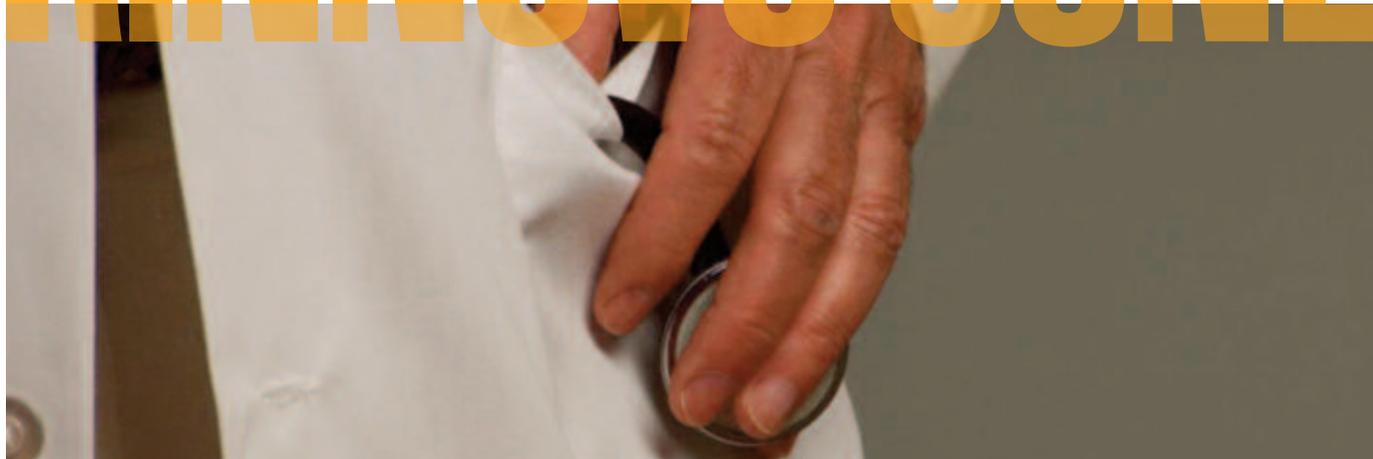


# RINNOVO CCNI



**Contratti. La proposta Anaao**

## ECCO GLI INDIRIZZI DA PERSEGUIRE IN NOVE PUNTI

*Le prime riflessioni sono state elaborate dal gruppo di lavoro guidato da Giuseppe Montante, Vice Segretario Nazionale.*

---

### Compiti affidati e limiti

---

#### Compito affidato

Nel settembre 2015 l'Esecutivo Nazionale, nell'eventualità dell'apertura nel 2016-2017 di una stagione contrattuale nazionale, ha ritenuto opportuno affidare a un Gruppo di lavoro il compito di: "Suggerire agli organismi nazionali dell'Associazione obiettivi ed indirizzi da perseguire con un nuovo Ccnl".

#### Limiti

Fin dall'inizio il Gruppo ha ritenuto di contenere la propria elaborazione all'interno delle seguenti cinque condizioni:

1. proporre suggerimenti che possano essere attuati mediante la sola modifica della normativa contrattuale nazionale vigente;
2. limitare la proposta a indirizzi di natura solamente normativa, dal momento che allo stato attuale non si conosce l'entità delle risorse economiche messe a disposizione per il prossimo rinnovo del Ccnl (presumibilmente modeste o addirittura irrisorie);
3. basare la formulazione sulla legislazione di riferimento attualmente vigente;
4. costruire un progetto di indirizzi normativi per il prossimo Ccnl, articolato in più fasi di progressivo approfondimento;
5. limitarsi in questa 1° fase a:
  - individuare gli obiettivi generali di tale progetto e di conseguenza le materie e gli istituti contrattuali che, per le criticità che li affliggono, abbisognano di modifiche importanti che vengano oltre la loro periodica "manutenzione",
  - suggerire, come primi indirizzi su cui sviluppare un dibattito, gli obiettivi normativi da perseguire per ciascuna delle suddette materie.

## Obiettivi generali del progetto contrattuale

### Obiettivi generali

- Modellare le norme contrattuali alla particolare peculiarità della dirigenza del ruolo sanitario, concorrendo in tal modo ad accentuare la specialità di tale dirigenza rispetto alle altre del Pubblico Impiego.
- Determinare condizioni maggiormente omogenee di attuazione di tali norme al livello nazionale.
- Individuare condizioni di sviluppo di carriera e di premialità più specifiche alle peculiarità di tale dirigenza.
- Ridurre le condizioni di disagio lavorativo.
- Elevare le condizioni di sicurezza organizzativa per i pazienti e di sicurezza nel lavoro per i dirigenti del ruolo sanitario.

## Materie e istituti contrattuali

### MODELLO CONTRATTUALE

**1** La scelta del modello contrattuale da attuare attraverso il Contratto Collettivo Nazionale è fondamentale ai fini del raggiungimento degli obiettivi generali, sopra ipotizzati. Nel caso del Ssn il modello contrattuale da utilizzare deve essere necessariamente su due livelli, perché la legislazione nazionale vigente prevede per i vari Comparti ed Aree del Pubblico Impiego solamente un doppio livello di contrattazione (nazionale e periferico) e perché nazionale è la “mission” fondamentale del Ssn (soddisfare il dettato costituzionale) e periferica è invece l'erogazione dei Lea nazionali e la scelta del modello organizzativo più adeguato a ciò.

In queste condizioni, la scelta che si può esercitare attraverso il Ccnl può riguardare:

- l'incremento o meno delle competenze di uno dei due livelli (nazionale o aziendale?);
- le materie o istituti contrattuali da demandare al livello aziendale;
- la normativa di questi che deve essere definita al livello aziendale (normativa generale e/o metodologia attuativa?);
- le modalità e l'importanza del ruolo che può esercitare la Regione in campo contrattuale al livello regionale e le regole che lo governano.

### Criticità

In considerazione dell'esperienza decennale sull'esistenza di diffuse condizioni di modesta preparazione tecnica dei funzionari aziendali e di un rappor-

to impari tra lo strapotere delle Aziende e l'oggettiva debolezza contrattuale del livello sindacale aziendale, la convinzione unanime del Gruppo è che il modello contrattuale vigente contiene in se dei forti momenti di debolezza che favoriscono la elevata disomogeneità attuativa e i frequenti abusi perpetrati dalle aziende.

### Proposta di modello contrattuale

L'orientamento diffuso emerso dallo stesso Gruppo di lavoro è che l'attuale modello contrattuale debba essere in parte modificato e che preveda:

- un Ccnl che normi un modo più stringente rispetto al passato i principi, le norme regolatorie e di garanzia di tutti gli istituti e materie contrattuali, nonché detti precisi criteri generali attuativi di questi, della retribuzione fondamentale e accessoria di base minima e di ogni altro aspetto o valore retributivo che possa essere fissato a livello nazionale, riducendo la discrezionalità aziendale;
  - un contratto integrativo aziendale che, attraverso gli istituti della contrattazione e della concertazione, si limiti ad attuare al meglio le disposizioni contrattuali nazionali, tentando di soddisfare anche le specificità aziendali.
- ### Proposta di ruolo della Regione in materia contrattuale
- Per quanto riguarda invece il ruolo che può esercitare l'Istituzione Regione al livello regionale sono emerse due posizioni:
- una maggioritaria che mira a conservare il ruolo attuale della Regione, pur con qualche modifica;
  - l'altra minoritaria che invece lo ritiene dannosa in materia contrattuale nelle condizioni attuali, perché spesso ambiguo e fuorviante.

Oggettivamente bisogna ammettere che l'accusa nei riguardi delle Regioni è suffragata dalla realtà, ma questo non basta a rendere possibile, a legislazione invariata e vantaggiosa la scelta di tentare di cancellare del tutto l'attuale ruolo di indirizzo di queste nei riguardi della contrattazione integrativa dell'Aziende Sanitarie presenti nel proprio territorio.

Una proposta che potrebbe tentare di conciliare le due esigenze contrapposte potrebbe essere caratterizzata dal:

- mantenimento dell'istituto del confronto politico – sindacale su alcune delle materie oggetto di contrattazione aziendale (le più importanti e strategiche) al fine di formulare suggerimenti condivisi dalle parti che tentino di omogenizzare in tutte le aziende della regione le modalità attuative e nel contempo di interpretare al meglio le peculiari specificità regionali, nel rispetto comunque del dettato del Ccnl;
- riduzione del numero di materie e/o

istituti contrattuali previste dal Ccnl che possono essere oggetto di tale confronto regionale (dalle attuali 11, presenti nell'art. 5, Ccnl 17 ottobre 2008, a non più di 5), selezionando fra di loro quelle più strategiche ai fini della specificità regionale e non già regolamentate in modo stringente dal Ccnl e/o dalla Legislazione nazionale;

- pariteticità dei poteri di ambedue le parti (Regione e Oo. Ss. regionali) nella scelta di attivare il “confronto regionale” e delle materie contrattuali fra quelle previste su cui esercitare tale confronto.

### CERTEZZA ATTUATIVA

#### Criticità

**2** Una delle criticità maggiori del modello contrattuale, accentuatasi negli ultimi 10-12 anni, è l'assoluta rarefazione in quasi tutte le aziende della “certezza e correttezza attuativa”.

Questa piaga ha soprattutto afflitto le norme del Ccnl in cui è previsto un ruolo decisionale delle aziende nella loro attuazione ed è divenuta attualmente insostenibile per dimensione e diffusione. Se questa condizione non sarà drasticamente corretta dalla prossima contrattazione nazionale con provvedimenti normativi adeguati, diventerà quasi inevitabile il rischio che il Ccnl sia percepito e considerato come un inutile libro dei sogni dinanzi al plateale e sistematico non rispetto delle sue norme da parte delle aziende e delle stesse parti pubbliche che li hanno sottoscritti.

Nessuna categoria e nessun sindacato può resistere a lungo ad una “balcanizzazione” attuativa ed a una conseguenziale deriva giudiziaria, lunga ed insostenibile e spesso dagli incerti risultati!

#### Suggerimenti correttivi

Questa criticità, per essere drasticamente corretta, deve prevedere al livello di Ccnl molteplici tipologie concrete di intervento, quali ad esempio:

- Modifiche del modello contrattuale, miranti a ridurre lo spazio di autonomia interpretativa e attuativa al livello aziendale (anello debole), quali ad esempio quelli precedentemente suggeriti;
- Introduzione di norme regolamentari e di tempistica attuativa per il livello periferico più stringenti ed improrogabili;
- Istituzione di un'authority nazionale di garanzia (questo ruolo potrebbe essere svolto dall'Aran) che, a denuncia circostanziata del livello sindacale nazionale, esegua le seguenti azioni procedurali:
  - valutazione in tempi brevi e certi dell'esistenza o meno di violazioni di norme contrattuali e tempistica definiti nel Ccnl e produzione di una certifi-

cazione ufficiale di tale valutazione da inviare alle parti interessate,

- in caso di presenza di violazioni contrattuali ed in assenza di precedenti, repentina convocazione delle parti per tentativo di conciliazione con correzione delle violazioni, da raggiungere in tempi brevi e certi,
- in caso invece di recidività delle violazioni contrattuali, si aggiungerebbe all'azione previste dal punto precedente, la segnalazione formale del comportamento scorretto dell'Azienda alla Regione di appartenenza in cui è allocata l'Azienda Sanitaria, al Ministero della Funzione Pubblica, al Ministero della Salute ed alla Corte dei Conti per i conseguenti provvedimenti del caso (sanzioni amministrative e/o pecuniarie).

### RSA O RSU, LIVELLO DI MAGGIORANZA CONTRATTUALE NELLA CONTRATTAZIONE AZIENDALE

#### Criticità

**3** Attualmente l'art. 43 del D. Lgs. 165/2001 sancisce qual è il livello minimo di maggioranza sindacale per la stipula di un Ccnl e qual è il livello minimo (51 %) per la stipula di un Contratto Integrativo periferico nel caso

siano state individuate in modo elettivo le Rsu (Rappresentanze Sindacali Unitarie) Aziendali.

La suddetta Legge nulla dice per la stipula del Contratto Integrativo periferico (Aziendale), nel caso non sia stato previsto l'individuazione elettiva delle R.S.U. ed esistano solamente le Rsa (Rappresentanze Sindacali Aziendali) e di fatto rinvia l'eventuale definizione di ciò ai Contratti Collettivi Nazionali.

I Contratti Collettivi Nazionali vigenti della dirigenza del ruolo sanitario dipendente nulla dicono a questo proposito. Attualmente l'unico pronunciamento ufficiale esistente in merito è quello fornito dall'Aran in data 15.2.2002 (prot. n. 1702) in cui vengono esortate le Aziende ad utilizzare come unico criterio fondamentale nella stipula dei Contratti Integrativi Aziendali il: "Raggiungimento del maggior consenso possibile"!

Alla luce di tutto ciò, è facilmente immaginabile la pericolosità di questa "dimenticanza". L'esortazione ad utilizzare come unico criterio quello proposto dall'Aran (in concreto eccessivamente fumoso e soggettivo) può aprire ampi spazi verso comportamenti aziendali arbitrari e opportunistici, forieri di possibili illegittimità e soprusi.

Il fatto che tale dimenticanza normativa non sia stata fino ad ora utilizzata in modo diffuso non diminuisce la sua elevata pericolosità potenziale.

#### Suggerimenti correttivi

Da quanto sopra espresso risulta evidente la necessità di colmare questa dimenticanza normativa al fine di rendere oggettivo il calcolo delle maggioranze di consensi sindacali in caso di accordi integrativi aziendali.

Due possono essere le modalità alternative per raggiungere questo obiettivo attraverso il Ccnl.

1. Una maggioritaria, che prevederebbe l'Introduzione attraverso il Ccnl di criteri generali e di modalità per calcolare il quorum minimo di consenso sindacale delle Rsa aziendali per la stipula di accordi a tale livello identici a quelli previsti per le Rsu.
2. Una minoritaria, che prevederebbe il dovere alla costituzione elettiva delle Rsu al livello aziendale (il D.lgs. 165/2001 non lo impedirebbe); in tal modo varrebbe lo stesso quorum minimo di consenso sindacale per la stipula di accordi, previsto dalla suddetta Legge (51 % del consenso elettivo della Rsu).

NB: le Rsu della dirigenza comunque mal si concilierebbero con l'architettura dell'organizzazione periferica delle Oo. Ss. della dirigenza del ruolo sanitario e finirebbero con indebolirne il ruolo.

### PRINCIPI, REGOLE E LIMITI NELL'ACCESSO ALLA DIRIGENZA DEL RUOLO SANITARIO

#### Criticità

**4**

Una delle criticità più importanti che affligge negli ultimi anni la dirigenza del ruolo sanitario è costituita è data dal crescente riduzione dell'allineamento fra i principi e le norme contrattuali e quelle legislative che regolamentano l'accesso a tale attività.

I tagli lineari del fondo sanitario delle Regioni, le esigenze di bilancio delle aziende, il perdurare da oltre 5 anni del blocco del turnover e la mancanza di una razionale riorganizzazione dei servizi ha determinato condizioni di forte disagio delle reali dotazioni organiche a cui molte aziende sanitarie hanno ovviato con il ricorso a forme molteplici di precariato (contratti a tempo determinato e/o incarichi di Co. Co. Pro.).

Per tutti questi motivi, molti colleghi da molti anni vivono una condizione di precarietà lavorativa e professionale che gli riduce le sicurezze economiche e sociali e ostacola le loro prospettive di carriera. Tale condizione inoltre concorre a penalizzare la "continuità clinica" all'interno dei reparti con conseguenziale rischio di "eventi avversi".

Molte delle criticità, sopra riportate, sono conseguenti a disposizioni di Legge e non a norme contrattuali errate o superate o carenti.

Attraverso il Ccnl si può solo tentare il riallineamento delle norme e principi contrattuali alla realtà legislativa esistente (in divenire) in materia di assunzione al fine di ridurre il peso dell'ulteriore penalizzazione rappresentata dai limiti alla carriera attualmente presenti nel periodo iniziale di dipendenza (dirigente del ruolo sanitario in formazione). Esempi di nuovi principi contrattuali con cui modificare le norme di riferimento:

- il periodo iniziale di dipendenza del dirigente in formazione (5 anni) possa essere svolto con contratto a tempo determinato e/o indeterminato a tutele crescenti;
- Il contratto a tempo determinato preveda la stabilizzazione a tempo indeterminato dopo 3 anni consecutivi, previa idonea procedura di tipo concorsuale.

### MODELLO NAZIONALE DI CARRIERA

#### Criticità

**5**

Cinque sono le criticità maggiori che sono emerse dopo 19 anni di attuazione del modello di carriera verticale della dirigenza del ruolo sanitario dipendente, introdotto nella sua forma grezza con il Ccnl del 1996 e successivamente modellato fino a raggiungere l'attuale sviluppo normativo con il Ccnl del 2000 e del 2005.

1. È fortemente sbilanciato nei gradi alti verso una maggiore premialità delle competenze gestionali – amministrative piuttosto di quelle tecnico-professionali sanitarie, malgrado il Ccnl del 2006 abbia suggerito alla fase attuativa aziendale di metterle in linea di principio su un ugual piano.
2. La tassonomia delle tipologie di posizioni funzionali, previste nell'architettura nazionale di carriera verticale presente nel Ccnl vigente, è molto generica e non è chiaramente espressiva delle competenze e responsabilità professionali, nonché del livello gerarchico connesso.
3. La tassonomia delle posizioni funzionali affidate al livello locale è difficilmente traducibile al livello nazionale in chiari profili di responsabilità e competenza professionale, per cui i curriculum sono spesso non comparabili.
4. La selezione per l'affidamento di posizioni funzionali di livello elevato nella graduazione verticale della carriera (ad eccezione dell'incarico di Direttore di Uoc) è di tipo discrezionale, basata su valutazioni soggettive del dirigente sovraordinato, non collegate ad alcun criterio oggettivo di merito.
5. Complessivamente la cosiddetta "graduazione" degli incarichi dirigenziali

“

*I tagli lineari del fondo sanitario delle Regioni, le esigenze di bilancio delle aziende, il perdurare da oltre 5 anni del blocco del turnover e la mancanza di una razionale riorganizzazione dei servizi ha determinato condizioni di forte disagio delle reali dotazioni organiche*

è svolta in modo diverso da azienda ad azienda, con risorse diverse, con traduzione in incarichi di posizione non paragonabili, con una vera e propria “invasione” della discrezionalità politica nell’attribuzione degli incarichi a scapito della valutazione tecnico-professionale. Ciò determina forte incertezza, diffuse iniquità e demotivazione della categoria rispetto al percorso di carriera atteso.

#### **Suggerimenti correttivi**

Per superare le criticità sopra evidenziate è necessario individuare al livello di Ccnl un nuovo profilo di carriera verticale dei dirigenti del ruolo sanitario che abbia le seguenti caratteristiche:

- sia più consono alla loro specificità professionale ed alla specialità legislativa;
- permetta un duplice sviluppo con pari dignità di ruolo, di gerarchia e di retribuzione:
  - prevalentemente di tipo gestionale,
  - prevalentemente di tipo professionale;
- preveda la possibilità di passaggio da uno all’altro dei due profili di sviluppo;
- presenti delle posizioni funzionali certe inerenti allo sviluppo della carriera a prevalente peculiarità professionale corrispondenti all’architettura gerarchica del “saper fare”, di norma esistente;
- sia univoco al livello nazionale e non modificabile nella sua architettura al livello periferico;
- preveda meccanismi di selezione ed attribuzione delle posizioni più trasparenti e meritocratici e meno soggettivi (bandi interni di selezione);
- preveda una nuova tassonomia per le posizioni dirigenziali a prevalente peculiarità professionale che sia: sintetica, corrispondente al reale profilo di responsabilità correlato e chiaramente espressiva delle responsabilità e del livello gerarchico connessi.

Una traduzione possibile di tali caratteristiche potrebbe essere rappresentato in buona parte dalla proposta di nuovo profilo di carriera verticale, presentata al Consiglio Nazionale Anaao Assomed di Torino del dicembre 2014.

#### **ORARIO DI LAVORO E RIPOSI**

**6**

##### **Criticità**

Per la letteratura scientifica internazionale è ormai assodato che gli eccessi lavorativi con mancanza di riposi adeguati, a maggior ragione se perduranti e/o associati a deprivazione del sonno, costituiscono una delle cause più importanti di errori professionali e di danno per la salute dei lavoratori.

Questa consapevolezza scientifica, già molti anni addietro e stata tradotta dalla Comunità Europea in indirizzi regolamentari obbligatori per gli Stati membri.

Il Legislatore Italiano, nel recepire e fare propri queste disposizioni, per anni ha ne-

gato ai dirigenti medici e sanitari dipendenti delle Aziende Sanitarie (comma 13, art. 41, Legge 133/2008) il diritto ad evitare eccessi lavorativi prolungati e a usufruire di riposi nei modi e nei limiti previsti per gli altri lavoratori italiani (D.lgs. 66/2003) e europei (Direttiva 2003/88 Ce.), antepoendo in tal modo l’esigenza di risparmio alla sicurezza e tutela della salute nei riguardi dei pazienti e dei lavoratori della sanità. Tale vulnus, dopo ripetuti interventi della Commissione Europea, è stato definitivamente eliminato e pertanto per l’Area della dirigenza del ruolo sanitario dal 25 novembre 2015 le norme in materia di orario di lavoro e giusto riposo sono state riallineate alle disposizioni Europee.

#### **Suggerimenti di obiettivi contrattuali**

In conseguenza di tale riallineamento delle norme, alcune condizioni specifiche dovranno essere definite in sede di contrattuale nazionale.

Per quanto riguarda l’orario di lavoro:

- limite quantitativo massimo di orario di lavoro settimanale;
- eventuale limite massimo di ore di lavoro straordinario inferiore a 250 annuali;
- sede della decisione se tale limite quantitativo dovrà essere inferiore a quello nazionale.

Sarà inoltre opportuno introdurre attraverso il Ccnl il concetto normativo di “Banca ore individuale” dove ciascuno depositare le ore di lavoro aggiuntivo effettuate ed autorizzate.

Queste ore potranno poi essere in parte o in toto pagate o recuperate (se le esigenze di servizio lo permettono) a volontà dell’interessato, nel rispetto comunque degli accordi aziendali integrativi in merito.

#### **MODELLI ORGANIZZATIVI MINIMI DEL LAVORO**

**7**

##### **Criticità**

Buona parte del disagio crescente dei dirigenti del ruolo sanitario è da attribuire alle conseguenze della fantasia organizzativa delle aziende soprattutto per quanto riguarda l’area dell’urgenza e dell’emergenza clinica e le attività sanitarie connesse. Tale fantasia spesso si ispira maggiormente ad esigenze di risparmio e/o politiche – elettorali e/o campanilistiche, piuttosto che di ricerca di efficienza ottimale e di efficacia organizzativa.

Questa diffusa discrepanza fra le esigenze ispiratrici dei modelli organizzativi attivati dalle aziende crea anche disomogeneità degli standards qualitativi sanitari su tutto il territorio nazionale e forti rischi per i pazienti.

Da quanto sopra detto ne deriva che, la vera causa madre del disagio dei suddetti

dirigenti e della diffusa disomogeneità degli standards qualitativi è da attribuire alla mancata individuazione al livello nazionale ed imposizione al livello periferico di requisiti minimi di qualità organizzativa.

#### **Suggerimenti correttivi**

L’individuazione nazionale di questi requisiti è una esigenza scientifica da cui i dirigenti del ruolo sanitario non possono più prescindere.

Come fare allora per stimolare l’individuazione ed attuazione di ciò?

Non è possibile individuarli direttamente con il Ccnl (per la legislazione vigente l’organizzazione del lavoro è prerogativa decisionale delle amministrazioni). Dal momento però che le ricadute sull’orario di lavoro, sui riposi e sui carichi di lavoro conseguenti all’organizzazione dei servizi e delle attività connesse con l’urgenza e con l’emergenza clinica sono oggetto invece di contrattazione nazionale, attraverso la contrattazione delle norme e dei limiti attuativi di queste materie, è possibile stimolare e/o condizionare l’individuazione di requisiti minimi più aderenti ai requisiti di sicurezza e quindi l’individuazione di modelli organizzativi adeguati.

Per quanto riguarda l’orario di lavoro ed i riposi, la Legge esplicita in modo chiaro i requisiti minimi da rispettare e nel capitolo precedente sono state esplicitate inoltre i suggerimenti di obiettivi contrattuali in materia da perseguire aggiuntivamente.

Per quanto riguarda invece i carichi di lavoro individuali, nella normativa contrattuale inerente le guardie e le pronte disponibilità dovranno essere esplicitati i requisiti minimi organizzativi e quantitativi da rispettare.

#### **CARICHI DI LAVORO: GUARDIE, PRONTE DISPONIBILITÀ**

**8**

##### **Criticità**

Uno dei motivi maggior di disagio crescente della dirigenza del ruolo sanitario è da ricercare soprattutto nell’eccessivo peso dei carichi di lavoro assegnati che, in associazione alla crescita sempre più rapida delle responsabilità e delle conoscenze richieste, costringe spesso a lavorare in affanno e con rischi correlati elevati.

Fra tutte le attività sanitarie, quelle che più concorrono a generare queste condizioni sono soprattutto quelle cliniche inerenti l’urgenza e l’emergenza ed in particolare i servizi di guardia e di pronta disponibilità.

La normativa contrattuale di base vigente in materia (art. 19 e 20 del Ccnl 1996) non è più rappresentativa della situazione lavorativa attuale, perché ideata allora in base alla realtà sanitaria esi-

stante negli anni '90. L'intensità delle attività espletate in quegli anni, sia in regime di ricovero e sia in regime ambulatoriale, e di conseguenza i carichi di lavoro reali erano molto inferiori a quella attuali. Inoltre tale normativa non tiene conto della cultura della prevenzione del rischio clinico ed organizzativo e della tutela della salute del lavoratore mediante le norme sull'orario di lavoro e sui riposi.

### Suggerimenti per la normativa sui servizi di guardia e turni di lavoro notturni

#### Introduzione di limiti quantitativi

In considerazione delle nuove disposizioni legislative vigenti in materia di orario di lavoro e di riposi e le correlazioni dirette di queste con la sicurezza e la tutela della salute dei pazienti e dei lavoratori della sanità, bisognerà introdurre con il CCNL limiti quantitativi non superabili inerenti le seguenti condizioni, che permettano il rispetto delle suddette norme:

- Il numero massimo annuale;
- Il numero medio mensile non superabile, calcolato in 4 mesi;
- Il numero massimo mensile.

Nb: Tali limiti quantitativi dovranno essere diversi, se il dirigente esegue solamente pronte disponibilità o se esegue oltre a queste anche delle guardie notturne, perché diverse possono essere le ricadute sull'orario di lavoro e riposi e diverso il peso del carico di lavoro.

### Correzione del riferimento inerente l'ambito di organizzazione

Nel confermare il dettato dell'allegato 2 al Ccnl del 2005 ("razionalizzazione ed ottimizzazione delle attività connesse alla continuità assistenziale ed urgenza/emergenza"), sarà necessario correggere il riferimento presente alle "Aree funzionali omogenee", come bacino su cui organizzare le "guardie interdivisionali", perché insufficiente e superficiale.

Il concetto di "Aree funzionali omogenee" è stato introdotto dalla normativa per i concorsi di assunzione dei dirigenti del ruolo sanitario per la valutazione dei requisiti accademici necessari e definisce le equipollenze e/o le affinità fra i vari titoli di specialità. Non è stato mai un criterio guida basilare previsto dal Legislatore per l'individuazione e l'attuazione delle organizzazioni sanitarie.

### Suggerimenti per la normativa sulle pronte disponibilità notturne

#### Introduzione di limiti quantitativi

Per le stesse motivazioni esplicitate per le guardie notturne e i turni di lavoro notturni, anche in questo caso bisognerà introdurre con il Ccnl limiti quantitativi non superabili più attuali e più cogenti rispetto a quelli previsti dalla normativa vigente (art. 19 e 20 del Ccnl 1996), inerenti le seguenti condizioni, che permettano il rispetto delle suddette disposizioni legislative.

- Il numero medio mensile di turni non superabile, calcolato in 4 mesi;
- Il numero massimo mensile.

Nb: Tali limiti quantitativi dovranno essere diversi se il dirigente esegue delle guardie notturne oltre alle pronte disponibilità notturne, perché diverse possono essere le ricadute sull'orario di lavoro e riposi e diverso il peso del carico di lavoro.

#### Ricadute sul piano di lavoro individuale

Dal momento l'attività di lavoro, in seguito a chiamata in pronta disponibilità notturna, sospende il riposo di 11 ore ma non lo interrompe, questo potrebbe avere delle forti ricadute sulle attività di lavoro individuali programmate per il giorno successivo. Nella nuova normativa inerente la pronta disponibilità, pertanto dovranno essere sancite le ricadute dei turni notturni di questa sul piano di lavoro di ciascun dirigente che li effettua conseguenti alle disposizioni legislative sui riposi.

Si dovranno inoltre individuare degli indicatori quantitativi medi di numero di chiamate in pronte disponibilità sostitutive della guardia notturne eseguite in 4 mesi oltre cui diventa doverosa l'attivazione della guardia attiva notturna.

## SISTEMA PREMIANTE

9

### Criticità

Il "sistema premiante" presente nel Ccnl vigente oggi è praticamente inesistente perché annullato dalle incursioni legislative sulla normativa contrattuale o comunque è modesto. Sistema premiante conseguente a valutazione positiva del Collegio Tecnico. Questo sistema è quasi inesistente, perché il perdurevole blocco dei fondi a cui recentemente si è aggiunta la riduzione delle Uoc e delle Uos, in applicazione degli standard dell'Agenas, lo ha bloccato. Fino a poco tempo fa, l'unico effetto sicuro determinato da una verifica positiva era il mantenimento dell'incarico di posizione o l'affidamento di un altro di pari valore.

Oggi non c'è più nemmeno questa certezza! Recentemente una norma legislativa vessatoria (comma 32, art. 9, D. Legge 122/2010) dà la discrezionalità alla azienda di degradare economicamente il dirigente pur in possesso di un giudizio di verifica positivo.

Sistema premiante conseguente a valutazione annuale positiva del Nucleo di controllo interno

Questo sistema, nella quasi totalità delle aziende, è del tutto soggettivo ed arbitrario. La "pagella" di valutazione individuale erroneamente utilizzata dalle aziende si basa su criteri di valutazione non previsti dalla Legge maggiore né dal Ccnl vigente.

Inoltre il "premio economico" in palio è spesso irrisorio.

### Suggerimenti correttivi

Bisogna introdurre attraverso il Ccnl una nuova condizione economica premiante che bilanci la deriva solamente penalizzante presente.

## Composizione gruppo di lavoro

COORDINATORI	REGIONE
Giuseppe Montante	Veneto
Carlo Palermo	Toscana
COMPONENTI	REGIONE
Giorgio Cavallero	Piemonte
Mario Lavecchia	Emilia Romagna
Silverio Selvetti	Lombardia
Maurizio Paparo	Toscana
Fulvio Esposito	Campania
Giuseppe D'Auria	Puglia
Alberto Spanò	Lazio
Anita Parmeggiani	Emilia Romagna
Rosella Zerbi	Piemonte
Dario Amati	Piemonte
Antonietta Pipoli	Molise
Maddalena Zippi	Lazio
Michela Piludu	Sardegna
Andrea Rossi	Veneto
Maurizio Cappiello	Campania
Filippo Gianfelice	Abruzzo

zante presente.

### Esiti delle verifiche pluriannuali del Collegio Tecnico

Un suo giudizio positivo, quando non concorre a realizzare una crescita verticale della carriera, deve determinare una crescita (dimensione economica da definire) della retribuzione di specificità medica.

Questo comporterebbe l'introduzione di una nuova voce stipendiale appartenente alla Retribuzione Accessoria, costituita da: specificità medica variabile individuale.

Di converso un giudizio negativo del Collegio dovrebbe determinare prima di tutto una penalizzazione di tale voce stipendiale.

Nb: questa proposta non presenta ostacoli tecnici normativi per la sua attuazione nei riguardi dei medici e veterinari, non sarebbe invece attuabile così come tale nei riguardi degli altri dirigenti del ruolo sanitario (non hanno una equivalente voce stipendiale); per ovviare a ciò bisognerebbe introdurre anche per loro una nuova voce simile della parte accessoria della retribuzione, ad es.: specificità sanitaria variabile individuale.

L'entità economica dell'incremento, il costo e le modalità di finanziamento saranno definiti in sede contrattuale nazionale.

### Esiti della verifiche annuali dell'Organismo interno di valutazione

questi devono derivare da una valutazione condotta in modo rigoroso e trasparente, basata solamente su criteri oggettivi e misurabili.

A questo proposito, devono essere esplicitati attraverso il Ccnl:

- le modalità certe di calcolo del fondo di risultato e di distribuzione fra gli aventi diritto;
- i criteri generali per l'individuazione degli obiettivi individuali.