

## «Un'adeguata manutenzione delle norme contrattuali, dopo sette anni di stallo Garanzie sulla correttezza attuativa, ormai merce rara in Italia. Una vera ottimizzazione dei modelli organizzativi (che le Regioni non hanno ancora fatto) con tutto l'impatto su risk management, sicurezza dei pazienti e dotazione degli organici». Sono queste alcune delle priorità indicate dal gruppo di lavoro Anaa Assomed sul rinnovo del Ccnl della dirigenza del ruolo sanita-

## Le priorità di Anaa per il nuovo Ccnl

rio, coordinato dal vicesegretario nazionale Giuseppe Montante.

In attesa che il Comitato di settore Regioni-Sanità vari l'atto di indirizzo (il presidente Massimo Garavaglia lo ha promesso entro giugno) il principale sindacato dei medici ospedalieri avanza una griglia di proposte. I soldi, come noto, sono pochissimi (300

milioni, pari appena allo 0,4% della massa salariale) e sullo sfondo ci sono le "promesse" della ministra della Salute Beatrice Lorenzin «Agli Stati generali della professione medica - ricorda Montante - la ministra ha detto davanti a 700 persone che nel 2017 ci saranno 100 milioni in più per le politiche sul personale. Per ora sono soldi teorici ma ve-

drete». Si affilano quindi le armi in attesa della prima mossa delle Regioni. «È interesse della parte pubblica trovare un accordo in tempi relativamente brevi - continua Montante - perché sono ancora tutte da risolvere le problematiche legate a orari di lavoro e riposo. Le Regioni sono a caccia di deroghe. Noi siamo disposti a parlare all'inter-

no delle ipotesi di legge, ma prima andrà valutata la ricevibilità politica dell'atto di indirizzo». Il modello che si tenta di far passare è quello di un Ccnl snello con ampi spazi alla contrattazione decentrata. «Ma su questo servono stanziamenti aggiuntivi aziendali. Altrimenti che facciamo? Contratti periferici con i fondi nazionali?». Insomma la logi-

ca è quella del «vedere cammello» sviluppo di carriera, premialità per il merito - «sono almeno 6 mila i medici degradati con lo sfoltimento dei prunati e delle Unità operative semplici» - e ottimizzazione delle reti. Anche spendere troppo. «Siamo pronti ad aiutare le Regioni ad attuare una spending review interna e puntiforme. Ma i risparmi ottenuti vanno reinvestiti sul personale».

Rosanna Magnano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### PROPOSTA ANAAO DI LINEE DI INDIRIZZI NORMATIVI

In previsione di una prossima apertura di una stagione contrattuale nazionale, si avanzano i seguenti indirizzi normativi da perseguire con il rinnovo del Ccnl dell'Area della Dirigenza del ruolo Sanitario. In tale atto di indirizzo ci si limita per il momento alla parte normativa, dal momento che allo stato attuale non si conosce l'entità delle risorse economiche messe a disposizione per il prossimo rinnovo del Ccnl di tale Area. Di seguito sono elencati gli obiettivi generali più importanti da perseguire, nonché le materie e gli istituti contrattuali da modificare con il prossimo Ccnl.

#### Obiettivi

##### Obiettivi generali

- Migliorare la comprensione delle norme contrattuali e rendere univoca la loro interpretazione.
- Eseguire la normale manutenzione della parte normativa.

##### Obiettivi specifici

- Modellare le norme contrattuali alla particolare peculiarità della dirigenza del ruolo sanitario, concorrendo in tal modo a meglio specificare la specialità di tale dirigenza.
- Determinare condizioni maggiormente omogenee di attuazione di tali norme sul territorio 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

Molteplici sono le materie contrattuali su cui intervenire in sede di contrattazione nazionale. Fra queste, le prime due nella sequenza espositiva sono quelle da trattare in premessa alla contrattazione nazionale:

**A. Certezza attuativa.** Una delle criticità maggiori del modello contrattuale vigente, in fortissima crescita negli ultimi anni, è costituita dall'assoluta rarefazione in quasi tutte le aziende della «certezza e correttezza attuativa». Questa piaga ha soprattutto afflitto il momento attuativo aziendale delle norme del Ccnl ed è divenuta attualmente insostenibile per dimensione e diffusione e foriero di un numero crescente di contenziosi legali.

Un Ccnl basa la sua credibilità, non solo sulla bontà delle norme nazionali pattuite, ma anche e soprattutto certezza attuativa e sulla correttezza interpretativa di in ambo le parti, nonché anche sul controllo continuo della loro attuazione e sulla deterrenza nei riguardi dei comportamenti errati.

Non è possibile affrontare una contrattazione nazionale senza affrontare e risolvere in premessa, o almeno limitare fortemente, questa condizione patologica.

Questa criticità dovrà essere corretta o almeno fortemente limitata al livello di Ccnl mediante l'introduzione concreta delle seguenti tre tipologie di condizioni:

- 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 tempestiva attuativa per il livello periferico più stringenti e improrogabili;
- istituzione di un'authority nazionale di garanzia che, a denuncia circostanziata del livello sindacale nazionale, esegua l'istruttoria necessaria ed emetta una formale valutazione, esecutiva del tentativo ufficiale di conciliazione, segnali formalmente l'eventuale comportamento scorretto dell'Azienda, oltre che alle parti interessate, anche alle Autorità nazionali e regionali competenti per gli eventuali provvedimenti conseguenti.

**B. Modello contrattuale.** Il modello contrattuale da individuare e attuare attraverso il Contratto collettivo nazionale è fondamentale ai fini del raggiungimento degli obiettivi specifici, sopra ipotizzati. Fermo restando che il modello da utilizzare dovrà essere necessariamente basato su due livelli, poiché la legislazione nazionale vigente per il Pubblico Impiego ne prevede due (uno nazionale e uno periferico) e quella vigente per il Ssn prevede anch'essa due tipologie di "missioni" diverse ai due livelli (una nazionale, basata sulla soddisfazione del dettato costituzionale, e una periferica imperniata sull'erogazione dei Lea nazionali e sulla scelta del modello organizzativo più adeguato a ciò), la prossima contrattazione nazionale, dal momento che a tale livello non sussistono le condizioni minime necessarie di garanzia di certezza e correttezza attuativa, ma dovrà invece:

- potenziare il ruolo di indirizzo e di garanzia del Ccnl e quello invece attuativo delle normative nazionali del livello periferico;
- definire meglio il ruolo di suggerimento attuativo del livello di "confronto regionale" fra l'istituzione Regione e le Oo.Ss. di categoria firmatarie del Ccnl, nei riguardi della contrattazione periferica aziendale, e i poteri di ambo le parti;
- limitare il numero di materie e/o istituti contrattuali oggetto di tale "confronto regionale" a quelle più strategiche ai fini della specificità regionale e comunque non già regolamentate in modo stringente dal Ccnl e/o dalla Legislazione nazionale.

Un contratto integrativo periferico di II° livello potrà essere ipotizzato a fronte di stanziamenti economici aziendali, aggiuntivi a quelli determinati dal Ccnl per i fondi contrattuali.

Tali stanziamenti economici potrebbero derivare anche dai risparmi di spesa dell'azienda e in tal caso do-

vrebbero costituire la giusta remunerazione dei dirigenti del ruolo sanitario che in modo diretto e indiretto li hanno resi possibili senza diminuire l'efficacia e sicurezza dei servizi forniti. Le norme regolamentari generali di tali ipotesi dovrebbero comunque essere sancite dal Ccnl.

**C. Livello di maggioranza contrattuale nella contrattazione aziendale.** Il Dlg 165/2001 sancisce il livello minimo di maggioranza sindacale per la stipula di un Ccnl (50% + 1 delle deleghe sindacali rappresentate dalle Oo.Ss. nazionali di categoria), non definisce invece il livello minimo per la stipula di un Contratto Integrativo periferico, nel caso 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 in merito, nel caso esistano al livello aziendale solamente le Rsa (Rappresentanze sindacali unitarie). Attualmente, l'unico pronunciamento ufficiale esistente è quello fornito dall'Arar in data 15/2/2002 (prot. n. 1702) in cui vengono esortate le Aziende a utilizzare come unico criterio fondamentale nella stipula dei Contratti integrativi aziendali il "Raggiungimento del maggior consenso possibile".

Non essendo determinata la quantificazione oggettiva di tale criterio, rimane quindi indefinita e spesso arbitraria al livello aziendale la definizione concreta del livello di maggioranza sindacale. Attraverso il Ccnl sarà necessario correggere questa omissione normativa, definendo pertanto in modo chiaro e condiviso le modalità oggettive di calcolo delle maggioranze di consensi sindacali, in caso di accordi integrativi aziendali.

**D. Modello nazionale di carriera.** Il modello di carriera verticale della dirigenza del ruolo sanitario dipendente, vigente da tanti anni, presenta nei fatti le seguenti forti criticità che ne minano alla base la sua credibilità e capacità di ulteriore tenuta:

- forte e crescente sbilanciamento verso una maggiore premialità delle competenze gestionali;
- eccessiva genericità della tassonomia e non è chiara espressività delle competenze professionali delle posizioni professionali, previste dall'architettura di carriera verticale del Ccnl;
- intraducibilità al livello nazionale in chiari profili di responsabilità e competenza professionale delle posizioni funzionali affidate al livello locale;
- presenza di meccanismi di selezione eccessivamente discrezionali e non vincolati alla meritocrazia.

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 consona alla loro specificità professionale;
- 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;
- presenti posizioni funzionali inerenti lo sviluppo della carriera a prevalente peculiarità professionale corrispondenti all'architettura gerarchica del "saper fare";
- sia univoco nella sua architettura al livello nazionale e non modificabile al livello periferico;
- preveda meccanismi di selezione ed attribuzione delle posizioni più trasparenti e meritocratici;
- preveda una nuova tassonomia per le posizioni dirigenziali a prevalente peculiarità professionale che sia corrispondente al reale profilo di responsabilità correlato e sia espressiva delle responsabilità e del livello gerarchico connesso.

**E. Orario di lavoro.** Il Legislatore, con l'abolizione mediante la legge 161/2014 delle disposizioni contenute nel comma 13 dell'art. 41 della legge 133/2008, ha esteso dal 25 novembre 2015 la piena operatività di tutte le disposizioni della legge 66/2003 in materia di orario di lavoro e riposo anche ai dirigenti del ruolo sanitario. In considerazione di ciò, in sede di contrattazione nazionale sarà necessario:

- aggiornare le norme del Ccnl in materia di orario di lavoro e riposo per renderle coerenti alle disposizioni della suddetta Legge;
- definire i limiti quantitativi massimi di orario di lavoro settimanale; quantità massima annuale di ore di lavoro straordinario o comunque aggiuntivo a quello contrattuale, nel rispetto comunque dei limiti massimi previsti dalla legge;
- sede della decisione contrattuale su tali limiti quantitativi;
- introdurre lo strumento normativo della "Banca ore individuale", dove ciascuno può depositare le ore di lavoro aggiuntive effettuate e autorizzate.

**F. Modelli organizzativi minimi delle attività correlate all'urgenza ed emergenza clinica e carichi di lavoro (guardie mediche e pronto disponibilità).** Le modalità di lavoro medico negli ospedali si sono fortemente modificate negli ultimi 20 anni. L'evoluzione delle conoscenze scientifiche e l'elevato progresso tecnologico ha inciso profondamente sull'efficacia diagnostica e clinica, sull'efficienza delle strutture ospedaliere e sui relativi costi. La conseguenza di tutto ciò è stata la progressiva specializzazione degli ospedali verso le patologie acute di media ed elevata complessità e gravità e la conseguente riduzione della durata dei ricoveri e del numero dei posti letto disponibili. Tutto questo ha determinato una crescita delle responsabilità e dei carichi di lavoro, spesso oltre i limiti minimi di sicurezza clinica e di conseguenza un forte "disagio medico".

Le attività sanitarie che fra tutte più concorrono a generare queste condi-

zioni sono soprattutto quelle inerenti l'urgenza e l'emergenza ed in particolare i servizi di guardia medica e di pronto disponibilità. La normativa contrattuale di base vigente di queste attività (art. 19 e 20 del Ccnl 1996) non è più rappresentativa della situazione lavorativa attuale, perché ideata e calibrata a quei tempi sulla realtà sanitaria esistente negli anni '90, ben diversa da quella attuale. Inoltre tale normativa non tiene conto della cultura della prevenzione del rischio clinico e organizzativo e della tutela della salute del lavoratore e delle norme legislative sull'orario di lavoro e sui riposi. Sarà necessario pertanto modificare la normativa contrattuale nazionale ed adeguarla alla nuova realtà del lavoro medico. In particolare per servizi notturni e festivi di guardia medica e di pronto disponibilità bisognerà:

- individuare i modelli minimi organizzativi e gli ambiti di organizzazione;
- regolamentare i criteri generali di funzionamento;
- introdurre limiti quantitativi individuali annuali e mensili non superabili per ciascuna di queste attività, tenendo conto anche dei casi in cui il desiderio dirigente esegua alternativa mente sia l'una che l'altra attività, nonché del livello di intensità di cure;
- individuare gli indicatori quantitativi di numero medio di chiamate in pronta disponibilità notturna sostituita della guardia nei servizi oltre cui dovrà essere prevista una guardia attiva notturna.

Nel nuovo Ccnl dovranno essere regolamentate anche le ricadute dei turni notturni di pronta disponibilità sui piani di lavoro di ciascun dirigente che li effettua, conseguenti alle disposizioni legislative sui riposi.

**G. Sistema premiante.** Il sistema premiante è uno degli istituti contrattuali più importanti e strategici della contrattazione nazionale. Negli ultimi anni quello dell'Area della dirigenza del ruolo sanitario è stato quasi bloccato nella sua operatività dalle disposizioni legislative in materia di fondi contrattuali straordinarie e dal contagio indiretto di quelle introdotte come sistema premiante per i dirigenti di Enti e ministeri statali. Con il Ccnl sarà necessario:

- ridefinire il sistema di valutazione di tale dirigenza nelle due condizioni che la caratterizzano (verifica professionale periodica da parte del Collegio tecnico e verifica annuale dei risultati prestazionali e, per i direttori di Uoc, anche organizzativi da parte del Servizio di controllo interno) al fine di renderlo coerente alla peculiare specificità professionale;
- prevedere meccanismi di trasparenza e oggettività nella valutazione (in particolare di quella annuale) che tengano conto della peculiare specificità professionale di tale dirigenza;
- introdurre condizioni premiali concrete, specifiche e di tipo meritocratico in ambedue tipi di valutazione.

a cura di G. Montante per il Gruppo di lavoro Anaa Assomed