti, pertanto, si configurano come disposizioni straordinarie - che si applicano, ai sensi del successivo **articolo 15, comma 1**, per un periodo di 18 mesi -, con le quali si intende accompagnare la sanità calabrese verso situazioni amministrative "normali". Come sottolineato dalla Relazione illustrativa al provvedimento, "l'intento, nella piena consapevolezza dei limiti costituzionali connessi ad ogni intervento in senso lato sostitutivo, è di poter originare un percorso finalizzato ad una prima rimozione dei fattori di criticità, dotando il Commissario *ad acta* per l'attuazione degli obiettivi del piano di rientro della Regione Calabria di poteri straordinari che consentano in tempi certi e definiti il ripristino della normalità, garantendo la trasparenza nel settore sanitario, superando anche ostacoli burocratici ed ambientali".

La Calabria è stata sottoposta a Piano di rientro approvato con [DGR n. 845 del 16 dicembre 2009](#) (ai sensi dell'art. 22, co. 4, del decreto legge 78/2009). L'[Accordo](#) per il [Piano di rientro dal disavanzo](#) della spesa sanitaria della Regione Calabria per il triennio 2010-2012 è stato siglato in data 17 dicembre 2009 (poi recepito con Deliberazione della Giunta Regionale - DGR 908/2009) con la previsione di interventi volti a ristabilire l'equilibrio economico-finanziario della Regione.

Già nei primi mesi del 2010, nel corso delle consuete verifiche operate dai Tavoli di monitoraggio del Piano di rientro, sono state evidenziate inadempienze da parte della Regione negli interventi di risanamento, riequilibrio economico finanziario e di riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale, con conseguente attivazione della procedura di commissariamento della Regione, con conferimento del mandato commissariale al Presidente della Regione Calabria Giuseppe Scopelliti, (deliberazione del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 30 Luglio 2010).

A seguito delle dimissioni del Presidente della Regione Calabria, nel settembre 2014, l'incarico di Commissario *ad acta* è stato quindi momentaneamente conferito (fino all'insediamento del nuovo Presidente) al Gen. Luciano Pezzi, già sub-Commissario (DPCM 19 settembre 2014). Nel marzo del 2015, ai sensi di quanto disposto dalla stabilità 2015 (art. 1, commi da 569 a 572, legge 190/2014) circa l'incompatibilità della nomina a Commissario ad acta con qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento, è stato nominato l'Ing. Massimo Scura quale Commissario ad acta (DPCM 12 marzo 2015).

Contemporaneamente, secondo quanto previsto dall'art. 2, co. 88, della legge 191/2009, il Piano di rientro è proseguito con il Programma Operativo 2013-2015 (Decreto del Commissario *ad acta* - [DCA 14 del 2 aprile 2015](#)). Attualmente è in vigore [il Programma Operativo](#) 2016-2018, adottato con DCA 119 del 4 novembre 2016.

La Relazione illustrativa al provvedimento evidenzia che già nel biennio 2014-2015, dall'analisi di contesto condotta dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), era emerso chiaramente l'interesse della criminalità organizzata a costruire una rete di relazioni con gli operatori sanitari al fine di acquisire posizioni di privilegio utili nelle procedure di assegnazione di appalti pubblici nel settore sanitario, con particolare riferimento ad alcune aziende sanitarie della Regione, su tutte quelle di Locri (ex ASL 9), di Reggio Calabria (ex ASL 11 a ASP 5)<sup>1</sup>, nonché l'azienda provinciale di Vibo Valentia. Tale situazione è rimasta pressoché inalterata, tanto che con DPR 11 marzo 2019 è stato sciolto l'organo di direzione generale dell'Azienda sanitaria provinciale (ASP) di Reggio Calabria, sostituito da una commissione straordinaria. Nella Relazione allegata al DPR, il Prefetto richiama la forte capacità di penetrazione dei sodalizi malavitosi nella realtà economica e sociale e nel tessuto amministrativo locale, mettendo in luce sia l'accentuata propensione delle organizzazioni "ndranghetiste" ad inserirsi nel settore della sanità pubblica al fine di orientarne la gestione delle risorse finanziarie a proprio vantaggio sia il ruolo di affiliati o di «fiancheggiatori» svolto da taluni operatori di quel settore nei confronti delle consorzierie territorialmente egemoni<sup>2</sup>.

Dal punto di vista contabile, la Corte dei Conti<sup>3</sup> ha evidenziato il gravissimo disordine amministrativo/contabile in cui versa la ASP di Reggio Calabria, ma anche le restanti quattro Aziende Sanitarie Provinciali e le quattro Aziende Ospedaliere della Regione, che, pur avendo ampie disponibilità liquide, non sono riuscite a far fronte tempestivamente ai pagamenti<sup>4</sup>. Ancora, l'adempimento del debito pregresso è stato, dal 2015, affidato agli enti del SSR ma i pagamenti, nel 2017, non hanno registrato progressi ed è stata soddisfatta soltanto il 70% della massa passiva, nonostante i significativi trasferimenti di risorse da parte della Regione<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> A questo riguardo va ricordato che negli scorsi anni, anche a seguito dell'omicidio del vicepresidente del Consiglio regionale nonché dirigente medico dell'ex ASL di Locri, dr. Francesco Fortugno, le indagini avviate nel settore della sanità calabrese avevano portato allo scioglimento per infiltrazioni mafiose, ai sensi dell'art. 143, comma 1, del D. Lgs. 267/2000 (T.U.E.L.), delle aziende sanitarie locali di Reggio Calabria e di Locri e alle connesse gestioni commissariali straordinarie.

<sup>2</sup> Per una lettura completa della Relazione del Prefetto si rinvia alla [G.U. n. 160 del 2 aprile 2019](#).

<sup>3</sup> Corte dei Conti, [Relazione sul rendiconto generale della Regione Calabria](#), 22 novembre 2018.

<sup>4</sup> Si ricorda che la legge di stabilità 2016 (articolo 1, commi da 521 a 536 della [legge 208/2015](#)) ha introdotto l'istituto relativo ai piani di rientro aziendali per gli enti del SSN. I commi da 521 a 536 infatti introducono l'obbligo di adozione e di attuazione di un piano di rientro per le aziende ospedaliere o ospedaliero-universitarie e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici che presentino un determinato disavanzo o un mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure (commi da 524 a 534) e prevedono un'estensione dell'istituto del piano di rientro, a decorrere dal 2017, alle aziende sanitarie locali ed ai relativi presidi ospedalieri (commi 535 e 536). La legge di bilancio 2017 (art. 1, comma 390, della [legge 232/2016](#)), ha considerato situazione di disequilibrio economico un disavanzo tra i costi ed i ricavi (derivanti dalla remunerazione delle attività da parte del Servizio sanitario regionale) pari o superiore al 7% dei medesimi ricavi o pari, in valore assoluto, ad almeno 7 milioni di euro.

<sup>5</sup> Sul punto anche la Relazione della riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, tenutasi il 15 novembre 2018, in cui si evidenzia che, sebbene la Regione Calabria abbia destinato al proprio Servizio sanitario regionale la totalità delle risorse appositamente incassate dallo Stato e delle somme destinate dalla stessa regione a valere su risorse proprie (limite previsto dall'art. 3, comma 7 del D. L. 35/2013), al 31 marzo 2018 rimanevano in Gestione sanitaria accentrata (GSA) 142,8 mln di euro di risorse non trasferite agli enti del SSR. In aggiunta, lo stato patrimoniale (relativo all'anno 2017), come emerso sulla base della verifica condotta dai Tavoli tecnici, evidenzia l'alta dimensione delle disponibilità liquide aziendali, a cui però si contrappone, una crescita delle anticipazioni verso il tesoriere (+369%) che non ha pari in Italia.



D'altra parte, nel corso del 2018, le verifiche operate dai Tavoli di monitoraggio hanno rilevato un disavanzo 2018 superiore a 160 milioni di euro, non coerente con le coperture previste dal Piano di rientro (pari a circa 100 milioni di euro), con la conseguenza, in caso di proiezione confermata, di un ulteriore aumento delle aliquote fiscali dello 0,15% e dello 0,30% rispettivamente di Irap e addizionale Irpef (procedura sanzionatoria automatica prevista dall'art. 1, co. 174, della legge finanziaria 2005 - L. n. 311/2004), oltre che il blocco totale del *turn over* del personale del SSR e il blocco dei trasferimenti non obbligatori del bilancio regionale fino all'anno successivo a quello di verifica.

Infine, per quanto riguarda l'erogazione dei LEA, il punteggio provvisorio della Griglia LEA anno 2017 è risultato pari a 136 (livello di sufficienza >160), con varie carenze ascrivibili in particolare all'adesione agli screening oncologici, all'offerta territoriale domiciliare e per malati terminali e alla qualità e sicurezza dell'assistenza ospedaliera. L'allora Commissario *ad acta*<sup>6</sup> ha ribadito le varie criticità, in particolare l'assenza di un subcommissario, le forti carenze di personale nella struttura sanitaria regionale, nonché la poca sinergia con la Regione, disegnando di fatto una situazione emergenziale. Inoltre, i Tavoli hanno rilevato, una sostanziale inerzia rispetto allo stato di attuazione del Programma Operativo 2016-2018, (sul punto il documento "[Calabria - Situazione erogazione dei LEA](#)" - Riunione di verifica del 15 novembre 2018).

Conseguentemente, nel dicembre 2018, è stato nominato Commissario *ad acta* il Gen. Dott. Saverio Cotticelli ([DPCM 7 dicembre 2018](#))<sup>7</sup>.

Pertanto, la Struttura commissariale è attualmente composta dal Commissario ad acta Saverio Cotticelli e dal Sub Commissario ad acta Thomas Schael.

Il documento [Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA - Metodologia e risultati dell'anno 2017](#) del febbraio 2019 riporta gli esiti della valutazione per l'anno 2017 effettuata dal Comitato LEA, per l'adempimento "Mantenimento nell'erogazione dei LEA" confermando per la Regione Calabria la valutazione pari a 136 che secondo i parametri di riferimento fissati dal Comitato LeA (*range* 25 – 225; positivo a 160) risulta sotto la soglia di adempienza ed in lieve flessione dal 2015.

---

<sup>6</sup> Sul punto si rinvia anche al [Promemoria dell'Ing. Massimo Scura](#) acquisito nel corso dell'audizione sulle problematiche della sanità nella Regione Calabria presso la Commissione Igiene e sanità del Senato il 19 settembre 2018.

<sup>7</sup> Ai sensi dell'art. 2, comma 84, della legge 191/2009, qualora il commissario ad acta per la redazione e l'attuazione del piano, non adempia in tutto o in parte all'obbligo di redazione del piano o agli obblighi, anche temporali, derivanti dal piano stesso, indipendentemente dalle ragioni dell'inadempimento, il Consiglio dei ministri, in attuazione dell'[articolo 120 della Costituzione](#), adotta tutti gli atti necessari ai fini della predisposizione del piano di rientro e della sua attuazione. Nei casi di riscontrata difficoltà in sede di verifica e monitoraggio nell'attuazione del piano, il Consiglio dei ministri, in attuazione dell'[articolo 120 della Costituzione](#), sentita la regione interessata, nomina uno o più commissari ad acta di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria per l'adozione e l'attuazione degli atti indicati nel piano e non realizzati.

## **Articolo 2** *(Verifica straordinaria sui direttori generali degli enti del Servizio sanitario nazionale)*

L' **articolo 2** disciplina e rafforza le procedure di verifica dei direttori generali degli enti del Servizio sanitario regionale (attualmente regolamentate dall'art. 2 del D. Lgs. 171/2016 e di pertinenza delle regioni), prevedendo procedure di verifica straordinaria sui direttori generali degli enti dei servizi sanitari della Regione Calabria, effettuate direttamente dal Commissario *ad acta* per l'attuazione dei Piani di Rientro (PdR). Sul punto la Relazione illustrativa al provvedimento sottolinea che "ricondurre tale compito al Commissario *ad acta* ed imporre dei termini più abbreviati per l'esercizio di tale competenza appare una misura sistematica necessaria per garantire il raggiungimento degli obiettivi posti dal Piano di rientro: ciò proprio in considerazione del fatto che la gestione deficitaria condotta fin d'ora dalla maggior parte delle aziende sanitarie calabresi trovi una sua ragione anche nella insufficienza delle verifiche attuate dalla Regione Calabria, le quali non hanno quasi mai impedito il riconoscimento ai Direttori Generali di tutti gli emolumenti accessori connessi al raggiungimento degli obiettivi gestionali".

**I Piani di Rientro (PdR) sono finalizzati a verificare la qualità delle prestazioni sanitarie ed a raggiungere il riequilibrio dei conti dei servizi sanitari regionali. Attualmente, le regioni in PdR sono sette (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise Puglia e Sicilia), di cui quattro commissariate (Campania, Lazio, Molise e Calabria).**

Per le regioni con elevati disavanzi sanitari, la [legge 191/2009](#) (legge finanziaria per il 2010), come previsto dal [Patto per la salute 2010-2012](#), ha stabilito nuove regole per i PdR e per il commissariamento delle regioni. Oltre a ridurre al 5% il livello di squilibrio economico (in precedenza fissato al 7%), per la presentazione del Piano di rientro regionale, ha infatti modificato la procedura per la predisposizione e l'approvazione del Piano, nonché il procedimento di diffida della regione e della nomina di commissario *ad acta*.

Di seguito viene brevemente illustrato il procedimento per la sottoscrizione del piano di rientro e di eventuale commissariamento introdotti dal combinato disposto del decreto legge 159/2007 e della legge finanziaria 2010. Accertato il deficit, la regione presenta il PdR elaborato con AIFA e AGENAS, contenente sia le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei LEA, sia le misure per garantire l'equilibrio di bilancio sanitario in ciascuno degli anni compresi nel piano stesso. Dopo l'approvazione regionale, la valutazione del Piano è compiuta dai Tavoli tecnici di monitoraggio (Tavolo adempimenti e Comitato LEA), a cui partecipano rappresentanti dei ministeri competenti (rispettivamente MEF e Ministero della salute), delle regioni e della Conferenza Stato-Regioni. Decorso i termini previsti, il Governo valuta il Piano e lo approva. Se la Regione non presenta il Piano di rientro, o nel caso di valutazione negativa del Piano da parte dei Tavoli tecnici per gravi ritardi nella sua attuazione, il Governo diffida la regione a compiere gli adempimenti previsti entro la data riportata nella diffida. I Tavoli tecnici sono chiamati a valutare gli

atti adottati dalla regione e la loro congruità a recuperare il grave ritardo nell'attuazione del PdR. In caso di perdurante inadempienza, accertata dai Tavoli tecnici, il Consiglio dei Ministri, su proposta del MEF, di concerto con il Ministro della salute e sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, in attuazione dell'art. 120 della Costituzione, nomina un commissario *ad acta* per l'intera durata del PdR. Al Commissario viene conferito un mandato in ordine all'attuazione del PdR con la specificazione anche dei principali interventi da porre in essere. Il Commissario agisce per conto del Governo al fine di dare attuazione al PdR; pertanto con il commissariamento la regione perde la sua potestà sulla sanità con particolare riferimento agli obiettivi nominati esplicitamente nel mandato commissariale. Ai sensi dell'**art. 4 del decreto legge 159/2007**, al fine di assicurare la puntuale attuazione del PdR, il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, può nominare, anche dopo l'inizio della gestione commissariale, uno o più subcommissari di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale. I subcommissari svolgono attività a supporto dell'azione del commissario, essendo il loro mandato vincolato alla realizzazione di alcuni o di tutti gli obiettivi affidati al commissario con il mandato commissariale. Il commissario può avvalersi dei subcommissari anche quali soggetti attuatori e può motivatamente disporre, nei confronti dei direttori generali delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e delle aziende ospedaliere universitarie, fermo restando il trattamento economico in godimento, la sospensione dalle funzioni in atto, che possono essere affidate a un soggetto attuatore, e l'assegnazione ad altro incarico fino alla durata massima del commissariamento ovvero alla naturale scadenza del rapporto con l'ente del servizio sanitario. Gli eventuali oneri derivanti dalla gestione commissariale sono a carico della regione interessata, che mette altresì a disposizione del commissario e dei subcommissari il personale, gli uffici e i mezzi necessari all'espletamento dell'incarico. Con decreto interministeriale (economia, lavoro e salute), sono determinati i compensi degli organi della gestione commissariale. Le regioni provvedono ai predetti adempimenti utilizzando le risorse finanziarie, umane e strumentali disponibili a legislazione vigente

Il commissariamento della regione comporta l'automatica adozione di misure restrittive e sanzionatorie verso la regione (sospensione dei trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio, decadenza dei direttori generali, amministrativi e sanitari, incremento delle aliquote nelle misure fisse di 0,15 punti percentuali dell'aliquota dell'Irap e di 0,30 punti percentuali dell'addizionale all'Irpef). Resta fermo l'obbligo del mantenimento, per l'intera durata del piano, delle maggiorazioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive e dell'addizionale regionale all'IRPEF ove scattate automaticamente ai sensi dell'art. 1, co. 174, della L. 311/2004.

Sulla base dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 (recepita dalla legge finanziaria 2010 - legge 191/2009), è stato disposto che i PdR delle regioni commissariate proseguano mediante programmi operativi. D'altra parte, le regioni sottoposte ai PdR e commissariate, possono presentare un nuovo PdR, o, in alternativa, la prosecuzione del piano di rientro secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi della gestione commissariale. Se la regione presenta un nuovo Piano di rientro cessa il commissariamento, e si ritorna alla gestione ordinaria (articolo 2, comma 88 legge finanziaria 2010).

L'art. 2, comma 84, della legge finanziaria 2010 ha inoltre disposto che qualora il Commissario *ad acta* per la redazione e l'attuazione del piano, a qualunque titolo nominato, non adempia in tutto o in parte all'obbligo di redazione del piano o agli obblighi, anche temporali, derivanti dal piano stesso, indipendentemente dalle ragioni dell'inadempimento, il Consiglio dei ministri, in attuazione dell'articolo 120 della Costituzione, adotta tutti gli atti necessari ai fini della predisposizione del piano di rientro e della sua attuazione. Nei casi di riscontrata difficoltà in sede di verifica e monitoraggio nell'attuazione del piano, nei tempi o nella dimensione finanziaria ivi indicata, il Consiglio dei ministri, in attuazione dell'articolo 120 della Costituzione, sentita la regione interessata, nomina uno o più commissari *ad acta* di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria per l'adozione e l'attuazione degli atti indicati nel piano e non realizzati.

Il [decreto-legge 78/2010](#), all'articolo 11, ha inoltre disposto per le regioni con PdR e commissario *ad acta*, la ricognizione definitiva dei debiti accertati e la predisposizione di un piano che definisca modalità e tempi di pagamento dei debiti medesimi. Pertanto, nelle regioni sottoposte ai PdR è prevista l'individuazione di un *advisor* finanziario per la gestione delle operazioni di natura finanziaria e di un *advisor* contabile per il supporto contabile sia nella gestione della citata certificazione delle posizioni debitorie pregresse che nel supporto finalizzato al miglioramento della gestione contabile corrente. L'*advisor* contabile svolge anche la funzione di valutatore indipendente in ordine al monitoraggio contabile conseguente all'attuazione del piano di rientro.

Si ricorda inoltre che la prosecuzione ed il completamento del PdR sono le condizioni per l'attribuzione di **risorse aggiuntive** e della **quota premiale** del finanziamento del SSN pari alla misura dello 0,25 per cento delle risorse ordinarie previste per il finanziamento del SSN (come previsto dall'art. 15, comma 23, del decreto legge 95/2012).

In materia di commissariamento delle regioni in disavanzo, il [Patto per la salute 2014-2016](#) (la norma è stata in seguito recepita dalla stabilità 2015 - art. 1, commi da 569 a 572, legge 190/2014) ha previsto che la nomina a commissario *ad acta* per la predisposizione, l'adozione o l'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario, sia incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la Regione soggetta a commissariamento. L'articolo 25-*septies* del decreto legge 119/2018 ha riaffermato il principio della incompatibilità del Commissario *ad acta* con qualsiasi incarico istituzionale<sup>8</sup> e ha previsto che il Commissario debba essere in possesso di un *curriculum* che evidenzi qualificate e comprovate professionalità ed esperienze di gestione sanitaria anche in base ai risultati in precedenza conseguiti, attribuendogli anche il potere di proporre la decadenza dei direttori generali, amministrativi e sanitari degli enti del servizio sanitario regionale, se, in corso di verifica, risultino non da questi perseguiti gli obiettivi di risanamento del Piano, a loro affidati.

Si ricorda, infine, che la legge di bilancio per il 2019 (L. n. 145/2018, art. 1, comma 513) ha previsto, a supporto del Ministero della salute e delle regioni e province autonome, che [l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali \(AGENAS\)](#) realizzi un sistema di analisi e monitoraggio delle *performance* delle aziende sanitarie, entro un limite di spesa pari a 100.000 euro annui a decorrere dal 2019.

<sup>8</sup> Tale principio era stato limitato dalla legge di bilancio 2017 - art. 1, commi 395 e 396, che aveva escluso, per le fattispecie di commissariamento delle regioni per i casi di inadempimento - successivo a diffida da parte del Governo -, l'applicazione della disciplina di cui all'art. 1, commi 569 e 570, della legge 190/2014.

In particolare, l'articolo in commento dispone che, **entro trenta giorni dall'entrata in vigore del provvedimento** e, successivamente, **almeno ogni sei mesi**, il Commissario *ad acta* sia tenuto ad effettuare una **verifica straordinaria** sull'attività dei direttori generali delle aziende sanitarie, delle aziende ospedaliere e delle aziende ospedaliere universitarie.

La verifica è volta altresì ad accertare se le azioni poste in essere da ciascun direttore generale siano coerenti con gli obiettivi di attuazione del piano di rientro, anche sotto il profilo dell'eventuale inerzia amministrativa o gestionale. Il Commissario *ad acta*, nel **caso di valutazione negativa del direttore generale**, previa contestazione e nel rispetto del principio del contraddittorio, provvede motivatamente a dichiararne l'**immediata decadenza dall'incarico**, nonché a **risolverne il relativo contratto**. La dichiarazione è effettuata entro **quindici giorni dall'avvio del procedimento** e **senza richiedere il parere** del sindaco o della Conferenza dei sindaci (per le aziende sanitarie locali il cui ambito territoriale non coincide con il territorio del comune), ovvero, per le aziende ospedaliere, senza il parere della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale (pareri richiesti dall'art. 2, co. 5, del D. Lgs. 171/2016). In caso di valutazione positiva, al direttore generale si estendono le disposizioni relative alle attribuzioni ed ai compiti dei commissari straordinari, disposti dal provvedimento in esame, relativamente all'adozione dell'atto aziendale - di cui al successivo **articolo 3, comma 6** - e alla verifica generale sulla gestione dell'ente cui è preposto - di cui all'**articolo 5, comma 1**. *Riguardo al primo dei suddetti richiami interni, sembrerebbe opportuno far riferimento anche al comma 6-bis dello stesso articolo 3 - comma introdotto dalla Camera e concernente i destinatari delle comunicazioni dell'Unità di crisi ai fini dell'adozione dell'atto aziendale -.*

In premessa, si ricorda che il D. Lgs. 502/1992, ha disegnato le aziende sanitarie come persone giuridiche pubbliche dotate di autonomia imprenditoriale, il cui principale interlocutore istituzionale è la regione. Al vertice dell'azienda sanitaria è posto il direttore generale, con poteri di rappresentanza e di governo dell'azienda, al quale spetta la responsabilità della direzione aziendale, l'adozione degli atti aziendali di diritto privato, nonché 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.

In materia di verifiche, l'**articolo 2 del D. Lgs. 171/2016**<sup>9</sup> dispone che, **trascorsi ventiquattro mesi dalla nomina di ciascun direttore generale**, la regione<sup>10</sup>, **entro novanta giorni, verifichi** i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi, e in caso di **esito negativo** dichiararli, previa contestazione e nel rispetto del

<sup>9</sup> *Attuazione della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di dirigenza sanitaria.*

<sup>10</sup> La regione può procedere sentito il parere del sindaco o della Conferenza dei sindaci (nelle aziende sanitarie locali il cui ambito territoriale non coincide con il territorio del comune), ovvero, per le aziende ospedaliere, sentito il parere della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale (di cui all'articolo 2, comma 2-bis, del D. Lgs. 502/1992)

principio del contraddittorio, la **decadenza immediata** dall'incarico **con risoluzione del relativo contratto**. In caso di valutazione positiva la Regione procede alla conferma con provvedimento motivato. La disposizione si applica in ogni altro procedimento di valutazione dell'operato del direttore generale. **Ulteriori ipotesi di decadenza** si hanno se ricorrono gravi e comprovati motivi, o se la gestione aziendale presenta una situazione di grave disavanzo imputabile al mancato raggiungimento degli obiettivi di salute, al funzionamento dei servizi sanitari e al mancato rispetto degli obiettivi economico-finanziari e di bilancio concordati, o in caso di manifesta violazione di legge o regolamenti o del principio di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione, nonché di violazione degli obblighi in materia di trasparenza. Anche in questi casi la regione, previa contestazione e nel rispetto del principio del contraddittorio, provvede a risolvere il contratto entro trenta giorni dall'avvio del procedimento, dichiarando l'immediata decadenza del direttore generale con provvedimento motivato, e provvede alla sua sostituzione. In tutte queste ipotesi di decadenza, la regione provvede previo parere della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale che si esprime nel termine di dieci giorni dalla richiesta, decorsi inutilmente i quali la risoluzione del contratto può avere comunque corso. Si prescinde dal parere nei casi di particolare gravità e urgenza. Nel caso di manifesta inattuazione nella realizzazione del Piano attuativo locale, il sindaco o la Conferenza dei sindaci, ovvero, per le aziende ospedaliere, la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale, possono chiedere alla regione di revocare l'incarico di direttore generale. E' fatto salvo quanto previsto per i casi di **decadenza automatica** dei direttori generali nelle ipotesi di: mancato raggiungimento dell'equilibrio economico delle aziende sanitarie e ospedaliere (ex art. 52, co. 4, lettera *d*) della legge 289/2002<sup>11</sup>); grave inadempimento contrattuale conseguente all'accertamento da parte della regione del mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali (ex art. 3-*bis*, co. 7-*bis*, del D.Lgs. 502/1992<sup>12</sup>); mancata trasmissione del piano di rientro all'ente interessato, ovvero in caso di esito negativo della verifica annuale dello stato di attuazione del medesimo piano di rientro (ex art. 1, co. 534 della legge 28 dicembre 2008/2015<sup>13</sup>).

Si ricorda inoltre che, il **Commissario ad acta** qualora, **in sede di verifica annuale** ai sensi dell'art. 2, co. 81, della L 191/2009, riscontri il mancato raggiungimento degli obiettivi del piano di rientro, così come specificati nei singoli contratti dei direttori generali, **propone**, con provvedimento motivato, la **decadenza** degli stessi, dei direttori amministrativi e sanitari degli enti del servizio sanitario regionale, in applicazione dell'art. 3-*bis*, co. 7 del D.Lgs 502/1992 (decadenza immediata).

<sup>11</sup> Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003).

<sup>12</sup> Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

<sup>13</sup> Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016).

### Articolo 3

#### *(Commissari straordinari degli enti del Servizio sanitario regionale)*

L'**articolo 3** prescrive le misure da attivarsi nel caso di esito negativo della verifica sull'attività dei direttori generali da parte del commissario *ad acta*, ai sensi dell'articolo 2.

Esso detta le norme relative alla **nomina ed alla disciplina dell'operato del commissario straordinario**. Vengono stabiliti i requisiti e le modalità di nomina del commissario straordinario, la disciplina giuridica dell'incarico e la definizione del relativo compenso. Al commissario spetta, tra l'altro, l'adozione di un nuovo atto aziendale. A tale scopo – come da **modifica approvata dalla Camera** - viene istituita un'**Unità di crisi speciale per la Regione**, con il compito di effettuare **visite ispettive straordinarie** presso le aziende sanitarie, e verificare l'effettivo raggiungimento dei livelli essenziali di assistenza. Il commissario straordinario resta in carica per 18 mesi dalla data di entrata in vigore del decreto. Il relativo incarico può essere utilmente valutato quale esperienza dirigenziale.

Passando ad un esame più puntuale della disposizione in commento, essa prevede in primo luogo che il commissario straordinario sia nominato dal commissario *ad acta*, previa intesa con la Regione, nonché – **come da modifica approvata dalla Camera** – con il rettore nel caso di aziende ospedaliero-universitarie, in presenza di valutazione negativa dell'operato del direttore generale, a seguito di verifica straordinaria dell'attività del direttore medesimo ai sensi dell'articolo 2.

In caso di valutazione negativa, qualora l'intesa non sia raggiunta nel termine perentorio di dieci giorni, la nomina è effettuata con decreto del Ministro della salute, su proposta del commissario *ad acta*, previa delibera del Consiglio dei ministri, a cui è invitato a partecipare il Presidente della Giunta regionale con preavviso di almeno tre giorni.

Qualora in luogo del direttore generale sia stato nominato dalla regione Calabria un commissario che, a qualsiasi titolo, ne svolge le funzioni, questi decade in ogni caso dalla data di entrata in vigore del decreto legge e si applicano le disposizioni dell'articolo in commento (**comma 1**).

Ai sensi del **comma 2** il commissario straordinario è scelto tra soggetti, anche in quiescenza, di comprovata competenza ed esperienza, in particolare in materia di organizzazione sanitaria o di gestione aziendale, anche nell'ambito dell'elenco nazionale di cui all'articolo 1 del D.Lgs n. 171/2016<sup>14</sup>. Come evidenziato nella relazione illustrativa, tali indicazioni lasciano aperte, dunque, più possibilità di cui la disposizione dà conto, individuando misure specifiche a seconda dell'inquadramento giuridico del soggetto chiamato a ricoprire l'incarico di commissario straordinario.

---

<sup>14</sup> Attuazione della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di dirigenza sanitaria.

Il citato articolo 1 del D.Lgs n. 171, prevede la costituzione di un **elenco nazionale, presso il Ministero della Salute, dei soggetti idonei a ricoprire l'incarico di direttore generale** delle ASL, delle Aziende ospedaliere e degli altri enti del SSN, policlinici universitari compresi. L'elenco, istituito presso il Ministero della Salute, è aggiornato con cadenza biennale. Sempre ogni due anni, per la formazione dell'elenco nazionale dei soggetti idonei, verrà nominata 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, contabili e avvocati dello Stato, uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, e due designati dalla Conferenza Stato Regioni. I componenti della Commissione possono essere nominati una sola volta e restano in carica per il tempo necessario alla formazione dell'elenco. La Commissione dovrà procedere alla formazione dell'elenco nazionale entro 120 giorni dalla data di insediamento. Alla selezione sono ammessi i candidati che non abbiano compiuto 65 anni di età in possesso di: a) diploma di laurea; b) comprovata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale, nel settore sanitario o settennale in altri settori, con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e o finanziarie, maturata nel settore pubblico o nel settore privato; c) attestato rilasciato all'esito del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria. 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. Non possono essere reinseriti nell'elenco nazionale coloro che siano stati dichiarati decaduti dal precedente incarico di direttore generale per violazione degli obblighi di trasparenza di cui al decreto legislativo 24 marzo 2013, n. 33, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97.

Restano ferme le disposizioni in tema di incompatibilità, inconferibilità, nonché le preclusioni previste all'articolo 3, comma 11, del D.Lgs n. 502/1992<sup>15</sup>.

Il citato comma 11 dispone che non possono essere nominati direttori generali, direttori amministrativi o direttori sanitari delle unità sanitarie locali:

- a) coloro che hanno riportato condanna, anche non definitiva, a pena detentiva non inferiore ad un anno per delitto non colposo ovvero a pena detentiva non inferiore a sei mesi per delitto non colposo commesso nella qualità di pubblico ufficiale o con abuso dei poteri o violazione dei doveri inerenti ad una pubblica funzione, salvo quanto disposto dal secondo comma dell'articolo 166 del codice penale;
- b) coloro che sono sottoposti a procedimento penale per delitto per il quale è previsto l'arresto obbligatorio in flagranza;
- c) coloro che sono stati sottoposti, anche con provvedimento non definitivo ad una misura di prevenzione, salvi gli effetti della riabilitazione prevista dall'articolo 15 della legge 3 agosto 1988, n. 327, e dall'articolo 14 della legge 19 marzo 1990, n. 55;
- d) coloro che sono sottoposti a misura di sicurezza detentiva o a libertà vigilata.

---

<sup>15</sup> *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.*



La nomina a commissario straordinario costituisce causa legittima di recesso da ogni incarico presso gli enti del servizio sanitario nazionale e presso ogni altro ente pubblico.

Qualora il commissario straordinario sia dipendente pubblico ha diritto all'aspettativa non retribuita, con conservazione dell'anzianità per tutta la durata dell'incarico.

Il **comma 3** pone una disposizione transitoria, prevedendo che fino alla nomina del commissario straordinario si applica la disposizione di cui all'articolo 3, comma 6, settimo periodo, del D.Lgs n. 502/1992, la quale prevede che, in caso di vacanza dell'ufficio o di assenza o di impedimento del direttore generale, le relative funzioni sono svolte dal direttore amministrativo o dal direttore sanitario su delega del direttore generale o, in mancanza di delega, dal direttore più anziano per età.

Viene poi specificamente previsto che in mancanza del direttore amministrativo e del direttore sanitario l'ordinaria amministrazione è garantita dal dirigente amministrativo più anziano per età preposto ad unità operativa complessa, ovvero, in subordine, ad unità operativa semplice.

Può essere nominato un unico commissario straordinario per più enti del servizio sanitario regionale (**comma 4**). A tale proposito, la relazione illustrativa evidenzia che con tale facoltà si intende agevolare, tra l'altro, il percorso di aggregazione degli enti del Servizio sanitario regionale, già avviati o da avviarsi, afferenti all'attuazione del Piano di rientro e finalizzati, se del caso, anche alla revisione della rete territoriale e/o ospedaliera della Regione.

Ai sensi del **comma 5**, l'ente del Servizio sanitario della Regione corrisponde al commissario straordinario il compenso stabilito dalla normativa regionale per i direttori generali dei rispettivi enti del servizio sanitario – anche cumulativamente nei casi del comma 4.

Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con quello della salute, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legge, è definito un compenso aggiuntivo per l'incarico di commissario straordinario, comunque non superiore ad euro 50.000 al lordo degli oneri riflessi, a carico del bilancio del Ministero della salute. In base ad una norma **inserita dalla Camera**, la corresponsione di tale compenso aggiuntivo è subordinata alla valutazione positiva di cui al successivo **comma 7**.

Vengono comunque fatti salvi i limiti di cui all'articolo 23-ter (*Disposizioni in materia di trattamenti economici*), commi 1 e 2, del D.L. n. 201/2011<sup>16</sup>, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 214/2011.

Il citato articolo 23-ter, ai commi 1 e 2, prevede che con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri sia definito il trattamento economico annuo onnicomprensivo di chiunque riceva a carico delle finanze pubbliche emolumenti o retribuzioni nell'ambito di

---

<sup>16</sup> *Disposizioni urgenti per la crescita, l'equità e il consolidamento dei conti pubblici.*

rapporti di lavoro dipendente o autonomo con pubbliche amministrazioni statali, di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, ivi incluso il personale in regime di diritto pubblico di cui all'articolo 3 del medesimo decreto legislativo, e successive modificazioni, stabilendo come parametro massimo di riferimento il trattamento economico del primo presidente della Corte di cassazione. Ai fini dell'applicazione della disciplina di cui al presente comma devono essere computate in modo cumulativo le somme comunque erogate all'interessato a carico del medesimo o di più organismi, anche nel caso di pluralità di incarichi conferiti da uno stesso organismo nel corso dell'anno. Il personale di cui al comma 1 che è chiamato, conservando il trattamento economico riconosciuto dall'amministrazione di appartenenza, all'esercizio di funzioni direttive, dirigenziali o equiparate, anche in posizione di fuori ruolo o di aspettativa, presso Ministeri o enti pubblici nazionali, comprese le autorità amministrative indipendenti, non può ricevere, a titolo di retribuzione o di indennità per l'incarico ricoperto, o anche soltanto per il rimborso delle spese, più del 25 per cento dell'ammontare complessivo del trattamento economico percepito.

In attuazione delle norme descritte è stato emanato il **D.P.C.M. 23 marzo 2012**, recante il *“Limite massimo retributivo per emolumenti o retribuzioni nell'ambito di rapporti di lavoro dipendente o autonomo con le pubbliche amministrazioni statali”*.

**La Camera ha soppresso** la previsione di un rimborso delle spese documentate, che il testo originario del **comma 5** riconosceva (entro il limite di 20.000 euro annui) per l'ipotesi in cui il commissario straordinario fosse un soggetto residente al di fuori del territorio regionale.

Per l'attuazione del **comma 5** viene autorizzata la spesa di euro 472.500 annui per ciascuno degli anni 2019 e 2020, alla cui copertura si provvede ai sensi dell'articolo 14.

Ai sensi del **comma 6**, il commissario straordinario, entro sei mesi dalla nomina (**la Camera ha così ridotto** il termine, originariamente stabilito in nove mesi), adotta un nuovo atto aziendale, di cui all'articolo 3, comma 1-*bis*, del decreto legislativo n. 502/1992, approvato dal commissario *ad acta*, al fine di assicurarne la coerenza con il piano di rientro dai disavanzi nel settore sanitario e i relativi programmi operativi di prosecuzione nonché per ridefinire le procedure di controllo interno.

Il citato comma 1-*bis* dispone che in funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica.

**La Camera ha inserito il comma 6-bis**, diretto a prevedere che, ai fini dell'adozione dell'atto aziendale di cui al **comma 6**, venga istituita – entro trenta giorni dall'entrata in vigore della legge di conversione del decreto - con decreto del Ministro della salute, **un'Unità di crisi speciale per la Regione** con il compito di effettuare – entro tre mesi dalla sua istituzione - **visite ispettive straordinarie**

presso le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere e ospedaliere-universitarie.

L'Unità di crisi è composta da dirigenti del Ministero della salute (che operano nell'esercizio delle funzioni istituzionalmente assegnate) e da un numero massimo di cinque esperti nelle discipline chirurgiche, mediche, anamopatologiche e dei servizi diagnostici. Essa, entro trenta giorni dall'effettuazione di ciascuna visita ispettiva, trasmette al commissario straordinario e al commissario *ad acta* una relazione sullo stato dell'erogazione delle prestazioni cliniche, delle dotazioni tecniche e delle risorse umane, evidenziando sia gli eventuali scostamenti dagli *standard* necessari a garantire i livelli essenziali di assistenza sia le misure organizzative necessarie al loro ripristino. Ai componenti dell'Unità non appartenenti ai ruoli del Ministero della salute spetta il rimborso delle spese documentate. *In base alla formulazione di quest'ultima norma, il diritto al rimborso sembrerebbe riconosciuto per i membri che, pur essendo dirigenti del Dicastero, non appartengano ai ruoli del medesimo nonché per gli eventuali membri "esperti" che siano dirigenti di altri Ministeri. Potrebbe essere opportuna una valutazione di tali profili.*

Per l'attuazione delle disposizioni di cui al comma in esame viene autorizzata, per **l'anno 2019, la spesa di euro 50.000**, alla cui copertura si provvede ai sensi dell'articolo 14.

Entro nove mesi dalla nomina e, successivamente, almeno ogni nove mesi, il Commissario *ad acta* procede alla verifica delle attività del commissario straordinario - con le modalità, in quanto applicabili, di cui all'articolo 2, comma 1 - **(la Camera ha elevato da sei a nove mesi i termini temporali suddetti)**; in caso di valutazione negativa, ne dispone la decadenza immediata dall'incarico e provvede alla relativa sostituzione (**comma 7**).

Ai sensi del **comma 8** l'incarico di commissario straordinario è valutabile quale esperienza dirigenziale ai fini di cui al comma 7-ter dell'articolo 1 del citato D.Lgs. 171/2016<sup>17</sup>, vale a dire quale esperienza valutabile ai fini della nomina di direttore generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale.

Più in particolare, il citato comma 7-ter prevede che l'esperienza dirigenziale valutabile dalla Commissione deputata alla formazione dell'elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale delle aziende sanitarie locali - di cui al comma 6, lettera a) - , è esclusivamente l'attività di direzione dell'ente, dell'azienda, della struttura o dell'organismo ovvero di una delle sue articolazioni comunque contraddistinte, svolta, a seguito di formale conferimento di incarico, con autonomia organizzativa e gestionale, nonché diretta responsabilità di risorse umane, tecniche o finanziarie, maturata nel settore pubblico e privato. Non si considera esperienza dirigenziale valutabile ai sensi del

---

<sup>17</sup> Attuazione della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di dirigenza sanitaria.

presente comma l'attività svolta a seguito di incarico comportante funzioni di mero studio, consulenza e ricerca.

I commissari straordinari restano in carica per 18 mesi dalla data di entrata in vigore del decreto legge (ai sensi dell'articolo 15, comma 1) o fino alla nomina, se anteriore, dei direttori generali individuati, ai sensi dell'articolo 2 del D.Lgs. n. 171/2016, in esito a procedure selettive avviate dalle Regioni decorsi dodici mesi dall'entrata in vigore del medesimo decreto legge.

Come evidenziato nella relazione illustrativa, da tale previsione si desume che la durata dell'incarico commissariale sarà pari almeno a tale lasso di tempo, che deve considerarsi il minimo indispensabile per poter assicurare il raggiungimento di un significativo obiettivo di natura gestionale.

L'articolo 2 del D.Lgs. 171/2016 disciplina anche le procedure per il conferimento - da parte della regione - dell'incarico di direttore generale (di un'azienda sanitaria locale, un'azienda ospedaliera o un altro ente o azienda del Servizio sanitario nazionale), nell'ambito dell'elenco nazionale dei direttori generali istituito presso il Ministero della salute e aggiornato con cadenza biennale. Fermo restando l'aggiornamento biennale, l'iscrizione nell'elenco è valida per quattro anni. La valutazione dei candidati per titoli e colloquio è effettuata da una commissione regionale, nominata dal Presidente della Regione, secondo modalità e criteri definiti dalle Regioni, anche tenendo conto di eventuali provvedimenti di accertamento della violazione degli obblighi in materia di trasparenza. La commissione, composta da esperti, indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti che non si trovino in situazioni di conflitto d'interessi, di cui uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, e uno dalla regione, propone al Presidente della regione una rosa di candidati, nell'ambito dei quali viene scelto quello che presenta requisiti maggiormente coerenti con le caratteristiche dell'incarico da attribuire. Nella rosa proposta non possono essere inseriti coloro che abbiano ricoperto l'incarico di direttore generale, per due volte consecutive, presso la medesima azienda sanitaria locale, la medesima azienda ospedaliera o il medesimo ente del Servizio sanitario nazionale. La durata dell'incarico di direttore generale non può essere inferiore a tre anni e superiore a cinque anni. Alla scadenza dell'incarico, ovvero, nelle ipotesi di decadenza e di mancata conferma dell'incarico, le regioni procedono alla nuova nomina, previo espletamento delle procedure sopra illustrate. La nuova nomina, in caso di decadenza e di mancata conferma, può essere effettuata anche mediante l'utilizzo degli altri nominativi inseriti nella rosa di candidati, relativa ad una selezione svolta in una data non antecedente agli ultimi tre anni e purché i candidati inclusi nella predetta rosa risultino ancora inseriti nell'elenco nazionale. 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.

**Articolo 4**  
*(Direttori amministrativi e direttori sanitari degli enti del Servizio sanitario regionale)*

L'**articolo 4** prevede e disciplina **la verifica periodica da parte dei commissari straordinari sull'attività dei direttori amministrativi e sanitari delle rispettive aziende**, sulla base dei criteri stabiliti dalla normativa vigente, con conseguente eventuale pronuncia di decadenza dall'incarico dei soggetti verificati e nomina dei sostituti.

Più nel dettaglio, il **comma 1** dell'articolo in esame prevede che il commissario straordinario o il direttore generale verifichi periodicamente, e comunque entro sessanta giorni dalla nomina, l'attività dei direttori amministrativi e sanitari. Nello specifico la verifica riguarda l'insussistenza dei casi di cui all'articolo 3, comma 1, quinto periodo, del citato D.Lgs. n. 171/2016.

La citata disposizione prevede che in caso di manifesta violazione di leggi o regolamenti o del principio di buon andamento e di imparzialità della amministrazione, il direttore generale, previa contestazione e nel rispetto del principio del contraddittorio, risolve il contratto, dichiarando la decadenza del direttore amministrativo e del direttore sanitario, e ove previsto dalle leggi regionali, di direttore dei servizi socio sanitari, con provvedimento motivato e provvede alla sua sostituzione con le procedure di cui al presente articolo.

Qualora sia dichiarata la decadenza dei direttori amministrativi e sanitari, il Commissario straordinario o il direttore generale li sostituisce in base alla disciplina generale; quest'ultima è peraltro integrata dal successivo **comma 1-bis - inserito dalla Camera -**, il quale consente, per il caso in cui nessun soggetto iscritto nei relativi elenchi regionali di idonei abbia espresso (secondo la procedura ivi prevista) manifestazione di interesse, che l'incarico sia conferito a soggetti non iscritti, purché in possesso di diploma di laurea (specialistica o magistrale) e di comprovata esperienza dirigenziale (almeno quinquennale nel settore sanitario o settennale in altri settori, con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e/o finanziarie). Ai sensi del medesimo **comma 1-bis**, tale previsione si applica (fermo restando il limite temporale di cui al successivo **articolo 15, comma 1**) anche ai casi di vacanza degli uffici in esame per cause diverse dalla decadenza.

Ai sensi del citato articolo 3 del D.Lgs. n. 171/2016, il direttore generale, nel rispetto dei principi di trasparenza di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97, e di cui all'articolo 1, comma 522, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, nomina il direttore amministrativo, il direttore sanitario e, ove previsto dalle leggi regionali, 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, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, e composta da esperti di qualificate istituzioni scientifiche indipendenti che non si trovino in situazioni di conflitto d'interessi, di comprovata professionalità e competenza nelle materie oggetto degli incarichi, di cui uno designato dalla regione. La commissione valuta i titoli formativi e professionali, scientifici e di carriera presentati dai candidati, secondo specifici criteri indicati nell'avviso pubblico, definiti, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, 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'articolo 3, comma 7, e dall'articolo 3-bis, comma 9, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. L'elenco regionale è aggiornato con cadenza biennale. L'incarico di direttore amministrativo, di direttore sanitario e ove previsto dalle leggi regionali, di direttore dei servizi socio sanitari, non può avere durata inferiore a tre anni e superiore a cinque anni.

## Articolo 5

### *(Dissesto finanziario degli enti del Servizio sanitario regionale)*

L'**articolo 5** estende alle **aziende sanitarie della Regione Calabria** la **disciplina prevista per gli enti locali in tema di dissesto**. Viene attribuito al commissario straordinario il compito di effettuare una verifica della gestione dell'ente a cui è preposto, alla quale consegue, qualora emergano irregolarità gestionali gravi e reiterate, la previsione della gestione straordinaria dell'ente verificato. A questa provvede un commissario straordinario di liquidazione del quale viene disciplinata la nomina, le condizioni giuridiche del rapporto ed il compenso. Si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni del titolo VIII del Testo Unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali, con l'espressa menzione di quelle riguardanti il blocco delle procedure esecutive. Entro trenta giorni dalla nomina il commissario straordinario di liquidazione presenta al commissario *ad acta*, che l'approva, il piano di rientro aziendale.

Entrando più nel dettaglio, l'articolo in commento prevede che entro novanta giorni dalla nomina il commissario straordinario, anche avvalendosi dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e del Corpo della guardia di finanza, effettua una generale verifica sulla gestione dell'ente a cui è preposto.

Qualora emergano irregolarità nella gestione dei bilanci, gravi e reiterate, desumibili anche dalle osservazioni formulate dal collegio sindacale o dalle pronunce della competente sezione regionale della Corte dei conti, oppure una ripetuta ed evidente incapacità di gestione, il Commissario straordinario propone al commissario *ad acta* di disporre la gestione straordinaria dell'ente: a tale gestione sono imputate, con bilancio separato rispetto a quello della gestione ordinaria, tutte le entrate di competenza e tutte le obbligazioni assunte fino al 31 dicembre 2018 (**comma 1**).

Ai sensi del **comma 2**, alla gestione straordinaria provvede un commissario straordinario di liquidazione, nominato dal commissario *ad acta*, d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze- Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato. Vengono definiti i requisiti del commissario straordinario di liquidazione, che viene scelto tra dirigenti o funzionari del Ministero dell'economia e delle finanze e di altre amministrazioni dello Stato, in servizio o in quiescenza, dotati di idonea esperienza nel campo finanziario e contabile, oppure tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili, nell'albo dei dottori commercialisti e nell'albo dei ragionieri.

Come rilevato dalla relazione illustrativa al provvedimento si tratta di soggetti in possesso delle medesime qualità indicate dall'articolo 252 del Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali (TUEL).

A tale proposito il citato articolo 252 prevede che per i comuni con popolazione sino a 5.000 abitanti l'organo straordinario di liquidazione è composto da un singolo commissario; per i comuni con popolazione superiore ai 5.000 abitanti e per le province l'organo straordinario di liquidazione è composto da una commissione di tre membri. Il commissario straordinario di

liquidazione, per i comuni sino a 5.000 abitanti, o i componenti della commissione straordinaria di liquidazione, per i comuni con popolazione superiore a 5.000 abitanti e per le province, sono nominati fra magistrati a riposo della Corte dei conti, della magistratura ordinaria, del Consiglio di Stato, fra funzionari dotati di un'idonea esperienza nel campo finanziario e contabile in servizio o in quiescenza degli uffici centrali o periferici del Ministero dell'interno, del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, del Ministero delle finanze e di altre amministrazioni dello Stato, fra i segretari ed i ragionieri comunali e provinciali particolarmente esperti, anche in quiescenza, fra gli iscritti nel registro dei revisori contabili, gli iscritti nell'albo dei dottori commercialisti e gli iscritti nell'albo dei ragionieri.

Al commissario straordinario di liquidazione si applicano le disposizioni di cui all'articolo 3, comma 2, secondo, terzo e quarto periodo, in tema di inconfirmità e incompatibilità dell'incarico, nonché del diritto all'aspettativa non retribuita per i dipendenti pubblici e al recesso legittimo da ogni incarico presso altri enti pubblici.

Con successivo decreto del Ministro della salute, adottato entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del provvedimento in esame, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, viene definito il compenso del Commissario straordinario di liquidazione, il cui onere è posto a carico della massa passiva dell'ente per il quale sia stata disposta la gestione straordinaria.

Come rilevato dalla relazione tecnica al provvedimento, sotto questo profilo, dunque, la disposizione non reca maggiori oneri per lo Stato.

**Con una modifica approvata dalla Camera**, analogamente a quanto già previsto per il trattamento economico del commissario straordinario (cfr. *supra* art. 3, comma, 5), viene stabilito che vengono **comunque fatti salvi i limiti** di cui all'articolo 23-ter (*Disposizioni in materia di trattamenti economici*), commi 1 e 2, del D.L. n.201/2011<sup>18</sup>, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 214/2011 (**comma 3**).

Alla gestione straordinaria si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni del **Titolo VIII del TUEL** (*Enti locali deficitari o dissestati*, artt. 242-269). Una menzione espressa tra queste viene riservata, per tutte le obbligazioni contratte anteriormente al 31 dicembre 2018, alle disposizioni finalizzate al blocco delle procedure esecutive, e, più in generale, a quelle volte ad isolare la gestione contabile passata rispetto a quella presente, di cui all'articolo **248, commi 2, 3 e 4**, e, all'articolo **255, comma 12 del D.Lgs. 267/2000 (comma 4)**.

I commi 2/4 dell'articolo 248 prevedono che dalla data della dichiarazione di dissesto e sino all'approvazione del rendiconto di cui all'articolo 256 non possono essere intraprese o proseguite azioni esecutive nei confronti dell'ente per i debiti che rientrano nella competenza dell'organo straordinario di liquidazione. Le procedure esecutive pendenti alla data della dichiarazione di dissesto, nelle quali sono scaduti i termini per l'opposizione giudiziale da parte dell'ente, o la stessa benché proposta è stata rigettata, sono dichiarate estinte d'ufficio

<sup>18</sup> *Disposizioni urgenti per la crescita, l'equità e il consolidamento dei conti pubblici.*



dal giudice con inserimento nella massa passiva dell'importo dovuto a titolo di capitale, accessori e spese.

I pignoramenti eventualmente eseguiti dopo la deliberazione dello stato di dissesto non vincolano l'ente ed il tesoriere, i quali possono disporre delle somme per i fini dell'ente e le finalità di legge.

Dalla data della deliberazione di dissesto e sino all'approvazione del rendiconto di cui all'articolo 256 i debiti insoluti a tale data e le somme dovute per anticipazioni di cassa già erogate non producono più interessi né sono soggetti a rivalutazione monetaria. Uguale disciplina si applica ai crediti nei confronti dell'ente che rientrano nella competenza dell'organo straordinario di liquidazione a decorrere dal momento della loro liquidità ed esigibilità.

L'articolo 255, al comma 12, dispone che nei confronti della massa attiva determinata ai sensi del presente articolo non sono ammessi sequestri o procedure esecutive. Le procedure esecutive eventualmente intraprese non determinano vincoli sulle somme.

Ai sensi del **comma 5** il commissario *ad acta* – analogamente a quanto previsto dall'articolo 3 per la nomina del commissario straordinario - ha facoltà di nominare un unico commissario straordinario di liquidazione per uno o più enti del servizio sanitario regionale in condizioni di dissesto finanziario.

Entro trenta giorni dalla nomina il commissario straordinario di liquidazione presenta al commissario *ad acta* il piano di rientro aziendale che contiene la ricognizione della situazione economico-finanziaria dell'ente e l'indicazione delle coperture finanziarie necessarie per l'attuazione del piano medesimo nei limiti delle risorse disponibili.

A tale scopo viene autorizzata l'apertura di apposite contabilità speciali di tesoreria unica, intestate alla gestione straordinaria di cui al comma 2, ai sensi della legge n. 720/1984<sup>19</sup> (**comma 6**).

---

<sup>19</sup> *Istituzione del sistema di tesoreria unica per enti ed organismi pubblici.*

## Articolo 6

### *(Appalti, servizi e forniture per gli enti ed aziende del Servizio sanitario della Regione Calabria)*

L'**articolo 6** detta specifiche disposizioni in tema di appalti, servizi e forniture degli enti del servizio sanitario della Regione Calabria.

I **commi 1 e 2** concernono le procedure per gli enti ed aziende del Servizio sanitario della Regione Calabria relativamente **all'acquisizione di beni e servizi ed all'affidamento di lavori di manutenzione**. I **commi 3 e 4** riguardano gli interventi in materia **di edilizia sanitaria e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario** nella Regione Calabria. Il **comma 5** reca una destinazione specifica di risorse finanziarie per il 2019, in favore del suddetto **ammodernamento tecnologico** nella medesima Regione, nell'ambito delle risorse previste in materia a livello nazionale. Si ricorda che le norme di cui all'**articolo in esame**, ai sensi del successivo **articolo 15, comma 1**, si applicano per diciotto mesi dall'entrata in vigore del **presente decreto**.

Entrando più nel dettaglio, il **comma 1** prevede che gli enti ed aziende del Servizio sanitario della Regione Calabria si avvalgano esclusivamente degli strumenti di acquisto e di negoziazione, aventi ad oggetto beni, servizi e lavori di manutenzione, messi a disposizione da Consip S.p.A. nell'ambito del Programma di razionalizzazione degli acquisti della pubblica amministrazione ovvero, previa convenzione, di centrali di committenza di altre regioni per i contratti in esame, strumentali all'esercizio delle proprie funzioni, che siano superiori alle soglie di rilevanza comunitaria (di cui all'articolo 35 del D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50, e successive modificazioni)<sup>20</sup>. Resta ferma, in ogni caso, la facoltà di avvalersi del Provveditorato Interregionale per le Opere Pubbliche per la Sicilia e la Calabria (del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti).

Come osservano le relazioni illustrativa e tecnica allegate al disegno di legge di conversione del presente decreto, il **comma 1** pone come obbligatorio, per i casi suddetti, il ricorso, già possibile a legislazione vigente (cfr. *infra*), alla Consip S.p.A. o alle centrali di committenza di altre regioni. La relazione illustrativa afferma che tale scelta muove dalla constatazione di una situazione estremamente critica, la quale ha generato gravi disfunzioni.

Per i casi in cui i suddetti contratti siano inferiori alle soglie di rilevanza comunitaria, il successivo **comma 2** dispone che il Commissario *ad acta* stipuli un protocollo d'intesa con l'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), ai sensi dell'articolo 213, comma 3, lettera *h*), del citato D.Lgs. n. 50<sup>21</sup> - protocollo al quale gli enti ed aziende del Servizio sanitario della Regione Calabria sono tenuti ad

---

<sup>20</sup> I valori delle soglie suddette sono diversi a seconda della tipologia e dell'oggetto del contratto.

<sup>21</sup> La suddetta lettera *h*) prevede che l'ANAC, per affidamenti di particolare interesse, svolga attività di vigilanza collaborativa, attuata previa stipula di protocolli di intesa con le stazioni appaltanti richiedenti, volta a supportare le medesime nella predisposizione degli atti e nell'attività di gestione dell'intera procedura di gara.

adeguarsi -. Una disposizione **aggiunta dalla Camera** specifica che fino alla stipulazione di tale protocollo restano in vigore le norme e le procedure vigenti.

Riguardo all'acquisto di beni e servizi, si ricorda che:

- l'articolo 1, comma 449, della L. 27 dicembre 2006, n. 296, e successive modificazioni, prevede che gli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale siano tenuti ad utilizzare le convenzioni stipulate dalle centrali regionali di riferimento ovvero, qualora non siano operative convenzioni regionali, le convenzioni-quadro stipulate da Consip S.p.A.;
- l'articolo 9, comma 3, del D.L. 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla L. 23 giugno 2014, n. 89, e successive modificazioni, prevede che, con decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri, emanati secondo la procedura ivi stabilita, siano individuate le categorie di beni e di servizi nonché le soglie al superamento delle quali le amministrazioni ivi richiamate (tra cui gli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale) debbano ricorrere a Consip S.p.A. o ad altri soggetti aggregatori per lo svolgimento delle procedure di acquisto.

Il **comma 3** prevede, al fine di assicurare la coerenza e la fattibilità degli interventi individuati dagli atti di programmazione contemplati dalla legislazione vigente, e, in ogni caso, nell'ambito delle risorse dai medesimi assegnate, l'adozione di un Piano triennale straordinario di edilizia sanitaria e di adeguamento tecnologico della rete di emergenza, della rete ospedaliera e della rete territoriale (con riferimento all'ambito sanitario) della Regione Calabria. Il Piano è predisposto dal Commissario *ad acta* ed è approvato con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, di concerto con i Ministri dell'economia e delle finanze, della salute, delle infrastrutture e dei trasporti, del lavoro e delle politiche sociali. Con l'approvazione del Piano sono revocate le misure già adottate in contrasto con la nuova programmazione.

Il **comma 4** prevede che per gli interventi in materia di edilizia sanitaria e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, da finanziare tramite le risorse e le procedure definite dalla relativa legislazione statale e per i quali, alla data di entrata in vigore del presente decreto, non sia stato ancora definito il livello di progettazione richiesto per l'attivazione dei programmi di investimento e appalto dei lavori, gli enti del Servizio sanitario della Regione Calabria possano avvalersi, previa convenzione, di Invitalia S.p.A. quale centrale di committenza<sup>22</sup>, nonché delle altre strutture previste all'uopo da disposizioni di legge. La riformulazione **approvata dalla Camera** specifica che tale convenzione può essere stipulata anche per l'attuazione degli interventi già inseriti negli accordi di programma stipulati in materia tra le Amministrazioni centrali, le regioni e gli altri soggetti pubblici interessati.

Il **comma 5** reca una destinazione specifica di risorse finanziarie per il 2019, in favore dell'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico nella Regione Calabria, nell'ambito delle risorse previste in materia a livello nazionale.

---

<sup>22</sup> Invitalia S.p.A. è l'Agenzia nazionale per l'attrazione degli investimenti e lo sviluppo d'impresa; l'intero capitale della società è posseduto dal Ministero dell'economia e delle finanze.

Tale destinazione è pari a euro 82.164.205 e concerne, in particolare, la sostituzione e il potenziamento delle tecnologie rientranti nella rilevazione del fabbisogno 2018-2020 del Ministero della salute, al fine di garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie, anche in osservanza delle indicazioni contenute nel vigente Piano nazionale di governo delle liste di attesa. La relazione tecnica osserva che la destinazione in esame non costituisce un ulteriore stanziamento, ma è intesa ad anticipare gli effetti di un riparto generale delle risorse, e che la somma individuata nel **comma** corrisponde al fabbisogno stimato nella rilevazione summenzionata (il valore è dato dalla somma di 44.454.205 euro, stimati per le sostituzioni, e di 37.710.000 euro, stimati per il potenziamento). Il medesimo **comma 5** demanda ad uno o più decreti dirigenziali del Ministero della salute di ammettere a finanziamento gli interventi in oggetto, fino a concorrenza del predetto importo a carico dello Stato, e specifica che al conseguente trasferimento delle risorse si provvede a seguito di presentazione da parte della Regione al Ministero dell'economia e delle finanze degli stati di avanzamento dei lavori.

## Articolo 7

### *(Misure straordinarie di gestione delle imprese esercenti attività sanitaria per conto del Servizio sanitario regionale nell'ambito della prevenzione della corruzione)*

Il **presente articolo** modifica **la procedura** per l'adozione di **una misura straordinaria di gestione**, con riferimento **alle imprese esercenti attività sanitaria per conto del Servizio sanitario della Regione Calabria**. La **modifica in esame**, ai sensi del successivo **articolo 15, comma 1**, si applica per diciotto mesi dall'entrata in vigore del **presente decreto**.

Le misure oggetto del **presente articolo** concernono, nell'ambito delle varie fattispecie contemplate dalla disciplina vigente<sup>23</sup>, l'ipotesi in cui l'autorità giudiziaria proceda per determinati delitti, ovvero riscontri situazioni anomale e comunque sintomatiche di condotte illecite o eventi criminali, nei confronti di un'impresa che eserciti (in base agli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-*quinquies* del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni) attività sanitaria per conto del Servizio sanitario nazionale.

Secondo la procedura prevista in via generale, il Presidente dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) ne informa il procuratore della Repubblica e, in presenza di fatti gravi e accertati, propone al prefetto competente per territorio, in via alternativa:

- di ordinare la rinnovazione degli organi sociali, con la sostituzione del soggetto coinvolto, e, ove l'impresa non si adegui nei termini stabiliti, di provvedere alla straordinaria e temporanea gestione dell'impresa, limitatamente alla completa esecuzione dell'accordo in oggetto (oppure, per fattispecie non inerenti al settore sanitario, del contratto di appalto o della concessione);
- di provvedere direttamente alla straordinaria e temporanea gestione dell'impresa, limitatamente alla suddetta completa esecuzione.

Per il caso in cui le indagini riguardino invece componenti di altri organi societari, la normativa richiede che sia disposta la misura di sostegno e monitoraggio dell'impresa.

Il **presente articolo 7** prevede che una delle misure in oggetto sia proposta al prefetto dal Commissario straordinario dell'ente o azienda del Servizio sanitario, eventualmente nominato ai sensi dei **precedenti articoli (il riferimento alla suddetta misura di sostegno e monitoraggio dell'impresa è stato inserito dalla Camera)**. La proposta è formulata - **secondo la riformulazione operata dalla Camera** - sentito il Presidente dell'ANAC. Il medesimo Commissario dà contestuale informazione (della proposta formulata) al Commissario *ad acta*.

---

<sup>23</sup> Di cui all'articolo 32 del D.L. 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla L. 11 agosto 2014, n. 114, e successive modificazioni.

## **Articolo 8**

### ***(Supporto dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali)***

L'**articolo 8** prevede lo svolgimento di un'attività di **supporto tecnico ed operativo da parte dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS)** in favore del Commissario *ad acta* della **Regione Calabria**, nonché degli eventuali Commissari straordinari nominati (ai sensi dei **precedenti articoli**) per i singoli enti o aziende del Servizio sanitario **della medesima Regione**.

Le **norme in esame**, ai sensi del successivo **articolo 15, comma 1**, si applicano per diciotto mesi dall'entrata in vigore del **presente decreto**.

Per l'attività di supporto si consente che l'AGENAS:

- si avvalga di personale comandato, con obbligo da parte dell'amministrazione di appartenenza di adozione del provvedimento di fuori ruolo o di comando entro quindici giorni dalla richiesta, e ricorra, con contratti di lavoro flessibile, a profili professionali attinenti ai settori dell'analisi, valutazione, controllo e monitoraggio delle *performances* sanitarie, anche con riferimento alla trasparenza dei processi;
- utilizzi, nel limite massimo di 2 milioni di euro per il 2019 e di 4 milioni per il 2020, il proprio avanzo di amministrazione, come approvato in occasione del rendiconto generale annuale.

Alla compensazione degli effetti finanziari in termini di fabbisogno e indebitamento netto, quantificati pari a 1.022.000 euro per il 2019 ed a 2.044.000 euro per il 2020, si provvede mediante corrispondente riduzione del "Fondo per la compensazione degli effetti finanziari non previsti a legislazione vigente conseguenti all'attualizzazione di contributi pluriennali".

**Articolo 9**  
**(Ulteriori disposizioni in tema di collaborazione e supporto ai**  
**Commissari)**

L'**articolo 9** prevede lo svolgimento di un'attività di **collaborazione da parte del Corpo della Guardia di finanza** in favore del Commissario *ad acta* della **Regione Calabria**, nonché degli eventuali Commissari straordinari e Commissari straordinari di liquidazione nominati (ai sensi dei **precedenti articoli**), rispettivamente, per i singoli enti o aziende del Servizio sanitario **della stessa Regione** e per l'eventuale gestione straordinaria del medesimo ente o azienda (gestione relativa alla definizione di entrate ed obbligazioni pregresse).

Le **norme in esame**, ai sensi del successivo **articolo 15, comma 1**, si applicano per diciotto mesi dall'entrata in vigore del **presente decreto**.

In particolare, si prevede che, nell'esercizio delle proprie funzioni, i Commissari summenzionati possano avvalersi del Corpo della Guardia di finanza per lo svolgimento di attività dirette al contrasto delle violazioni in danno degli interessi economici e finanziari connessi all'attuazione, nella Regione, del piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario (**comma 1**). Resta fermo che il Corpo della Guardia di finanza opera nell'ambito delle autonome competenze istituzionali e dei propri poteri.

Si demanda ad un'apposita convenzione tra il Ministero della salute ed il Corpo della Guardia di finanza la definizione delle modalità operative della collaborazione e delle procedure di ristoro degli oneri sostenuti dal Corpo (**comma 2**). Riguardo a questi ultimi, viene prevista un'autorizzazione di spesa, pari (nel limite massimo) a 160.000 euro per il 2019 ed a 320.000 euro per il 2020 (**comma 3**); tali risorse, in relazione ai pagamenti dovuti per le prestazioni ed i servizi in oggetto, vengono versate all'entrata del bilancio dello Stato, per essere riassegnate con decreti del Ministro dell'economia e delle finanze (ai sensi dell'articolo 27, comma 2, della L. 23 dicembre 1999, n. 488). Si richiama, inoltre, la possibilità (disciplinata dall'articolo 2133 del codice dell'ordinamento militare, di cui al D.Lgs. 15 marzo 2010, n. 66) di stipulazione, tra il Corpo in esame e soggetti pubblici e privati, di permuta di materiali o prestazioni (ai fini del contenimento delle spese di potenziamento, ammodernamento, manutenzione e supporto per mezzi, materiali e strutture in dotazione al Corpo).

## Articolo 10

*(Aziende sanitarie sciolte ai sensi dell'articolo 146 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267)*

L'**articolo 10** concerne l'**eventuale scioglimento** di singoli enti o aziende del Servizio sanitario della **Regione Calabria**, ai sensi degli **articoli 143, 144, 145 e 146 del testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali** (di cui al D.Lgs. 18 agosto 2000, n. 267, e successive modificazioni), e reca **norme di coordinamento** tra i suddetti articoli e le disposizioni di **articoli precedenti** del **decreto in esame**.

Le norme di cui all'**articolo 10**, ai sensi del successivo **articolo 15, comma 1**, si applicano per diciotto mesi dall'entrata in vigore del **presente decreto**.

Le fattispecie di scioglimento di cui ai suddetti articoli del testo unico sono costituite dai casi in cui emergano concreti, univoci e rilevanti elementi su collegamenti, diretti o indiretti, con la criminalità organizzata, "di tipo mafioso o simile", degli amministratori, ovvero su forme di condizionamento degli stessi, tali da determinare un'alterazione del procedimento di formazione della volontà degli organi e da compromettere il buon andamento o l'imparzialità delle amministrazioni, nonché il regolare funzionamento dei servizi ad esse affidati, ovvero che risultino tali da arrecare grave e perdurante pregiudizio per lo stato della sicurezza pubblica. Contestualmente al decreto di scioglimento viene nominata una Commissione straordinaria per la gestione dell'ente o azienda, la quale esercita le attribuzioni conferite con il decreto stesso. La Commissione è composta da tre membri, scelti tra funzionari dello Stato, in servizio o in quiescenza, e tra magistrati (della giurisdizione ordinaria o amministrativa) in quiescenza.

Il **comma 1** dell'**articolo 10 in esame** specifica che, nel caso di adozione dello scioglimento ai sensi dei suddetti articoli del testo unico, si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni del **presente decreto-legge** e la summenzionata Commissione straordinaria (fermi restando i compiti e le prerogative ad essa attribuiti dalla legislazione vigente) opera in coerenza con l'attuazione degli obiettivi del piano di rientro dal disavanzo nel settore sanitario, nonché di quelli dei piani di riqualificazione dei servizi sanitari.

Ai sensi del successivo **comma 2**, la Commissione straordinaria, nei casi in esame, oltre all'eventuale ricorso (previsto dal citato articolo 145, comma 1) al personale, amministrativo e tecnico, di amministrazioni ed enti pubblici, collocato in posizione di comando o distacco previa intesa del prefetto (competente per territorio) con gli stessi enti o amministrazioni, può avvalersi, in via temporanea, anche in deroga alle disposizioni vigenti, in posizione di comando o di distacco, di esperti nel settore pubblico sanitario, nominati dal prefetto, su proposta del Ministro della salute, con oneri a carico del bilancio dell'ente o azienda interessato. In base ai **commi 3 e 4**, nella fattispecie in esame:

- i termini di cui ai **precedenti articolo 3, comma 6, e articolo 4, comma 1**, decorrono dall'insediamento della Commissione straordinaria, ovvero,



qualora la Commissione sia già insediata, dalla data di entrata in vigore del **presente decreto** e la Commissione straordinaria adotta i provvedimenti stabiliti dai medesimi **articolo 3, comma 6**, e **articolo 4, comma 1**, sentito il Commissario *ad acta*. Le disposizioni richiamate concernono l'adozione dell'atto aziendale (relativo all'organizzazione ed al funzionamento dell'ente o azienda), la verifica dell'eventuale sussistenza di una situazione di manifesta violazione, da parte del direttore amministrativo e del direttore sanitario, di leggi o regolamenti o del principio di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione e l'adozione (nel caso in cui si sia riscontrata la sussistenza di tali situazioni) dei provvedimenti di decadenza e di nomina di nuovi direttori;

- la Commissione straordinaria segnala al Commissario *ad acta* l'eventuale sussistenza dei presupposti per l'applicazione della disciplina sul dissesto finanziario di cui al precedente **articolo 5**. Nella fattispecie in esame, il termine (di cui al medesimo **articolo 5**) per la verifica (da parte della Commissione straordinaria) circa l'eventuale sussistenza dei suddetti presupposti decorre dalla data di insediamento della Commissione ovvero, se già insediata, dalla data di entrata in vigore del **presente decreto**.

## Articolo 11

### *(Disposizioni in materia di personale e di nomine negli enti del Servizio sanitario nazionale)*

I **commi da 1 a 4** dell'**articolo 11** operano una revisione della disciplina sui limiti di spesa per il personale degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale. Il **comma 4-bis - inserito dalla Camera** - specifica che i limiti non si applicano alle regioni a statuto speciale ed alle province autonome, qualora essi provvedano al finanziamento del fabbisogno complessivo del Servizio sanitario nazionale sul loro territorio senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato (rientrano in tale fattispecie tutti gli enti territoriali suddetti, ad eccezione della Regione Sicilia). I nuovi limiti (decorrenti dal 2019) si calcolano applicando, per ogni regione, un incremento annuo rispetto al valore della spesa sostenuta nel 2018 ovvero, se superiore, rispetto al valore massimo che sarebbe stato consentito nel medesimo 2018 in base alla previgente normativa. Tale incremento è pari, per ogni anno, al 5 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente. Dall'anno 2021, il medesimo incremento è subordinato all'adozione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale.

Inoltre, il **comma 4-ter, inserito dalla Camera**, sopprime la norma che dispone il blocco automatico del *turn over* del personale del Servizio sanitario regionale per l'ipotesi di mancata adozione, entro un determinato termine, dei provvedimenti necessari per il ripianamento del disavanzo di gestione.

I **commi 4-quater, 4-quinquies e il comma 5 - inseriti i primi due, modificato il terzo, nel corso dell'esame presso la Camera** - concernono i requisiti per la nomina di direttore generale presso gli Istituti zooprofilattici sperimentali.

Infine, il **comma 5-bis - inserito dalla Camera** - modifica, in via transitoria e con riferimento ad alcune regioni, la disciplina sui criteri di nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie locali od ospedaliere e degli altri enti o aziende del Servizio sanitario nazionale.

Più nel dettaglio, i **commi da 1 a 4** dell'articolo in commento intendono contrastare la carenza di personale SSN, che appare destinata ad acuirsi a seguito dell'entrata in vigore delle disposizioni sul pensionamento anticipato (quota 100), rischiando di compromettere l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

La disposizione ha, quindi, l'obiettivo di fissare nuovi limiti di spesa per il personale SSN, in coerenza con le indicazioni della legge di bilancio 2019 sul livello del finanziamento per il SSN per il 2019<sup>24</sup>, e sulle misure di programmazione e di miglioramento della qualità delle cure e dei servizi erogati da inserire nel Patto per la salute 2019-2021, la cui sottoscrizione, in sede di Conferenza Stato-regioni, era prevista dalla stessa legge di bilancio 2019 entro il

<sup>24</sup> Si ricorda che, l'art. 1, comma 514, della legge di bilancio 2019 (145/2018), ha determinato il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato in 114.439 milioni di euro. Il livello di finanziamento è incrementato di 2.000 milioni di euro per l'anno 2020 e di ulteriori 1.500 milioni di euro per l'anno 2021.

31 marzo 2019<sup>25</sup>. Come ricorda la Relazione al provvedimento, la norma sui vincoli di spesa per il personale è stata formalmente condivisa dalle regioni, configurandosi pertanto, nelle more della stipula del Patto della salute medesimo, come attuativa del disposto della legge di bilancio 2019.

Rispetto al 2009, anno con il numero massimo di occupati nella sanità pubblica (693.716 occupati), a fine 2016 risultavano impiegati nel SSN 648.663 dipendenti, vale a dire 45.053 persone in meno (RGS, [Commento ai principali dati del Conto annuale del periodo 2007-2016](#), luglio 2018). Tale contrazione di personale impiegato nel comparto sanità, è stata determinata dalla riconferma del blocco del *turn over* per le regioni sotto piano di rientro (totale o parziale) e dalle politiche di contenimento degli organici attivate autonomamente dalle regioni non sottoposte ai piani di rientro (RGS, [Monitoraggio della spesa sanitaria: rapporto n.3](#)). Al rallentamento della dinamica della spesa per il personale, hanno contribuito anche le misure introdotte dalla legislazione nazionale, con particolare riferimento al blocco delle procedure contrattuali e al divieto, sino al 2014, del riconoscimento di incrementi retributivi al di sopra del livello vigente nel 2010. Il contenimento è stato maggiore nelle regioni sottoposte a piano di rientro, passate da un incremento medio annuo dell'1,9% nel periodo 2006-2010 ad un tasso di variazione medio annuo negativo (-2,3%) nel periodo 2011-2015. Anche le regioni non sottoposte a piano di rientro hanno osservato, nel periodo 2011-2015, una crescita negativa della spesa per il personale che passa dal 33% del 2010 al 31,3% del 2015.

Si ricorda che le misure di contenimento della spesa del personale della pubblica amministrazione (art. 16 del [decreto legge 98/2011](#)) si applicano anche al personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta).

In particolare, sul contenimento della spesa per il personale sanitario hanno inciso i seguenti vincoli di crescita:

- blocco del *turn-over*: introdotto dall'art. 1, comma 174, della legge 311/2004, (legge finanziaria 2005) per le sole Regioni in piano di rientro (PdR), nel caso in cui venga accertata dagli organismi di verifica e monitoraggio una situazione di squilibrio economico-finanziario del settore sanitario a fronte del quale non siano stati adottati i provvedimenti previsti per il ripiano o questi non siano risultati sufficienti. Il blocco automatico del *turn-over* è stato inizialmente previsto fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello di verifica. Successivamente la stabilità 2015, (art. 1, comma 583, della legge 190/2014), ha ridotto i termini del blocco automatico del *turn-over* al 31 dicembre dell'anno successivo a quello di verifica. La legge di stabilità 2011 (legge 220/2010) ha introdotto la possibilità di derogare a tale blocco, nel limite del 10 per cento, nel caso in cui il tavolo tecnico di verifica accerti il raggiungimento almeno parziale degli obiettivi del PdR e tale misura venga ritenuta necessaria per garantire il raggiungimento dei LEA. L'art.

---

<sup>25</sup> L'art. 1, comma 514, della legge di bilancio 2019 (145/2018) subordina l'accesso delle regioni all'incremento (rispetto al valore stabilito per l'anno 2019) del livello del finanziamento per gli anni 2020 e 2021 alla stipula, entro il 31 marzo 2019, di una specifica intesa, in sede di Conferenza Stato- regioni, per il Patto per la salute 2019-2021 che contempli misure di programmazione e di miglioramento della qualità delle cure e dei servizi erogati e di efficientamento dei costi. In particolare, l'aggiornamento del parametro di riferimento relativo al costo del personale è previsto dall'art. 1, co. 516, lettera c) della legge di bilancio 2019- legge 145/2018).

4-*bis* del c.d. Decreto Sanità (decreto legge 13 settembre 2012, n. 158) ha aumentato la misura della possibile deroga al 15 per cento, a partire dal 2012;

- per gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, le spese di personale, fino al 2020, non possono superare il corrispondente ammontare del 2004 diminuito dell'1,4%, al netto dei rinnovi contrattuali successivi al 2004 (art. 2, co. 71-73, della legge di stabilità 2010 - legge 191/2009. La legge di stabilità 2015 - legge 190/2014, al comma 584, ha esteso al 2020 i parametri di contenimento della spesa di personale degli enti del SSN). Per gli enti delle Regioni sottoposte ai piani di rientro da deficit sanitario o ai programmi operativi di prosecuzione di tali piani, restano comunque fermi gli obiettivi in materia di personale previsti in detti piani o programmi (art. 17, comma 3-*ter*, del decreto legge n. 98 del 2011). Per il conseguimento di questo obiettivo le Regioni possono adottare interventi sulla rete ospedaliera e sulla spesa per il personale (fondi di contrattazione integrativa, organizzazione delle strutture semplici e complesse, dirigenza sanitaria e personale del comparto sanitario);
- il blocco dei rinnovi contrattuali;
- il limite alla crescita dei trattamenti economici per gli anni 2011-2013 pari al trattamento spettante nell'anno 2010, introdotto dal [decreto legge 78/2010](#), prorogato fino al 2014 dal [decreto legge 98/2011](#), ed ulteriormente esteso al 2015 con la stabilità 2015 (legge 190/2014);
- il congelamento dell'indennità di vacanza contrattuale ([decreto legge 98/2011](#) e legge di stabilità 2014).

Il **comma 1** stabilisce che, a decorrere dal 2019, la spesa per il personale degli enti del SSN non può superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018, come certificata dal Tavolo di verifica degli adempimenti, o, se superiore, il corrispondente ammontare dell'anno 2004, diminuito dell'1,4 per cento (limite di spesa previsto dall'art. 2, co. 71, della legge 191/2009).

Riguardo alla normativa finora vigente, si ricorda che, in caso di mancato rispetto del suddetto parametro dell'1,4%, la regione si considerava egualmente adempiente qualora avesse raggiunto l'equilibrio economico ed avesse attuato, dal 2015, un percorso di graduale riduzione della spesa per il personale in vista del totale conseguimento nell'anno 2020 del parametro (nella nozione suddetta di graduale riduzione rientrava anche l'ipotesi di una variazione pari allo 0,1 annuo, come specificato dall'articolo 1, comma 454, della L. 27 dicembre 2017, n. 205).

Come già accennato, il **comma 4-*bis* - inserito dalla Camera** - specifica che i limiti di cui ai **commi da 1 a 4** non si applicano alle regioni a statuto speciale ed alle province autonome, qualora essi provvedano al finanziamento del fabbisogno complessivo del Servizio sanitario nazionale sul loro territorio senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato (rientrano in tale fattispecie tutti gli enti territoriali suddetti, ad eccezione della Regione Sicilia).

Il limite di spesa deve essere calcolato nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, ferma restando la compatibilità finanziaria, sulla base degli indirizzi regionali ed in coerenza con i piani triennali dei fabbisogni di personale. I predetti valori sono incrementati

annualmente, a livello regionale, di un importo pari al 5 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente. Tale importo include le risorse per il trattamento accessorio del personale, il cui limite, rispetto al valore massimo già definito dall'art. 23, co. 2, del D.Lgs. 175/2017, è adeguato, in aumento o in diminuzione, per garantire l'invarianza del valore medio *pro-capite*, riferito all'anno 2018, prendendo a riferimento come base di calcolo il personale in servizio al 31 dicembre 2018.

L'art. 23, comma 2, del D.Lgs. 75/2017 prevede che a decorrere dal 1° gennaio 2017, l'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale, anche di livello dirigenziale, di ciascuna amministrazione pubblica, non può superare il corrispondente importo determinato per l'anno 2016, nel contempo individuando un diverso limite per gli enti locali che nell'anno 2016 non hanno potuto destinare risorse aggiuntive alla contrattazione integrativa a causa del mancato rispetto del patto di stabilità interno del 2015.

Va inoltre ricordato, come già illustrato in riferimento all'articolo 2, che attualmente sono sette le **regioni in PdR**, di cui sei a statuto ordinario (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Puglia), ed una a statuto speciale (Sicilia).

Dal 2021, il predetto incremento di spesa del 5 per cento è subordinato all'adozione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del SSN, in coerenza con quanto stabilito dal Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera (DM 2 aprile 2015, n. 70)<sup>26</sup>, e con l'aggiornamento del parametro di riferimento relativo al costo del personale (necessità indicata dall'art. 1, co. 516, lettera c), della legge di bilancio 2019).

*Si rileva che non viene fornita alcuna indicazione procedurale sul tipo di provvedimento che dovrà stabilire la metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del SSN.*

Il **comma 2** conferma, con riferimento al nuovo limite summenzionato di spesa per il personale, i criteri di applicazione già posti dalla precedente disciplina (concernenti gli oneri da comprendere nel computo e quelli invece da escludere). Infatti, si precisa che la spesa, ai fini dell'aggiornamento del parametro di riferimento relativo al costo del personale, è considerata al lordo degli oneri riflessi (fra cui spese previdenziali ed assistenziali) e dell'imposta regionale sulle attività produttive dovute per il personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, con rapporto di lavoro a tempo determinato, con contratto di collaborazione

---

<sup>26</sup> Si ricorda che il combinato disposto del D.M. 70/2015 e dell'art. 1, co. 541, della legge di stabilità 2016 (legge 208/2015), attribuisce alle Regioni il compito di determinare il fabbisogno di personale commisurato alle misure programmatiche in materia sanitaria. Il piano di definizione del fabbisogno di personale deve innanzitutto dar evidenza a due aspetti: fabbisogno necessario all'applicazione della legge 161/2014 ("Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea - Legge europea 2013-bis), con particolare riferimento all'area dell'emergenza urgenza e della terapia intensiva; fabbisogno correlato alla riorganizzazione della rete ospedaliera e di emergenza urgenza ai sensi del D.M. 70/2015 (standard H).

coordinata e continuativa e per il personale che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o con convenzioni; nella predetta spesa non sono invece considerate quelle derivanti dai rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro successivi all'anno 2004, quelle per personale a carico di finanziamenti comunitari o privati e quelle relative alle assunzioni a tempo determinato e ai contratti di collaborazione coordinata e continuativa per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati all'interno del Programma nazionale di ricerca sanitaria (di cui all'articolo 12-*bis* del D. Lgs. 502/1992).

Il **comma 3** permette alle regioni, previo accordo da definirsi con il Ministero della salute ed il Ministero dell'economia e delle finanze, di incrementare ulteriormente i limiti di spesa di cui al **comma 1**, di un ammontare non superiore alla riduzione strutturale della spesa già sostenuta per servizi sanitari esternalizzati prima dell'entrata in vigore del provvedimento in esame.

Il **comma 4** estende, con riferimento ai nuovi limiti, le procedure previste per la verifica del rispetto dei limiti finora vigenti nonché il principio secondo cui la regione si considera comunque adempiente qualora abbia assicurato l'equilibrio economico. Di conseguenza, il nuovo vincolo di spesa per il personale è assoggettato alle verifiche del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti, che dovrà certificare, come disposto dai commi 71 e 72 della legge 191/2009, l'effettivo conseguimento degli obiettivi di contenimento della spesa.

La Regione - che deve indirizzare e coordinare la spesa dei propri enti del Servizio sanitario in conformità ai limiti in oggetto - è ritenuta adempiente al raggiungimento degli obiettivi previsti in materia di limiti di assunzioni e contenimento del costo del personale, a seguito dell'accertamento eseguito dal Tavolo di verifica degli adempimenti (ai sensi dell'art. 2, comma 73, della legge 191/2009). La legge di stabilità 2015 (legge 190/2014), al comma 584, ha esteso al 2020 i parametri di contenimento della spesa di personale degli enti del SSN, aggiungendo ulteriori condizioni perché una regione sia giudicata adempiente in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi di riduzione di tale tipologia di spesa. Più in particolare, la regione è giudicata adempiente: se si accerta l'effettivo conseguimento degli obiettivi collegati al contenimento della spesa per il personale degli enti del SSN; nel caso in cui la regione non raggiunga tali obiettivi, negli anni dal 2013 al 2019, è considerata adempiente ove abbia raggiunto l'equilibrio economico e abbia attuato un percorso di graduale riduzione della spesa di personale fino al totale conseguimento, nel 2020, degli obiettivi indicati in quel settore. Sulla materia è intervenuta in ultimo la legge di bilancio 2018 (art. 1, comma 454, della legge 205/2017) che ha attenuato la rigidità dei limiti fissati riconoscendo in sede di monitoraggio una flessibilità dello 0,1 per cento.

Riguardo al **comma 4-bis**, cfr. *supra*.

Il **comma 4-ter**, **inserito dalla Camera**, sopprime la norma che dispone il blocco automatico del *turn over* del personale del Servizio sanitario regionale per l'ipotesi di mancata adozione, entro un determinato termine, dei provvedimenti necessari

per il ripianamento del disavanzo di gestione. Si ricorda che in base a tale norma - ora soppressa dalla **lettera a), numero 1)**, mentre le altre novelle del medesimo **comma 4-ter** sono di mero coordinamento - il blocco automatico ha luogo (fino al 31 dicembre dell'anno successivo a quello in cui ha inizio) qualora - successivamente alla diffida da parte del Presidente del Consiglio dei Ministri, relativa alla situazione di squilibrio (nel settore sanitario) riguardante sia l'anno precedente sia quello in corso - i suddetti provvedimenti non siano adottati dal Commissario *ad acta* entro il 31 maggio.

Restano fermi il divieto di effettuare spese non obbligatorie e le maggiorazioni Irpef e Irap. L'intervento legislativo avviene modificando l'art. 1, comma 174, della legge finanziaria 2005 (legge 311/2004). Più precisamente, se entro i termini temporali previsti (31 maggio), il commissario *ad acta* non adotta i provvedimenti necessari per il ripiano del disavanzo di gestione, si applicano comunque, fino al 31 dicembre dell'anno successivo a quello di verifica, l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e le maggiorazioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive nella misura massima prevista dalla vigente normativa nonché il divieto di effettuare spese non obbligatorie. Gli atti emanati e i contratti stipulati in violazione del divieto di effettuare spese non obbligatorie sono nulli. In sede di verifica annuale degli adempimenti la regione interessata è tenuta ad inviare una certificazione, sottoscritta dal rappresentante legale dell'ente e dal responsabile del servizio finanziario, attestante il rispetto del predetto vincolo.

**Il comma 4-quater - inserito dalla Camera** - prevede che nell'elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale delle aziende sanitarie locali od ospedaliere e degli altri enti o aziende del Servizio sanitario nazionale è istituita un'apposita sezione dedicata ai soggetti idonei alla nomina di direttore generale presso gli Istituti zooprofilattici sperimentali. **Il comma 4-quinquies - anch'esso introdotto dalla Camera** - modifica la disciplina sui requisiti per quest'ultimo incarico; tali modifiche, come specifica il **comma 5** (il cui testo è stato riformulato **dalla Camera**), si applicano in via immediata, anche nelle more della formazione della suddetta sezione (la quale deve comunque avvenire entro diciotto mesi dall'entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto). Le nuove norme recano alcune specificazioni relativamente al requisito (già vigente) della comprovata esperienza dirigenziale nell'ambito della sanità pubblica veterinaria nazionale e internazionale e della sicurezza degli alimenti, richiedendo che essa sia almeno quinquennale, ed introducono, in via alternativa, il requisito dell'esperienza dirigenziale almeno settennale in altri settori. In ogni caso, le esperienze in oggetto (maturate nel settore pubblico o in quello privato) devono essere contraddistinte da autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e finanziarie. Le novelle richiedono altresì il possesso di un'età non superiore a 65 anni ed il conseguimento di un *master* o specializzazione di livello universitario, in materia di sanità pubblica veterinaria o igiene e sicurezza degli alimenti.

L'art. 11 del D. Lgs. n. 106/2012 (c. 5 e 6) prevede che i direttori generali degli Istituti zooprofilattici sperimentali siano nominati dal Presidente della Regione dove l'Istituto ha sede legale, sentito il Ministro della salute e, nel caso di Istituti interregionali, di concerto tra le Regioni e le Province autonome interessate, sentito il Ministro della salute. Per quanto riguarda i requisiti, il direttore generale è scelto tra persone munite di diploma di laurea magistrale o equivalente, di comprovata esperienza nell'ambito della sanità pubblica veterinaria nazionale e internazionale e della sicurezza degli alimenti. Il rapporto di lavoro del direttore generale è regolato con contratto di diritto privato, non superiore a cinque anni, rinnovabile una sola volta. Il direttore generale, se professore o ricercatore universitario, è collocato in aspettativa.

Si ricorda che il [D.M. 3 novembre 1999, n. 509](#), recante il regolamento sull'autonomia didattica degli atenei, ha avviato un processo di riforma degli ordinamenti didattici – rispetto al sistema previgente, cui i diplomi di laurea erano rilasciati dalle università all'esito di corsi di laurea di durata variabile tra i quattro e i sei anni –, determinando una nuova articolazione dei corsi e dei titoli di studio universitari secondo il modello cosiddetto “3+2”: laurea (primo livello), di durata triennale, e **laurea specialistica** (secondo livello), da conseguirsi in ulteriori due anni. Ha stabilito, altresì, in determinati casi, la possibilità di istituire corsi di laurea specialistica a ciclo unico, cui accedere direttamente con il diploma di scuola secondaria superiore.

Il processo di riforma è proseguito, senza peraltro compromettere l'architettura di sistema, con l'emanazione del [D.M. 22 ottobre 2004, n. 270](#), che è subentrato a quello emanato con D.M. 509/1999, e che, per quanto qui maggiormente interessa, ha sostituito la denominazione di laurea specialistica con quella di **laurea magistrale**.

Oltre a ciò, l'art. 3 del citato DM 270/2004 ha stabilito che le università rilasciano – oltre ai diplomi di laurea e di laurea magistrale – il **diploma di specializzazione** e il titolo di **dottore di ricerca**, da conseguire al termine, rispettivamente, dei corsi di specializzazione e di dottorato di ricerca istituiti dalle università.

Il medesimo art. 3 ha disposto, infine, che le università possono attivare, disciplinandoli nei regolamenti didattici di ateneo, corsi di perfezionamento scientifico e di alta formazione permanente e ricorrente, successivi al conseguimento della laurea o della laurea magistrale, alla conclusione dei quali sono rilasciati i **master universitari**, rispettivamente, di primo e di secondo livello.

I requisiti introdotti **dalle presenti novelle** per la nomina di direttore generale degli I.Z.S. ricalcano i titoli e le competenze richiesti dall'art. 1, co. 4, del D.Lgs. 171/2016 per poter essere iscritti nell'elenco nazionale degli idonei alla nomina di direttore generale degli enti del SSN: non aver compiuto sessantacinque anni di età ed essere in possesso di: a) laurea magistrale o equivalente; b) comprovata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale, nel settore sanitario o settennale in altri settori, con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e o finanziarie, maturata nel settore pubblico o nel settore privato; c) attestato rilasciato all'esito del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria.

Come accennato, ai sensi del **comma 5, modificato dalla Camera**, nelle more della formazione (nell'elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale degli enti del SSN) della sezione dedicata ai soggetti idonei alla nomina di direttore generale presso gli I.Z.S., e comunque entro diciotto mesi dalla data di



entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, i direttori generali degli I.Z.S. sono nominati sulla base della revisione della disciplina sui requisiti, operata dal **comma 4-quinquies** dell'articolo in esame. *Sembrerebbe opportuno chiarire se il termine suddetto di diciotto mesi si riferisca alla formazione della sezione o alla nomina dei direttori.* Per la procedura di nomina viene richiamata la norma vigente (di cui all'art. 11, c. 5, del D.Lgs. n. 106 del 2012), secondo cui i direttori generali degli I.Z.S. sono nominati dal Presidente della regione dove l'Istituto ha sede legale, sentito il Ministro della salute o, nel caso di Istituti interregionali, di concerto tra le regioni o le province autonome interessate, sentito il Ministro della salute.

**Il comma 5-bis - inserito dalla Camera** - modifica, in via transitoria e con riferimento ad alcune regioni, la disciplina sui criteri di nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie locali od ospedaliere e degli altri enti o aziende del Servizio sanitario nazionale. Si prevede, nelle more di una revisione a regime dei suddetti criteri, che, per un periodo di tempo di diciotto mesi dall'entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, nelle regioni per le quali sia operante, ai fini dell'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario, il commissario *ad acta*, la rosa dei candidati sia proposta dalla competente commissione secondo una graduatoria di merito, sulla base dei requisiti maggiormente coerenti con le caratteristiche dell'incarico da attribuire. Si specifica che la nomina può essere operata - da parte del Presidente della regione - anche prescindendo dall'ordine della suddetta graduatoria, previa adeguata motivazione. La suddetta norma transitoria può essere estesa, in base ad un accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, alle altre regioni sottoposte ai piani di rientro. Si ricorda che la norma generale vigente prevede che la commissione (appositamente costituita) selezioni una rosa di candidati e che, nell'ambito di quest'ultima, sia scelto dalla regione il soggetto che presenti requisiti maggiormente coerenti con le caratteristiche dell'incarico da attribuire. La disposizione di cui al **comma 5-bis** demanda, dunque, alla commissione anche la definizione di una graduatoria, con riferimento ai suddetti requisiti.

*Sembrerebbe opportuno valutare se, con riferimento all'autonomia organizzativa delle regioni, sia preferibile, riguardo all'atto di nomina, un rinvio generico alla regione, senza far riferimento specifico al Presidente della stessa.*

Attualmente, la procedura di nomina del direttore generale delle aziende sanitarie è disciplinata dal D.lgs. n. 171/2016, che prevede che le Regioni attingano a un elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina a direttore generale, istituito presso il Ministero della salute e aggiornato con cadenza biennale.

Più in particolare, il D.Lgs. n. 171/2016 ha previsto una doppia selezione: la prima, a livello nazionale, per la costituzione di un elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale (art. 1); la seconda, a livello regionale, preceduta da avviso pubblico, i cui destinatari sono gli iscritti nell'elenco nazionale, diretta alla formazione di una rosa di candidati per la nomina da proporre al Presidente della Regione.

Pertanto, ciò che appare modificato rispetto a quanto previsto a legislazione vigente, è la formazione di una graduatoria di merito, presumibilmente con punteggio consultabile, in grado di ridurre la discrezionalità della nomina da parte della Regione. Attualmente, per la selezione a livello regionale, la valutazione dei candidati per titoli e colloquio è effettuata da una commissione regionale, nominata dal Presidente della Regione, secondo modalità e criteri definiti dalle Regioni, anche tenendo conto di eventuali provvedimenti di accertamento della violazione degli obblighi in materia di trasparenza. La commissione, composta da esperti, indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti che non si trovino in situazioni di conflitto d'interessi, di cui uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, e uno dalla regione, propone al Presidente della regione una rosa di candidati, nell'ambito dei quali viene scelto quello che presenta requisiti maggiormente coerenti con le caratteristiche dell'incarico da attribuire. Nella rosa proposta non possono essere inseriti coloro che abbiano ricoperto l'incarico di direttore generale, per due volte consecutive, presso la medesima azienda sanitaria locale, la medesima azienda ospedaliera o il medesimo ente del Servizio sanitario nazionale.

**Articolo 12**  
***(Disposizioni sulla formazione in materia sanitaria e sui medici di  
medicina generale)***

Il **comma 1** è diretto, in primo luogo, a prorogare al 2021 - a decorrere dalla sessione di esame del mese di luglio - l'entrata in vigore del nuovo esame di abilitazione per l'esercizio della professione medica disposto dal [DM. 9 maggio 2018, n. 58](#) al fine di consentire agli Atenei una migliore organizzazione degli esami di Stato. Con il **comma 2** si estendono ai medici veterinari le norme che consentono, a determinate condizioni, ai medici in formazione specialistica di partecipare alle procedure concorsuali per l'accesso alla dirigenza del ruolo sanitario, si modifica la disciplina delle medesime condizioni e s'integra la suddetta normativa, introducendo la possibilità, fino al 31 dicembre 2021, di un'assunzione prima del conseguimento della specializzazione. Il **comma 3** introduce una normativa transitoria che consente, fino al 31 dicembre 2021, ai laureati in medicina e chirurgia, rientranti in specifiche condizioni, di accedere al corso di formazione specialistica in medicina generale, tramite graduatoria riservata e senza borsa di studio. Il **comma 4** reca alcune modifiche alla disciplina che, in via transitoria, prevede la possibilità di assegnazione degli incarichi di medicina generale ai medici iscritti al relativo corso di formazione specialistica. Il **comma 5** modifica la disciplina che consente alle regioni e province autonome di organizzare a tempo parziale i corsi di formazione specialistica in medicina generale. Il **comma 6** reca alcune integrazioni alla disciplina sui contenuti degli accordi collettivi nazionali concernenti i rapporti tra il Servizio sanitario nazionale ed i medici di medicina generale.

Ai sensi del **comma 1**, alle prove di esame relative agli anni 2019 e 2020 continuano ad applicarsi le disposizioni di cui al [DM 19 ottobre 2001, n. 445](#).

La nuova disciplina, volta a sopperire alla contingente carenza dei medici nel SSN, prevede che alla prova dell'esame di Stato per l'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo di cui all'articolo 4 del DM 58/2018, si acceda previo superamento del tirocinio pratico-valutativo di cui all'articolo 3, espletato già durante i corsi di studio (e non più successivamente). Le disposizioni in esame pertanto consentono che l'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo avvenga anche dopo il conseguimento del titolo di laurea e con le attuali norme relative alle sedi di esame, senza il vincolo di sostenere l'esame di abilitazione solo presso la sede dell'università in cui è stato svolto l'ultimo anno di corso.

La nuova disciplina, infatti, prevedendo un tirocinio professionalizzante da espletare durante i corsi di studio, non consentirebbe allo stato attuale una organizzazione adeguata all'acquisizione dei prescritti 60 crediti formativi universitari (art. 3, comma 3 del DM 58) per tutti coloro che frequentano l'anno finale di corso. Come esplicitato dalla relazione illustrativa al provvedimento, infatti, già a partire dal prossimo mese di luglio 2019, gli studenti del VI anno di corso dovrebbero affrontare l'intero periodo di tirocinio, con l'acquisizione di almeno 15 CFU per un periodo complessivo di 300 ore, da sommare ai 60 CFU ordinari (almeno 1.200 ore).

Tuttavia, considerato che con [circolare del 18 marzo 2019](#) il MIUR aveva dato indicazioni agli Atenei di consentire, in via transitoria, di espletare il tirocinio pratico-valutativo anche a partire dalla prima sessione utile, già fissata al 10 aprile 2019, per poter eventualmente accedere alla sessione di esame del successivo mese di luglio, non viene esclusa la possibilità dello svolgimento e superamento del tirocinio stesso da parte di coloro che non lo avessero ancora espletato.

L'art. 7, comma 2, del DM. n. 58/2018, includendo il tirocinio trimestrale professionalizzante nel corso di laurea, infatti, consente l'immediato svolgimento dell'esame di abilitazione, ai quali sono ammessi i laureati magistrali della classe LM/41 (Medicina e Chirurgia) previsti dal DM n. 270/2004 ovvero i laureati specialisti della classe 46/S (Medicina e Chirurgia) previsti in base al DM. n. 509/1999. Per i laureati in base all'ordinamento previgente alla riforma disposta da quest'ultimo decreto ministeriale, l'accesso ai predetti esami è consentito con il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia.

Si segnala, peraltro, che con il [DM 14 gennaio 2019](#), per gli obiettivi di futura compensazione delle carenze nei ruoli dei medici, il Ministro della salute è già intervenuto, limitatamente al corso di formazione specifica in MG di cui al triennio 2018-2021, consentendo l'estensione (da 60 a 180 giorni) dopo l'inizio del corso di formazione per l'utilizzo della graduatoria dei candidati idonei al corso di MG per coprire i posti resi vacanti per cancellazione, rinuncia, decadenza o altri motivi.

Il **comma 2**, in primo luogo, estende ai medici veterinari le norme che consentono, a determinate condizioni, ai medici in formazione specialistica di partecipare alle procedure concorsuali per l'accesso alla dirigenza del ruolo sanitario e - **secondo la riformulazione operata dalla Camera** - modifica la disciplina delle suddette condizioni. Si prevede, infatti, che la possibilità concerna - oltre agli iscritti all'ultimo anno del relativo corso - anche i soggetti iscritti al penultimo anno, nel caso in cui il corso abbia durata quinquennale (resta fermo che la possibilità è limitata ai bandi concernenti la specifica disciplina oggetto del corso). Si ricorda che i soggetti in esame sono collocati in graduatoria separata; secondo la normativa finora vigente, l'assunzione è in ogni caso subordinata al conseguimento del titolo di specializzazione ed all'esaurimento della graduatoria dei soggetti già specialisti alla data di scadenza del bando.

In secondo luogo, il **comma 2 - in base ai capoversi aggiunti dalla Camera** - integra quest'ultima normativa, introducendo la possibilità, fino al 31 dicembre 2021, di un'assunzione prima del conseguimento del suddetto titolo. Tale assunzione deve avvenire a tempo determinato e con orario a tempo parziale, in ragione delle esigenze formative, nei limiti delle disponibilità di bilancio dell'ente o azienda e nei limiti di spesa per il personale vigenti, sempre che sussistano le condizioni - inerenti anche alla mancanza di altre risorse umane - poste dal **capoverso 548-ter** e fermo restando il rispetto dei vincoli derivanti dall'ordinamento dell'Unione europea, relativamente al possesso del titolo di formazione medica specialistica; *sembrerebbe opportuno valutare quest'ultimo richiamo, considerato che la normativa transitoria in esame riguarda soggetti non ancora in possesso del titolo*. Il contratto non può avere durata superiore a quella residua del corso di formazione specialistica, fatti salvi i periodi di sospensione

previsti dalla disciplina per determinate fattispecie di impedimento (servizio militare, gravidanza o malattia), e può essere prorogato una sola volta fino al conseguimento del titolo di formazione medica specialistica e comunque per un periodo non superiore a dodici mesi (mentre l'interruzione definitiva del percorso di formazione comporta la risoluzione automatica del contratto di lavoro). Gli specializzandi assunti a termine sono inquadrati con qualifica dirigenziale e al loro trattamento economico, proporzionato alla prestazione lavorativa resa e commisurato alle attività assistenziali svolte, si applicano le disposizioni del contratto collettivo nazionale del personale della dirigenza medica e veterinaria del Servizio sanitario nazionale (il trattamento, qualora sia inferiore a quello già previsto dal contratto di formazione specialistica, è rideterminato in misura pari a quest'ultimo). Essi svolgono attività assistenziali coerenti con il livello di competenze e di autonomia raggiunto e correlato all'ordinamento didattico di corso, alle attività professionalizzanti nonché al programma formativo seguito e all'anno di corso di studi superato. Si demanda ad accordi tra le regioni, le province autonome e le università interessate la definizione delle modalità di svolgimento della formazione specialistica, la quale, in ogni caso, prosegue a tempo parziale e secondo il principio che la formazione teorica è svolta presso le università e quella pratica presso l'ente o azienda d'inquadramento (purché accreditato ai fini della formazione specialistica). I soggetti così assunti a termine sono poi inquadrati, a decorrere dalla data del conseguimento del relativo titolo di formazione specialistica, a tempo indeterminato nell'ambito dei ruoli della dirigenza del Servizio sanitario nazionale, ferma restando la condizione dell'esaurimento della graduatoria dei soggetti già specialisti alla data di scadenza del bando (bando in relazione al quale lo specializzando era stato inserito nella graduatoria separata).

Per sopperire alla contingente carenza di medici di medicina generale, il **comma 3** dispone che, fino al 31 dicembre 2021, ai **laureati** in medicina e chirurgia **idonei** all'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale, che risultino **già incaricati**, per almeno 24 mesi anche non continuativi negli ultimi 10 anni a far data dall'entrata in vigore del presente decreto, è consentito l'accesso al corso stesso tramite **graduatoria riservata**, senza borsa di studio e nei limiti di spesa previsti.

Gli incarichi devono essere attribuiti nell'ambito delle **funzioni convenzionali** previste dall'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i MMG.

Si ricorda che il [D. Lgs. 256/1991](#), di attuazione della [direttiva CEE 86/457](#) che ha introdotto un ciclo di formazione specifica in medicina generale, riservato ai laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale, ha reso necessario il titolo relativo all'attestato di formazione in MG per l'esercizio della professione nell'ambito del SSN. Il corso, inizialmente di durata biennale, è stato esteso di un ulteriore anno per effetto della [direttiva CEE 2001/19](#), recepita con [D. Lgs. n. 277/2003](#), con cui peraltro è stata trasferita la competenza dal Ministero della Salute alle Regioni.

L'accesso (e quindi l'iscrizione) al corso triennale di formazione specifica è consentito in **via prioritaria** ai medici abilitati e già idonei all'iscrizione con **maggior punteggio di anzianità di servizio** maturata nei suddetti incarichi convenzionali, calcolato in base al citato Accordo. I **medici già iscritti** al corso sono interpellati comunque **in via prioritaria**, in fase di assegnazione degli incarichi.

Il numero massimo di candidati ammessi al corso è calcolato in base al **limite di spesa definito entro i 2 milioni** di euro per ciascuno degli anni 2019, 2020 e 2021, in relazione, rispettivamente, ai trienni di corso 2019-2021, 2020-2022 e 2021-2023, con copertura mediante il **vincolo**, per pari importo, delle **disponibilità** finanziarie ordinarie che risultino destinate al **fabbisogno sanitario** standard cui concorre lo Stato, con ripartizione tra le regioni - rispetto alle effettive carenze dei MMG calcolate in base al numero complessivo di incarichi pubblicati e rimasti vacanti.

In proposito si richiama quanto già recentemente previsto all'articolo 9, commi 1 e 3, del DL. 135/2018, cd. Decreto Semplificazioni (L. 12/2019), che ha introdotto, in via transitoria, la possibilità di assegnazione degli incarichi di medicina generale ai medici iscritti al relativo corso di formazione specialistica, prevedendo che le regioni e le province autonome possano disporre limitazioni rispetto ai massimali di assistiti in carico, in base all'accordo collettivo nazionale relativo alla medicina generale, confermando per tali enti territoriali la possibilità di organizzare i corsi di formazione specialistica in medicina generale anche secondo modalità di tempo parziale.

Si sottolinea che, con un emendamento approvato **dalla Camera**, è stato soppresso il riferimento anche alle province autonome di Trento e di Bolzano nella ripartizione dell'ammontare previsto come limite di spesa entro 2 milioni di euro, sulla base della considerazione dell'autonomia di spesa di cui tali province godono (come peraltro sancito dalla giurisprudenza della [Corte Costituzionale, sent. n. 125/2015](#)) in materia di spesa sanitaria in quanto autofinanziatrici del proprio servizio sanitario regionale. In proposito alle limitazioni dell'applicabilità delle norme del presente decreto, si sottolinea che **la Camera** ha introdotto l'art. 15-bis (v. *infra*) che ha previsto una specifica clausola di salvaguardia per l'attuazione delle disposizioni del presente decreto nelle regioni a statuto speciale e nelle province autonome di Trento e di Bolzano, compatibilmente con i rispettivi statuti.

**Il comma 4** reca **alcune modifiche alla disciplina che, in via transitoria, prevede la possibilità di assegnazione degli incarichi di medicina generale ai medici iscritti al relativo corso di formazione specialistica**, novellando l'articolo 9 del DL. 135/2018 (L. 12/2019). In base alle novelle:

- ai fini del calcolo del termine previsto dal corso di rispettiva frequenza, entro il quale deve comunque essere conseguito il diploma di formazione specifica in medicina generale a pena di decadenza, vengono fatti salvi i periodi di sospensione previsti a legislazione vigente, pena la cancellazione dalla graduatoria regionale e la decadenza dall'eventuale incarico assegnato;

Si tratta dei periodi di sospensione previsti dai commi 5 e 6, articolo 24, del D. Lgs. n. 368/1999, vale a dire impedimenti temporanei superiori ai 40 giorni lavorativi consecutivi (ad esempio per gravidanza e malattia). In ogni caso tali periodi di sospensione non possono ridurre la durata (triennale) del periodo di formazione. Non determinano comunque interruzione della formazione, e non devono essere recuperate, le assenze per motivi personali, preventivamente autorizzate salvo causa di forza maggiore, che non superino 30 giorni complessivi nell'anno di formazione e non pregiudichino il raggiungimento degli obiettivi formativi. In tali casi non vi è neanche sospensione della borsa di studio;

- si modifica la norma secondo cui le regioni e le province autonome possono disporre limitazioni rispetto ai massimali di assistiti in carico stabiliti dall'accordo collettivo nazionale (dalla disposizione deriva anche che, mentre in base al citato accordo collettivo il medico di medicina generale può autolimitare il proprio massimale solo nel rispetto di una certa soglia minima, quest'ultima può essere ora derogata da parte delle regioni e province autonome). La novella prevede che tali limitazioni possano riguardare anche il monte ore settimanale e che in ogni caso esse siano definite nell'ambito dell'accordo collettivo nazionale.

Il **comma 5** modifica la disciplina - di cui all'art. 24 del D.Lgs. n. 368/1999 - che consente alle regioni e province autonome di organizzare **a tempo parziale i corsi di formazione specialistica in medicina generale**. La novella sopprime le seguenti condizioni: che la formazione comporti un congruo numero di periodi di formazione a tempo pieno sia per la parte dispensata in un centro ospedaliero sia per la parte effettuata in un ambulatorio di medicina generale riconosciuto o in un centro riconosciuto nel quale i medici dispensino cure primarie; che i suddetti periodi di formazione a tempo pieno siano di numero e durata tali da preparare in modo adeguato all'effettivo esercizio della medicina generale.

Si ricorda che **la Camera ha soppresso l'ulteriore modifica** – lettera *a*) nel testo iniziale del D.L. - alla normativa vigente di cui al citato D. Lgs. n. 368, articolo 21, comma 1, diretta ad autorizzare l'esercizio dell'attività dei medici di medicina generale nell'ambito del Servizio sanitario non solo a coloro già in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale, ma anche a coloro in possesso del solo requisito di iscrizione al relativo corso di formazione.

Viene infine novellato (**comma 6**) l'art. 8, comma 1, del D.Lgs. n. 502/1992, con riguardo ai contenuti degli accordi collettivi nazionali dei rapporti tra il Servizio sanitario nazionale ed i medici di medicina generale. In particolare, si prevede che:

- i suddetti accordi nazionali possano contemplare l'incremento del numero massimo di assistiti in carico ad ogni MMG nell'ambito dei modelli organizzativi multi-professionali nei quali sia prevista la presenza oltre che del collaboratore di studio, anche di personale infermieristico e – **con**

**un'aggiunta inserita dalla Camera – dello psicologo**, ad invarianza di oneri per la finanza pubblica;

- i medesimi accordi definiscano modalità e forme di incentivo per i medici inseriti nelle graduatorie, allo scopo di garantire il servizio nelle zone carenti di personale medico, nonché specifiche misure alternative, intese a compensare l'eventuale rinuncia agli incarichi già assegnati in tali zone. A quest'ultimo riguardo, il testo originario della novella - **così riformulato dalla Camera** - faceva riferimento a specifiche misure conseguenti all'eventuale rinuncia agli incarichi. *Sembrerebbe opportuno valutare gli effetti della nuova formulazione.*



### Articolo 13

#### *(Disposizioni in materia di carenza di medicinali e di riparto del Fondo sanitario nazionale)*

Il **comma 01, introdotto dalla Camera**, prevede che l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) adotti, dandone previa notizia al Ministero della salute, un provvedimento di **blocco temporaneo delle esportazioni di medicinali** (per uso umano), nel caso in cui esso si renda necessario per prevenire o limitare stati di carenza o indisponibilità.

La disposizione appare anche intesa a far fronte alle distorsioni di mercato generate dal fenomeno del cd. “*parallel trade*” (v. anche *infra*), vale a dire la possibilità legale – in accordo con la [comunicazione della Commissione europea del 31/12/2003 COM \(2003\) 839](#) - per grossisti e grandi farmacie, di rivendere in altri Paesi dell’Unione europea dove hanno maggiori margini di remunerazione, farmaci a prezzo non modificabile, dispensati interamente o parzialmente dal servizio sanitario nazionale (sia quelli di fascia A, disponibili in farmacia su presentazione della ricetta del medico, sia quelli di fascia H di impiego riservato ad ospedali e strutture accreditate) originariamente destinati al mercato nazionale. In proposito si ricorda che già una [circolare del Ministero della salute \(48421 del 2014\)](#) era intervenuta per informare sulle nuove disposizioni introdotte dal [D. Lgs. n. 17/2014](#) per contrastare le distorsioni distributive dei farmaci in alcune aree geografiche, in base ad uno specifico monitoraggio dell’AIFA.

Il **comma 1** eleva il termine dilatorio - da due a quattro mesi - entro cui, **prima di un'interruzione, temporanea o definitiva**, della commercializzazione del medicinale nel territorio nazionale, il titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio deve darne **comunicazione all'AIFA**. Inoltre, si estende ai casi di violazione di tale obbligo l'ambito della sanzione amministrativa pecuniaria già comminata per i casi di inadempimento dell'obbligo di notifica immediata - all'AIFA ed alle competenti autorità sanitarie degli altri Stati dell'Unione europea interessati - di ogni iniziativa diretta a ritirare il medicinale dal mercato o a sospenderne la commercializzazione, per ragioni attinenti all'efficacia dello stesso o alla protezione della salute pubblica.

Più nel dettaglio, il **comma 1** porta da due a quattro mesi l’intervallo temporale entro il quale le aziende farmaceutiche sono tenute a comunicare all’AIFA l’interruzione temporanea o definitiva della commercializzazione di un medicinale di cui sono titolari dell’Autorizzazione all’immissione in commercio (AIC). Il termine non si applica alle sospensioni della commercializzazione connesse a motivi di sicurezza del prodotto. L’intervento legislativo viene attuato modificando l’art. 34, co. 6, secondo periodo, e l’articolo 148, co. 1, del D.Lgs. 219/2006 (Codice dei medicinali)<sup>27</sup>. La modifica relativa al citato articolo 148 introduce una **sanzione amministrativa pecuniaria** per i casi di mancata comunicazione, nei nuovi termini stabiliti, dell’interruzione, temporanea o

<sup>27</sup> Attuazione della direttiva 2001/83/CE (e successive direttive di modifica) relativa ad un codice comunitario concernente i medicinali per uso umano, nonché della direttiva 2003/94/CE.

definitiva, della commercializzazione del medicinale nel territorio nazionale (a normativa vigente tale fattispecie non è sanzionata). Salvo che il fatto costituisca reato, in caso di violazione, il responsabile dell'immissione in commercio del medicinale è soggetto alla sanzione amministrativa da tremila a diciottomila euro.

La temporanea irreperibilità sul mercato nazionale di medicinali indispensabili per la cura di determinate patologie viene monitorata da AIFA sulla base di una procedura ad hoc. Per "carente" si intende un medicinale non reperibile sull'intero territorio nazionale, in quanto il titolare AIC (Autorizzazione all'immissione in commercio) temporaneamente non può assicurarne una fornitura appropriata e continua. La carenza sul mercato di un farmaco può essere determinata da diversi fattori, tra i quali, per esempio, l'irreperibilità del principio attivo, problematiche legate alla produzione, provvedimenti a carattere regolatorio, imprevisto incremento delle richieste di un determinato medicinale, o emergenze sanitarie nei paesi di produzione. La carenza vera e propria di un medicinale deve essere distinta dalla sua momentanea indisponibilità causata invece da distorsioni delle dinamiche distributive. La normativa europea non contiene una definizione armonizzata dei termini "carenza" e "indisponibilità" di farmaci. I due fenomeni si riferiscono di fatto a due situazioni di differente natura: le carenze legate a problemi produttivi sono spesso correlate alla non-redditività di farmaci "datati" o di basso costo; le indisponibilità generate da distorsioni del mercato sono riconducibili al fenomeno del "*parallel trade*", che sfrutta le differenze di prezzo dei farmaci sui diversi mercati (da [Carenze e indisponibilità](#): sezione informativa del sito istituzionale AIFA, qui da ultimo la [determina dell'AIFA del 17 maggio 2019](#) che elenca i medicinali che non possono essere sottratti alla distribuzione per loro carenza o indisponibilità).

**La Camera ha introdotto il comma 1-bis.** Esso prevede che, al fine di garantire il necessario monitoraggio sul territorio nazionale inteso a prevenire stati di carenza di medicinali, a tutela della salute pubblica, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto e senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, sia aggiornato il regolamento sull'organizzazione e il funzionamento dell'AIFA, con l'istituzione, a supporto del direttore generale, delle figure del direttore amministrativo e del direttore tecnico-scientifico. I conseguenti maggiori oneri sono compensati dalla soppressione di un numero di posti di funzione dirigenziale di livello non generale equivalente sul piano finanziario. Le modifiche regolamentari (ivi compreso l'adeguamento della dotazione organica) dovranno essere adottate secondo la procedura prevista dall'articolo 48, comma 13, del DL. 269/2003 (L. 326/2003), con il quale sono state dettate le modalità per l'approvazione del suddetto regolamento.

Si ricorda che il regolamento sull'organizzazione e sul funzionamento dell'AIFA ([DM 20 settembre 2004, n. 245](#)) è stato approvato dal Ministro della salute, di concerto con il Ministro della funzione pubblica (ora Ministro per la PA) e con il MEF, d'intesa con la Conferenza Stato-regioni e province autonome.

Il **comma 2** estende al 2019, in via transitoria, la possibilità di ripartire le risorse finanziarie accantonate per le quote premiali da destinare alle regioni virtuose,

tenendo anche conto dei criteri di riequilibrio indicati dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome. L'urgenza dell'intervento, peraltro richiesto dalle regioni come già avvenuto per gli anni precedenti, risiede nella necessità di garantire il riparto delle predette risorse in modo da evitare l'insorgere di criticità di ordine finanziario in merito agli equilibri di bilancio regionali.

L'art. 2, co. 67-*bis*, della legge finanziaria 2010 (legge 191/2009) disciplina i sistemi premiali per le regioni a valere sulle risorse ordinarie previste dalla legislazione vigente per il finanziamento del SSN. L'art. 9, co. 2, del D. Lgs. 149/ 2011<sup>28</sup> quantifica le risorse da destinare a tali sistemi premiali nella misura pari allo 0,25 per cento del finanziamento annuo del SSN.

Più nel dettaglio, la finanziaria 2010 aveva previsto che, entro il 30 novembre 2011, un decreto interministeriale stabilisse forme premiali, applicabili a decorrere dal 2012, per le regioni che avessero fra l'altro istituito una Centrale regionale per gli acquisti e l'aggiudicazione di procedure di gara per l'approvvigionamento di beni e servizi per un volume annuo non inferiore ad un importo determinato con il medesimo decreto. Contestualmente, nelle more dell'adozione del decreto, la finanziaria 2010 aveva previsto che il riparto della quota premiale potesse essere effettuato tenendo anche conto di criteri di riequilibrio indicati dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome. Tale procedura è stata ripetutamente prorogata (da ultimo dall'art. 8, co. 3, del decreto legge 91/2018).

---

<sup>28</sup> Meccanismi sanzionatori e premiali relativi a regioni, province e comuni, a norma degli articoli 2, 17 e 26 della legge 5 maggio 2009, n. 42.

**Articolo 14**  
**(Disposizioni finanziarie)**

L'**articolo 14**, ai **commi 1-4**, reca la **copertura degli oneri** del presente provvedimento, con riferimento, rispettivamente, agli articoli 3, commi 5 e 6-*bis* e 9, comma 3, nonché di cui all'articolo 5, comma 6.

In particolare, al **comma 1**, vengono posti a carico del Ministero della salute e quantificati complessivamente nel **limite** di 682.500 euro per il 2019 (**importo così aumentato dalla Camera**) e 792.500 per il 2020, gli **oneri** per i **compensi** aggiuntivi dei Commissari straordinari delle aziende sanitarie della Regione Calabria (v. *ante* art. 3, comma 5), per il funzionamento dell'unità di crisi speciale istituita ai fini dell'adozione dell'atto aziendale (**di cui al comma 6-*bis***) e per il rimborso delle spese derivanti dalla **stipula della convenzione** tra Ministero della salute e Corpo della Guardia di Finanza (v. *ante* art. 9, comma 3), compensati mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del Fondo speciale di parte corrente iscritto, per il triennio 2019-2021, al programma "Fondi di riserva e speciali" dello stato di previsione del MEF, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute. Una **specifico copertura** viene inoltre prevista per il **piano di rientro aziendale** di cui all'articolo 5, comma 6 (**in forza di una modifica approvata dalla Camera**), vincolando sulle contabilità speciali di tesoreria unica intestate alla gestione straordinaria del commissario straordinario di liquidazione di cui al medesimo articolo 5, una quota parte dell'ammontare da ripartire in favore della Regione Calabria previsto ai sensi del DL. 135/2018<sup>29</sup>, art. 9-*bis*, commi 5 e 6, (L. 12/2019);

In proposito si ricorda che, in base alla procedura prevista dal citato art. 9-*bis* del DL. 135/2018, le aziende farmaceutiche titolari di autorizzazione all'immissione in commercio hanno assunto l'obbligo di versare, entro il 30 aprile 2019, l'importo complessivo di 2.378 milioni di euro a titolo di recupero integrale delle risorse finanziarie connesse alle procedure di ripiano della spesa farmaceutica per gli anni 2013-2017. L'AIFA è stata incaricata di accertare l'avvenuto versamento di tale entro il 31 maggio 2019, computando gli importi già versati per i ripiani degli anni 2013-2017 e gli importi versati a seguito degli effetti delle transazioni relative ai contenziosi sul ripiano per gli anni 2013, 2014 e 2015 e delle procedure successive alla conclusione delle medesime transazioni<sup>30</sup>.

Con riferimento alla procedura prevista dal citato articolo 9-*bis*, al fine di garantire il riparto tra le regioni, gli effetti previsti con specifico riferimento ai

<sup>29</sup> *Disposizioni urgenti in materia di sostegno e semplificazione per le imprese e per la pubblica amministrazione.*

<sup>30</sup> Si fa presente che la norma in questione prevede che l'accertamento positivo del conseguimento della somma complessivamente prevista di 2.378 milioni sia satisfattivo di ogni obbligazione a carico di ciascuna azienda farmaceutica titolare di AIC tenuta al ripiano 2013- 2017, con conseguente estinzione delle liti pendenti dinanzi al giudice amministrativo aventi ad oggetto le determinazioni AIFA relative ai ripiano della spesa farmaceutica per gli anni sopra indicati.

commi 5 (estinzione di ogni obbligazione a carico di ciascuna azienda farmaceutica titolare di AIC e conseguente estinzione delle liti pendenti) e 6 (riparto tra le regioni e le province autonome dell'importo giacente sul Fondo per il *payback* 2013-2017) si intendono prodotti se **l'importo** computato ed accertato in base al comma 4 (complessivamente pari a 2.378 euro) risulti **versato entro il 30 maggio 2019**. Si prevede che, con decreto MEF, di concerto con il Ministro della salute, e previa intesa con la regione Calabria, venga stabilito l'ammontare della quota vincolata sopra indicata.

Ai fini dell'attuazione delle disposizioni del Capo I, fermo restando quanto previsto specificamente con riferimento agli articoli 6, comma 5 (specifica autorizzazione di spesa, per l'ammodernamento tecnologico, v. *ante*), e 8 (supporto tecnico e operativo fornito dall'AGeNas), oltre che dal comma 1 del presente articolo (specifica copertura per i piani di rientro degli enti del SSR Calabria), si dispone, riaffermando quanto già previsto in materia disciplina dei piani di rientro, che la regione **Calabria metta a disposizione** del Commissario *ad acta*, del Commissario straordinario e del Commissario straordinario di liquidazione, nonché del Dipartimento della tutela della salute – politiche sanitarie, e del personale impiegato dall'AGENAS, gli **uffici**, il personale e i mezzi necessari ad espletare i relativi incarichi (**comma 2**).

Infine, i **commi 3 e 4**, stabiliscono, rispettivamente, la clausola di **invarianza degli oneri per la finanza pubblica** con riferimento all'attuazione delle disposizioni di cui al Capo II e l'autorizzazione del MEF ad apportare, con propri decreti, le necessarie variazioni di bilancio.

**Articolo 15**  
*(Disposizioni transitorie e finali)*

L'**articolo 15** stabilisce alcune **disposizioni transitorie** relative alla durata dell'applicabilità della nuova disciplina introdotta al Capo I, alla cessazione di eventuali nuove nomine e alla revoca delle procedure selettive in corso.

Più in dettaglio, viene fissata una **durata di 18 mesi** dalla data di entrata in vigore del presente decreto per l'applicazione delle disposizioni di cui al Capo I, in relazione alla specifica disciplina prevista per il Servizio sanitario della Regione Calabria (**comma 1**), disponendo comunque la cessazione delle funzioni dei direttori generali degli enti del medesimo Servizio sanitario regionale, eventualmente nominati nei 30 giorni precedenti la predetta data. Vengono peraltro revocate, in qualunque caso, le procedure selettive dei direttori generali che si trovino eventualmente in corso alla medesima data di entrata in vigore (**comma 2**).

Viene infine (**comma 3**) integrata la disposizione di cui al comma 2, art. 4, del DL. 159/2007 (L. 222/2007), con riferimento alla valutabilità, quale esperienza dirigenziale, dell'incarico di Commissario *ad acta* e di subcommissario (v. *ante* scheda art. 3, comma 8).

**Articolo 15-bis**  
***(Clausola di salvaguardia)***

L'**articolo 15-bis - inserito dalla Camera** - limita l'applicabilità del presente decreto alle regioni a statuto speciale e alle province autonome di Trento e di Bolzano, compatibilmente con i rispettivi statuti e con le relative norme di attuazione, anche con riferimento alla legge costituzionale n. 3 del 2001, che ha riformato l'attribuzione delle competenze per materia tra Stato e regioni e la corrispondente potestà legislativa.

**Articolo 16**  
*(Entrata in vigore)*

L'**articolo 16** dispone l'entrata in vigore del decreto-legge prevista per il giorno successivo a quello della sua pubblicazione in Gazzetta ufficiale.