



**CONFERENZA DELLE REGIONI
E DELLE PROVINCE AUTONOME**
COMITATO DI SETTORE COMPARTO REGIONI-SANITÀ
(ART. 41, COMMA 2, D.LGS. 165/2001)

COMPARTO SANITÀ

ATTO DI INDIRIZZO

Personale della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria.

Triennio contrattuale 2016 – 2018

Roma, 13 luglio 2016

TITOLO I

LINEE GENERALI DI CONTESTO

Il Comitato di Settore assume la seguente direttiva finalizzata ad avviare le procedure per il rinnovo del personale della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria per il triennio 2016 – 2018, con l'individuazione delle relative risorse ai sensi dell'art. 47 D.Lgs n. 165/2001 e successive modificazioni.

1. Quadro di riferimento.

Il Comitato di Settore, nell'ambito del presente atto di indirizzo, prende atto dei contenuti e degli obiettivi presenti nei documenti che si richiamano:

- la Legge 28 dicembre 2015 n. 208 (Legge di stabilità 2016), con particolare riferimento alla modifica dell'art. 41 del D.Lgs n. 165/01 che ha ridisciplinato le competenze e i vincoli di mandato dei Comitati di Settore;
- la Legge 7 agosto 2015 n. 124, che con la previsione della nuova collocazione del personale dirigente dei ruoli amministrativo, tecnico e professionale del S.S.N. nel ruolo unico della dirigenza regionale, ha prodotto il ridisegno degli ambiti negoziali, come descritto nel successivo punto;
- il “contratto collettivo nazionale quadro per la definizione dei comparti e delle aree di contrattazione collettiva nazionale”, sottoscritto da ARAN e Organizzazioni Sindacali il 4 aprile 2016, nel quale si rideterminano i comparti della contrattazione collettiva (art.2) ed in particolare quello della Sanità (art.6) e delle aree dirigenziali (art.7).

2. Una premessa.

Il Comitato di Settore, tenendo conto che la nuova stagione contrattuale in sanità si colloca in uno scenario profondamente modificato rispetto a quello che ha prodotto il contratto collettivo nazionale di lavoro 2009-2010, assume il presente atto di indirizzo considerando i seguenti elementi di contesto generale utili al fine di delineare un rinnovo contrattuale coerente per la crescita del modello organizzativo che il legislatore ha inteso dare alla Pubblica Amministrazione.

Si tratta di un rinnovo che giunge dopo ben due trienni di blocco della contrattazione disposto ex Legge D.L. n. 78/2010 e ss. e si innesta in un sistema di lavoro pubblico considerevolmente modificato nella sua consistenza quali-quantitativa, nelle sue linee retributive e nella dinamica dell'ordinamento professionale, per effetto principalmente di interventi connessi a manovre di finanza pubblica.

Lo stesso ordinamento di lavoro pubblico è in fase di profonda trasformazione in connessione con l'attuazione delle deleghe prevista dalla Legge n. 124/2015 e la complessiva revisione dell'impianto del D.Lgs 165/2001.

D'altra parte restano sul campo, per lo più inattuate, molte delle previsioni contenute nella c.d. Riforma Brunetta nate anch'esse con l'ambizione di modificare profondamente il pubblico impiego, ma rimaste sulla carta anche per il blocco della contrattazione.

Di questa riforma ciò che resta di rilevante è l'inversione della primazia delle fonti normative, di cui vi è traccia nei CCNL stipulati nel 2009, nel rapporto tra Legge e contrattazione a favore della fonte unilaterale.

3. Le linee di contesto generale.

Il Comitato di Settore, preso atto del quadro descritto, intende collocare il presente atto di indirizzo all'interno dei seguenti elementi evolutivi:

- i rinnovi contrattuali vanno considerati come strumento funzionale all'attuazione del patto della salute e della conseguente valorizzazione del lavoro nel Servizio Sanitario Nazionale;
- nel recente periodo il S.S.N. è stato ambito di profonde modifiche nell'impianto organizzativo istituzionale con notevole impatto sull'organizzazione complessiva delle Aziende, sul lavoro e sulle responsabilità professionali dei dirigenti operanti nel Servizio Sanitario medesimo;
- questo complesso insieme di modifiche e integrazioni è avvenuto in più fasi temporali e con interventi sia del Legislatore Nazionale e sia delle Regioni (intese singolarmente e

nei loro Organismi di partecipazione) e, non ultimo, della Commissione Europea attraverso alcune importanti Direttive;

- tale insieme si è inserito in un contesto normativo e contrattuale storicamente definito e consolidato, creando una stratificazione di disposizioni e la presenza di alcune disorganicità, ovvero incoerenze, alle quali questa stagione contrattuale deve dare necessariamente risposta.

Gli interventi richiamati hanno tratto, a loro volta, origine e motivazione in ambiti diversi, tra cui si ricordano le nuove linee economiche e la necessità di rivedere i modelli organizzativi (o alcune delle loro parti) a seguito delle modificate norme regolanti il “mondo professionale”.

La complessità del quadro che si è venuto a determinare difficilmente ha un parallelo in altro comparto della Pubblica Amministrazione e dei servizi.

Per questo motivo la primaria esigenza di questo rinnovo contrattuale diventa quella di individuazione di una corretta soluzione per uniformare le disposizioni contrattuali al modificato quadro normativo, tenendo presente che:

- tale esigenza trova conforto proprio nei risultati che si registrano a seguito del profondo riordino organizzatorio che si è verificato assieme, e a volte, guidato dall'oramai pluriennale condizione di contenimento delle risorse unitamente ai costi;
- il nuovo assetto organizzatorio si fonda su un delicato equilibrio tra strutture e funzioni, dove accanto ad una rivista struttura ospedaliera per acuzie, articolata funzionalmente e strutturalmente per dipartimenti, si è articolato un modello organizzativo per intensità di cure e dove il rapporto tra ospedale e territorio è segnato dalla coesistenza di strutture organizzate secondo i modelli preesistenti, magari con forti differenziazioni tra singole realtà regionali;
- questo assetto organizzativo, per molti versi e in molte realtà tutt'ora “in progress”, ha già prodotto importanti risultati di impatto sul versante contrattuale e del personale, in senso lato, i più rilevanti dei quali appaiono essere una consistente riduzione degli incarichi di “alta gestione”, con la riduzione di oltre 2000 incarichi di direzione di struttura complessa su 9000, un ridimensionamento della “risorsa lavoro”, anche

“specialista”, e un consistente aumento delle condizioni di disagio. Tutti elementi che impongono un ridisegno dell’assetto delle carriere e una riconsiderazione del modello di utilizzo delle risorse (i fondi contrattuali in primis);

- occorre considerare l'evoluzione legislativa recentemente intervenuta per le Agenzie per la protezione dell'ambiente."

Il Comitato di Settore Regioni – Sanità’, inoltre, ritiene che nel quadro del rinnovo contrattuale vadano *ricercate soluzioni che introducano importanti elementi utili per favorire la motivazione del professionista e, in quest’ambito, la revisione dell’assetto contrattuale del trinomio carriere – rapporto tra professioni – risorse (quantificazione e certezza) assume carattere centrale.*

L’importanza dell’elemento motivazionale ovvero della ricerca di fattori finalizzati a motivare al meglio i professionisti rappresenta la giusta risposta per la valorizzazione del grande patrimonio di professionalità e coglie nella sua composizione complessiva un elemento di straordinaria ricchezza e nella sua articolazione interna il fattore determinante per il rilancio del sistema.

In questa logica di necessario adeguamento dell’assetto contrattuale va considerata attentamente la grande evoluzione scientifica, tecnologica e dei bisogni emergenti che ha investito la professione medica, veterinaria e sanitaria nel suo complesso.

Per queste motivazioni è indispensabile far sì che i rinnovi contrattuali diventino funzionali e strumentali ai processi di riorganizzazione in atto nel S.S.N.

4. La struttura contrattuale e il sistema delle relazioni sindacali.

4.1. La struttura contrattuale.

Nella logica di innovazione del processo contrattuale, occorre rivedere la funzione e la struttura del contratto stesso, delineando un *CCNL che includa tutele, garanzie e minimi contrattuali omogenei per tutto il personale* e, nel contempo, ampli gli spazi di autonomia procedurale, assegnando una giusta rilevanza ai contenuti della

contrattazione aziendale (altrimenti definibile di 2° livello), all'interno di un puntuale e rinnovato quadro di regole e certezze.

In altri termini, va potenziato il ruolo di indirizzo e di garanzia del CCNL, semplificando alcuni elementi che nel tempo si sono stratificati, assegnando un importante peso all'ambito della contrattazione aziendale e rilanciando il ruolo di sostegno attuativo del "confronto regionale" all'interno dell'ambito assegnato allo stesso dal CCNL.

Occorre, in particolare, rispondere positivamente ad una delle criticità più rilevanti che si sono osservate nel vigente modello contrattuale e cioè "la *certezza attuativa*", che rappresenta una esigenza oggettiva di tutte le parti firmatarie del CCNL.

Questa criticità va superata prevedendo opportune modifiche del modello contrattuale, miranti a ridurre lo spazio interpretativo del livello aziendale alle disposizioni riservate alla contrattazione nazionale, rafforzando le garanzie reciproche di applicazione dei *contratti individuali che devono affermarsi in una loro completa estensione sul territorio nazionale e devono contenere con una stringente precisione l'insieme delle regole che governano, in applicazione del CCNL, il rapporto tra singolo professionista e datore di lavoro, al fine di evitare i contenziosi e dare le dovute e reciproche certezze.*

4.2. Il sistema delle relazioni sindacali.

Considerato che l'area della dirigenza è stata investita da un profondo mutamento, voluto dal legislatore e confermato dall'accordo quadro sulle aree negoziali del 4 aprile 2016, di esso va tenuto opportunamente conto in sede di prima applicazione individuando, se e per quanto necessario, gli opportuni adattamenti di modello.

Considerato, altresì, il carattere che deve assumere questo rinnovo contrattuale, in termini di fondamentale strumento tendente a favorire l'attuazione del "Patto per la Salute", va determinato un modello di relazioni sindacali che, fondandosi sui consolidati principi di "correttezza e buona fede", veda la partecipazione delle rappresentanze sindacali nelle varie fasi di riorganizzazione del SSN, al fine di favorire la condivisione e consenso nonché il contributo di idee e sapere che rappresenta un valore assoluto.

Una partecipazione che, nel considerare la puntuale riaffermazione delle singole sfere di responsabilità e competenza, preveda precise sedi e puntuali modalità di coinvolgimento dei soggetti firmatari del contratto collettivo e la chiara definizione delle materie oggetto di contrattazione integrativa, di concertazione e informazione.

Questa necessaria scelta è supportata dai seguenti elementi e richiami:

- l'art. 5 del Patto per la Salute sancisce che: *“Per un efficientamento del settore delle cure primarie, si conviene che è importante una ridefinizione dei ruoli, delle competenze e delle relazioni professionali con una visione che assegna a ogni professionista responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni e obiettivi, abbandonando una logica gerarchica per perseguire una logica di governance responsabile dei professionisti coinvolti prevedendo sia azioni normativo/contrattuali che percorsi formativi a sostegno di tale obiettivo”*;
- questo concetto è stato rafforzato dall'articolo 22, sempre del Patto per la Salute che prevede: *“Al fine di garantire la nuova organizzazione dei servizi sanitari regionali, con particolare riferimento alla riorganizzazione delle rete ospedaliera, ai servizi territoriali e le relative forme di integrazione, alla promozione della salute e alla presa in carico della cronicità e delle non autosufficienze e di garantire un collegamento alla più ampia riforma della Pubblica Amministrazione, si conviene sulla necessità di valorizzare le risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale e di favorire l'integrazione multidisciplinare delle professioni sanitarie e i processi di riorganizzazione dei servizi, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica”*;
- l'Accordo ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo le Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, recante istituzione di una Cabina di regia per il coordinamento nazionale sulla regolazione della vita professionale ed organizzativa degli operatori del sistema sanitario, individuando le Organizzazioni Sindacali quale protagonista fattivo di processi di nuova organizzazione del S.S.N.

La consapevolezza che trattasi di una particolare e fondamentale fase di avvio di profonde modifiche dell'organizzazione del lavoro nel settore, porta a considerare importante, al fine di

favorire la comprensione e la condivisione, il coinvolgimento dei professionisti che operano nel SSN e delle loro organizzazioni sindacali, fermo restando il quadro di responsabilità, competenze ed autonomie definite dal legislatore ed avendo cura di assicurare l'allineamento tra la normativa nazionale e la disciplina contrattuale dei modelli di relazione sindacale.

TITOLO II

DISPONIBILITA' DELLE RISORSE

1. Definizione delle disponibilità delle risorse.

Il Comitato di settore prende visione ed atto della procedura prevista dal legislatore per la definizione dei criteri e dei principi atti alla quantificazione delle disponibilità economiche per la contrattazione nazionale collettiva nei comparti della Pubblica Amministrazione ed in particolare l'art. 48, commi 1 e 2 del D.Lgs n. 165/2001 e l'art. 1, commi 466 e 469 della Legge n. 208/2015.

Il Comitato prende altresì atto dei contenuti del DPCM

Le Regioni, nel rispetto e soddisfatti i vincoli di finanza pubblica fissati per i rispettivi Servizi Sanitari, potranno destinare, esclusivamente al personale direttamente e proficuamente coinvolto nei processi di ristrutturazione, miglioramento organizzativo e razionalizzazione, parte delle economie aggiuntive conseguite con risparmi sui costi per le risorse umane ed individuare specifici ed ulteriori criteri premiali per il personale coinvolto in progetti innovativi, principalmente mirati alla riduzione delle liste di attesa, alla piena e qualificata erogazione dei LEA e alle condizioni di lavoro. Tali risorse, da indirizzare esclusivamente nell'ambito della retribuzione di risultato, non possono, in ogni caso, finanziare voci irreversibili della retribuzione ed in nessun caso possono essere oggetto di consolidamento nei fondi ordinariamente definiti.

Analogamente si procede con le risorse descritte al Titolo V, punto 2.

TITOLO III

ASSETTO PROFESSIONALE

1. Il nuovo assetto della dirigenza tra la funzione di gestione e la funzione professionale.

L'organizzazione dei servizi ospedalieri, che coniuga una semplificata e potenziata dipartimentalizzazione con un modello di lavoro per intensità di cura, accanto al nuovo assetto delle cure primarie ed allo sviluppo delle strutture operanti sul territorio hanno, indicano come *priorità la indispensabilità di ridisegnare contrattualmente l'assetto della carriera della dirigenza sanitaria nel suo complesso.*

Appare, quindi, quanto mai necessario ridisegnare, per via contrattuale, il percorso di carriera non solo gestionale, ma anche, e soprattutto, quello professionale della dirigenza nel suo complesso, individuando linee applicative del trattamento economico sovrapponibili a tutti i livelli tra i due percorsi e, in questo quadro, vanno previste norme più stringenti finalizzate alla attuazione della parità di genere nell'attribuzione degli incarichi dirigenziali, a tutti i livelli di responsabilità, fermo restando l'intercambiabilità dei due percorsi.

Coerentemente va realizzato un percorso di carriera, sviluppato ed attivato in sede di contrattazione aziendale per la dirigenza medico - veterinaria e sanitaria, nel quale gli incarichi professionali e di alta professionalità, con la dovuta graduazione contrattuale, abbiano omogenea dignità giuridica e la stessa parametrizzazione economica di quelli gestionali, compresi quelli di struttura complessa, anche in considerazione della prevista ed estesa riduzione degli incarichi di Unità Semplice e di Unità Complessa.

In altri termini va resa sistematica una soluzione contrattuale che risponda al crescente (nella realtà e nel percepito) sbilanciamento tra competenza gestionale e quella professionale.

In questo caso vanno rimodulate le disposizioni contrattuali relative alla gestione dei fondi per mettere in condizione le aziende che riducono gli incarichi gestionali di utilizzare i risparmi conseguenti per valorizzare gli incarichi professionali, dando attuazione al principio fondante il Patto per la Salute per il quale tutti i risparmi generati dalla riduzione degli incarichi di struttura che si fanno nel settore vanno rifinalizzati all'interno del medesimo S.S.N.

Il delineato quadro di priorità va declinato in disposizioni particolari, per le quali si riportano di

seguito la schematizzazione dei principali elementi:

1.1 Personale dirigente Medico, Veterinario e Sanitario:

- nell'ottica di "alleggerimento" dell'organizzazione e della sua architettura, in coerenza con le azioni di razionalizzazione, ristrutturazione e riconversione disposte dalle normative vigenti, vanno meglio delineati i contenuti delle strutture semplici e a valenza dipartimentale;
- semplificare l'attuale sistema di individuazione e conferimento degli incarichi, legando i passaggi tra i vari livelli di graduazione delle funzioni a parametri oggettivi basati su fasi di sviluppo professionale specifici e misurabili;
- individuare e disciplinare, nei tratti generali, la procedura di assegnazione degli incarichi, prevedendo la comparazione delle esperienze professionali e formative e garantendo la valutazione di tutto il servizio svolto sia a tempo indeterminato sia a tempo determinato;
- coerentemente va delineato e definito un sistema premiale che sappia coniugare la necessità e positività del meccanismo di valutazione con la peculiarità specifica dei professionisti rientranti in quest'area negoziale;
- semplificare la struttura retributiva del personale dirigente, al fine di consentire, a livello di singola Azienda, la possibilità individuare chiaramente e con immediatezza la retribuzione correlata direttamente all'incarico assegnato o ricoperto semplificando quindi la definizione della graduazione delle posizioni dirigenziali;
- disciplinare le modalità di conferimento degli incarichi dirigenziali alle posizioni di responsabilità delle professioni sanitarie, ai sensi della Legge n. 251/2000;
- dare certezza nei tempi, nella procedura e nella definizione di uno schema di contratto individuale che sia veramente uno strumento di certezze e rappresenti realmente un *patto di lavoro assoluto tra datore di lavoro e professionista con reali contenuti e vincoli ovviamente all'interno del quadro di disposizioni contrattualmente definito.*

1.2 Aspetti generali attinenti alla funzione dirigenziale.

- rendere più pregnante e obbligatorio “il contratto individuale di lavoro”, prevedendo in esso in maniera esplicita le condizioni di revoca, la procedura della stessa e relative disposizioni di salvaguardia e tutela, al fine di rendere trasparente le condizioni dell’incarico. In questa logica e con le caratteristiche di esaustività che il *contratto individuale deve contenere, va ritenuto un chiaro **adempimento contrattuale** tra le parti;*
- ridefinire, alla luce delle disposizioni legislative recentemente intervenute il sistema delle tutele di collocazione ed economiche, articolando con puntualità nel contratto nazionale quelle applicabili in costanza del contratto individuale e quelle attuabili alla naturale scadenza del medesimo;
- strutturare un sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale che preveda l’erogazione dell’intero sistema premiante a consuntivo ed in misura differenziata e con un’incidenza economica, a regime, pari alle risorse disponibili per il sistema medesimo;
- rimodulare armonicamente il modello complessivo di valutazione nelle sue due componenti (professionale e di risultato), superando alcune difficoltà interpretative attualmente esistenti nel territorio e che producono un rallentamento allo sviluppo del sistema premiante;
- rivedere i contenuti dei sistemi di misurazione e valutazione della performance individuale, privilegiando gli aspetti correlati ad obiettivi di efficienza e qualità propri dell’attività professionale rispetto a quelli di natura prettamente economico-amministrativa, cogliendo, anche in quest’ambito, la peculiarità professionale della dirigenza afferente a quest’area contrattuale;
- è necessario procedere ad una revisione del sistema degli incarichi, nel quale trovi posto rilevante l’uniformità dei criteri di calcolo dell’anzianità lavorativa in riferimento alla dinamica di carriera ed, in particolare, di quegli aspetti correlati all’acquisizione delle fasce di esclusività, facendo coincidere le stesse con le cadenze utili per i periodi di equiparazione.

TITOLO IV

ISTITUTI DEL RAPPORTO DI LAVORO

1. Esclusività del rapporto per i dirigenti Medici, Veterinari e Sanitari.

Il Comitato di Settore pur riconoscendo lo spirito e le motivazioni che hanno prodotto l'istituto dell'esclusività alla fine degli anni '90, non può non evidenziare che nel corso del tempo si sono manifestate una serie di rilevanti criticità che condizionano il significato e l'utilità; in particolare il *rapporto tra questa voce stipendiale e il sistema degli incarichi*, è già stato oggetto, più volte di pronunciamenti della Conferenza delle Regioni e di prese di posizione, conseguenti, delle singole Regioni.

Pur riconoscendo il valore della distinzione del rapporto esclusivo e non esclusivo, va posta una riflessione sull'attuale sistema di riconoscimento indennitario e sulla sua articolazione, agganciandolo in modo stabile, ma non automatico alla retribuzione complessiva.

Va valutato, altresì, il quadro generale finanziario complessivo inerente tale istituto alla luce dei processi riorganizzativi, della evoluzione del trend di "anzianità" dei professionisti e del nuovo sistema degli incarichi che si va a delineare nell'ambito di quanto descritto nel Titolo III del presente atto di indirizzo.

2. Copertura assicurativa.

A fronte dell'elevata situazione di rischio, esasperata dalle diffuse situazioni di contenzioso e a tutela della particolare qualificazione della professione medica e sanitaria, al fine di evitare o meglio limitare fenomeni di "medicina difensiva" e le sue ricadute a livello sistemico, appare necessario introdurre maggiori garanzie, anche per via contrattuale, ai professionisti nell'esercizio della loro professione anche allo scopo di accordare maggiori elementi di chiarezza ed omogeneità sugli effettivi margini di tutela, avuto riguardo anche ai casi di mobilità tra aziende.

Il CCNL dovrà prevedere un modello di coperture assicurative minime omogeneo sul territorio nazionale da declinare a livello delle singole Regioni, anche alla luce ed in coerenza con i diversi moduli assicurativi presenti sul territorio nazionale (e in qualche caso anche all'interno di ogni singola Regione).

3. Orario di lavoro

Occorre adeguare la disciplina dell'orario di lavoro dei dirigenti ai principi guida della Direttive Europee in materia, che distinguono puntualmente, per livello di autonomia e responsabilità, le caratteristiche della prestazione lavorativa dei dirigenti da quelle di tutto il restante personale.

In tale logica, ferma restando la direttiva di questo Comitato di settore approvata il 4 novembre 2015, che si allega, si rende necessario:

- ✓ introduzione ad un graduale passaggio ad un'organizzazione del lavoro effettivamente basata su obiettivi e risultati verificati in modo stringente, prevedendo necessariamente una programmazione dell'orario contrattuale di lavoro al fine di coprire le esigenze di servizio secondo i piani aziendali di attività;
- ✓ verificare la percorribilità armonica dell'intero impianto relativo all'istituto contrattuale "orario di lavoro" al fine di comprimere i contenziosi in materia e considerando, nel contempo, in modo organico tutte le variabili che incidono sul monte orario (standard, apertura servizi, organici, programmazione dell'attività, negoziazione degli obiettivi prestazionali);
- ✓ rivedere le attuali disposizioni inerenti i servizi di guardia medica e di pronta disponibilità in coerenza con le modifiche sull'organizzazione del lavoro derivate dal quadro sanitario ora esistente ed evoluto rispetto a quello degli anni '90 che sta alla base del vigente sistema, riconoscendo priorità al servizio di guardia per l'espletamento dell'attività ordinaria;
- ✓ in questo quadro vanno considerate le ricadute della turnazione notturna e il suo impatto con i dovuti riposi giornalieri e settimanali anche prevedendo una revisione della valorizzazione economica delle tariffe orarie.
- ✓ per quanto riguarda le figure dirigenziali Arpa si pone l'esigenza del superamento dei limiti di ruolo e quantitativi attualmente presenti nella disciplina contrattuale (tetto massimo di turni mensili e limite per profilo professionale impiegabile) *superando l'esclusione, in via ordinaria, del personale del ruolo tecnico.*

4. Disciplina revisione degli incarichi

In virtù delle modifiche normative intervenute in materia di revoca degli incarichi, in corso di loro validità, vanno individuate procedure di riassegnazione e relativo trattamento economico, in particolare ridisegnando il rapporto tra questa tipologia e la nuova strutturazione della retribuzione collegata agli incarichi più volte richiamata nei punti precedenti.

5. Strategie per la valorizzazione dei dirigenti senior.

Il progressivo invecchiamento della popolazione, lo spostamento in avanti dell'età pensionabile, la razionalizzazione delle assunzioni sono fattori che richiedono nuovi strumenti di gestione delle risorse umane.

Il CCNL dovrà individuare modalità di valorizzazione, di riconoscimento e di tutela del dirigente senior. La sperimentazione di modelli organizzativi innovativi potrà essere sviluppata nell'ambito del livello di coordinamento regionale.

TITOLO V

FINANZIAMENTO DELLA PARTE VARIABILE DEL TRATTAMENTO ECONOMICO

1. Fondi contrattuali.

Vanno stabilite modalità di migliore utilizzo e garanzia delle risorse tendendo ad una semplificazione nella costituzione, nel computo e nelle modalità della loro utilizzazione.

Vanno individuate opportune nuove disposizioni riguardanti in particolare:

- revisione del sistema dei fondi finalizzata alla creazione di un fondo unico, ferme restando le finalizzazioni di spesa ed in particolare quelle collegate alle condizioni di lavoro e al disagio;
- la definizione delle procedure di “scorporo” ed individuazione delle risorse che devono accompagnare la ridefinizione delle aree dirigenziali con particolare riferimento della nuova articolazione dell'ex area III^A (SPTA) e alla definizione del fondo nell'area oggetto di questa direttiva;

- l'armonizzazione necessaria per la corretta modalità di finanziamento degli istituti contrattuali legati alla gestione dei fondi e alla loro necessaria trasposizione nel nuovo assetto contrattuale;
- semplificazione delle voci finanziabili con il fondo degli incarichi nel nuovo assetto retributivo (parte fissa e differenza sui minimi) in coerenza con quanto delineato relativamente alla definizione diretta e semplice della retribuzione degli incarichi.
- quantificazione annuale delle risorse per la retribuzione di risultato partendo da base zero e costruzione in base ad indicatori connessi alla condizione economica della azienda e alla capacità di definire obiettivi e adottare efficienti sistemi di valutazione.

2. La compartecipazione del personale nella lotta agli sprechi nel sistema sanitario.

Il Comitato di Settore ritiene che all'interno di una rinnovata e riaffermata politica di contenimento della spesa coniugata ad un investimento nella risorsa principale del Settore che è rappresentata dal patrimonio delle professionalità, vada puntualmente verificata l'opzione prevista dall'art. 6 della Legge n. 111/2011 che recita così:

“ omissis 5. In relazione ai processi di cui al comma 4, le eventuali economie aggiuntive effettivamente realizzate rispetto a quelle già previste dalla normativa vigente, dall'articolo 12 e dal presente articolo ai fini del miglioramento dei saldi di finanza pubblica, possono essere utilizzate annualmente, nell'importo massimo del 50 per cento, per la contrattazione integrativa, di cui il 50 per cento destinato alla erogazione dei premi previsti dall'articolo 19 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150”.

E' pertanto uno strumento legislativo in grado di incentivare la partecipazione attiva dei professionisti e degli operatori, con la previsione per la quale una quota dei risparmi derivanti da processi di ristrutturazione, riorganizzazione e innovazione possa essere destinata, secondo criteri definiti dalla contrattazione integrativa, al personale direttamente coinvolto e alla stessa contrattazione decentrata, idea forza già prevista dall' art. 38, comma 4, lettera b) del CCNL Sanità 1998/2001 e l'art. 30, comma 2, lettera b) del CCNL Sanità 2002/2005 e relativamente al personale medico e degli altri profili dirigenziali l'art. 9 - Coordinamento Regionale CCNL

2002 – 2005 biennio economico 2002 – 2003 Area III e IV e precisamente al comma 1. dell’art. 9 lettere D, F e G. e l’art. 55, comma 1 lettera d, comma 2 del CCNL 8 giugno 2000, che disciplinano la possibilità di incremento dei salari individuali ed indirettamente dei fondi del salario accessorio, in presenza di processi di razionalizzazione della spesa.

In questa logica e all’interno di un nuovo modello di relazioni sindacali che si è descritto nella presente Direttiva va potenziato l’ambito contrattuale che favorisca:

- il raggiungimento degli obiettivi di produttività ed efficienza delle Aziende Sanitarie tale da potenziare il margine della produttività medesima;
- lo sviluppo della partecipazione e la condivisione al processo di aziendalizzazione in grado di determinare nei distretti, negli ospedali, nei dipartimenti strutturali e di prevenzione e nelle funzioni direzionali, azioni volte a rendere più adeguato ed appropriato l’intervento di tutela della salute individuale e collettiva;
- l’individuazione “delle migliori pratiche” che contribuiscano al coinvolgimento ed alla responsabilizzazione delle parti sociali come condizione per favorire e concretizzare istituti partecipativi e, parimenti, aumentare la produttività coinvolgendo i lavoratori nei risultati economici aziendali attraverso l’erogazione economica del contro valore del maggior impegno profuso, che si qualifichi come vero e proprio “dividendo aziendale” da ripartire tra Azienda e “risorsa umana e professionale”.

Lo sviluppo della contrattazione integrativa di secondo livello dovrà apprezzare il fatto che a figure professionali sempre più specializzate, autonome e responsabilizzate, sia necessario corrispondere un conseguentemente adeguamento delle retribuzioni tendendo ad un sistema retributivo, che sappia individuare un giusto riconoscimento a capacità e competenze, che sappia valorizzare il merito favorendo la crescita professionale di chi vuole fare di più.

Ne consegue l’indispensabilità di costruire un sistema che consideri le modifiche dell’organizzazione del lavoro e l’evoluzione delle professionalità come patrimonio di valorizzazione del lavoro e di tutti i professionisti, ciascuno con la sua professionalità, ruolo e responsabilità, con un connotato meritocratico che sia supportato da un modello di valutazione oggettiva, trasparente e permanente che preveda forme di un qualche coinvolgimento degli utenti.

TITOLO VI

RISERVA ED ALTRE DISPOSIZIONI

1. Altre disposizioni.

Vanno armonizzate con le nuove disposizioni di Legge e con l'evolversi del modello di intervento sanitario e della professione sanitaria medesima. In quest'ambito vanno considerate e rimodulati i temi della formazione, dell'attività intra moenia, della disciplina e permessi per visite, prestazioni specialistiche, terapie ed esami diagnostici (art. 55 septies, comma 5 ter, del D.Lgs 165/2001) alla luce delle recenti pronunce giurisdizionali.

In particolare, con riferimento alla libera professione intra moenia va rivista l'attuale disciplina relativa ai tetti orari ed ai volumi prestazionali. Il tempo dedicato alla libera professione nelle sue varie tipologie dovrà essere rimodulato, al fine di salvaguardare le primarie esigenze istituzionali, con un contestuale rafforzamento del ruolo di coordinamento regionale in materia di regolazione.

Vanno inoltre riviste le attuali disposizioni disciplinanti che disciplinano il comitato dei garanti alla luce della giurisprudenza (in particolare Cassazione Civile Sez. Lavoro 17/6/2010 n. 14628, Sentenza Cassazione Sez. Lavoro 11/5-14/9/2011 n. 18769) che ha sancito la competenza del comito in materia di licenziamenti esclusivamente nell'ipotesi di responsabilità dirigenziale.

2. Riserva.

Il Comitato di Settore si riserva di integrare il presente atto di indirizzo ovvero di costituirne uno apposito relativamente alla immissione, nei contratti collettivi nazionali di lavoro del settore sanità, del personale della ricerca, finora non contrattualizzato, degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) e Istituti Zooprofilattici Sperimentali (IZS) a seguito delle decisioni in materia del legislatore per le quali si è avviato recentemente la procedura di consultazione delle parti interessate.

Roma, 13 luglio 2016

**CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME**

COMITATO DI SETTORE COMPARTO REGIONI – SANITÀ (Artt. 54, 56 e 59 D.Lgs. 150/2009)

**ATTO DI INDIRIZZO PER L'ATTUAZIONE DEL DISPOSTO
DELL'ARTICOLO 14, COMMA 1, DELLA L. 30 OTTOBRE 2014, N. 161**

L'articolo 14, comma 1, della L. 30 ottobre 2014, n. 161 dispone l'abrogazione, decorsi dodici mesi dalla data di entrata in vigore della stessa legge (vale a dire dal 25 novembre 2015), dell'articolo 17 comma 6 bis del D.Lgs. 8 aprile 2003, n. 66 e dell'articolo 41, comma 13, del D.L. 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133.

I commi abrogati stabilivano la disapplicazione nei confronti del personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale delle disposizioni di cui all'articolo 7 del D.Lgs. 66/2003, che sancisce, tra l'altro, il diritto per il lavoratore ad undici ore di riposo consecutivo ogni ventiquattro ore e, con riferimento specifico al personale delle aree dirigenziali degli enti ed aziende del SSN, la disapplicazione anche dell'articolo 4 della medesima fonte normativa, recante disposizioni in materia di durata massima dell'orario di lavoro.

Il comma 2 dell'articolo 14 della L. 161/2014 dispone poi che per fare fronte alle esigenze derivanti dalle disposizioni di cui al comma 1, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano garantiscono la continuità nell'erogazione dei servizi sanitari e l'ottimale funzionamento delle strutture, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, attraverso una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili sulla base della legislazione vigente attuata attivando anche processi di riorganizzazione e razionalizzazione delle strutture e dei servizi dei propri enti sanitari.

Pertanto il comma 3 dell'articolo 14 stabilisce che, nel rispetto di quanto previsto dall'*articolo 17 del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66*, e successive modificazioni, al fine di garantire la continuità nell'erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni, i contratti collettivi nazionali di lavoro del comparto sanità disciplinano le deroghe alle disposizioni in materia di riposo giornaliero del personale del Servizio sanitario nazionale preposto ai servizi relativi all'accettazione, al trattamento e alle cure, prevedendo altresì equivalenti periodi di riposo compensativo, immediatamente successivi al periodo di lavoro da compensare, ovvero, in casi eccezionali in cui la concessione di tali periodi equivalenti di riposo compensativo non sia possibile per ragioni oggettive, adeguate misure di protezione del personale stesso .

Lo stesso comma 3 stabilisce che, nelle more del rinnovo dei contratti collettivi vigenti, le disposizioni contrattuali in materia di durata settimanale dell'orario di lavoro e di riposi cessano di avere applicazione con decorrenza dalla data di abrogazione dell'articolo 41, comma 13, del D.L. 112/2008 e dell'articolo 17, comma 6 bis, del D.Lgs. 66/2003.

L'abrogazione delle deroghe legislative alla durata del periodo minimo di riposo e la contestuale decadenza di tutte le previsioni dei contratti collettivi in materia di riposi può rendere problematico se non impossibile in molte enti del SSN assicurare con il personale in servizio le prestazioni assistenziali ed, in particolare, garantire i turni di lavoro ad invarianza di spesa come

stabilito dal disposto legislativo, anche dopo l'attivazione delle misure dirette alla ottimizzazione delle risorse umane ed alla riorganizzazione e razionalizzazione delle strutture.

Ciò rende indispensabile la tempestiva apertura delle trattative tra l'ARAN e le organizzazioni sindacali al fine di pervenire ad una nuova disciplina contrattuale che introduca le necessarie deroghe alle disposizioni contenute nel D.Lgs. 66/2003 pur nel rispetto dei principi della protezione e della sicurezza dei lavoratori.

Risulta altresì opportuno che la contrattazione nazionale individui le ragioni che consentono di elevare, in sede di contrattazione integrativa, da quattro mesi a sei o a dodici mesi il periodo di riferimento per il calcolo della durata massima settimanale di quarantotto ore dell'orario di lavoro di cui all'articolo 4 del D.Lgs. 66/2003.

Premesso quanto sopra, il Comitato di Settore assume le seguenti direttive, rispettivamente per le aree di contrattazione della dirigenza medica veterinaria ed SPTA e per l'area del Comparto.

DIRETTIVA AREA MEDICA-VETERINARIA ED SPTA

In attuazione di quanto previsto dall'articolo 14, comma 3, della L. 30 ottobre 2014, n. 161, la contrattazione nazionale dovrà disciplinare le deroghe al disposto dell'articolo 7 del D.Lgs. 8 aprile 2003, n. 66 che fissa il riposo del lavoratore in undici ore consecutive ogni ventiquattro ore.

In particolare la predetta disciplina dovrà:

- a) essere riferita esclusivamente al personale addetto ai servizi relativi all'accettazione, al trattamento ed alle cure delle strutture ospedaliere;
- b) essere finalizzata a garantire la continuità assistenziale;
- c) consentire riposi inferiori alle undici ore esclusivamente previo esperimento da parte delle regioni e degli enti del SSN di tutte le misure organizzative che consentano la razionalizzazione delle strutture e l'ottimizzazione delle risorse umane a disposizione attraverso, tra l'altro, una opportuna riorganizzazione dei turni e di piani di lavoro e la previsione del servizio di guardia per aree funzionali omogenee al di fuori delle tipologie assistenziali nelle quali l'allegato 2 ai CC.CC.NN.LL. del 3.11.2005 prevede la guardia per unità operativa;
- d) individuare, in rapporto alla finalità di cui al punto b), le tipologie di fattispecie ricorrendo le quali può essere consentita la deroga alle disposizioni in materia di riposo giornaliero; in particolare:
 - al fine di assicurare la continuità terapeutica, dovrà essere contemplata la possibilità di prevedere la presenza del dirigente medico operante nei servizi di degenza anche precedentemente all'inizio del servizio di guardia attiva notturna, a condizione di garantire allo stesso dirigente almeno otto ore consecutive di riposo tra i due periodi di attività;
 - dovranno essere consentiti riposi inferiori ad undici ore in presenza di eventi eccezionali e non prevedibili, o assenze improvvise, determinati, ad esempio, da prolungamenti di interventi chirurgici, malattie o infortuni, situazioni di urgenza, etc;
- e) indicare i criteri per l'individuazione delle "ragioni oggettive" che possono impedire la fruizione di un periodo di riposo compensativo pari a undici ore, individuando nel contempo adeguate misure di protezione del personale interessato;

- f) individuare, in relazione al rispetto delle undici ore di riposo consecutivo, gli istituti esclusi dal computo dell'orario di lavoro in quanto le relative attività non sono riconducibili alla definizione dello stesso orario di lavoro data dall'articolo 1, comma 2, lett. a) del medesimo decreto (ad esempio attività di carattere volontaristico, la partecipazione ai corsi di formazione, a determinate commissioni, a comitati scientifici, etc);
- g) definire le modalità di computo del riposo in rapporto alle attività lavorative rese dal personale in servizio di pronta disponibilità tenendo presente che tali attività sospendono e non interrompono il riposo;
- h) individuare, ferma restando la necessità di reintegro dell'equilibrio psico fisico del dirigente anche in funzione della tutela degli utenti, le tipologie di attività libero professionale che in rapporto al concetto di orario di lavoro definito dall'articolo 1, comma 2 del D.Lgs. 66/2003 e dell'articolo 2 della Direttiva del Parlamento Europeo e del Consiglio del 4 novembre 2003 devono essere escluse dal computo dello stesso orario di lavoro al fine della determinazione della durata del riposo giornaliero di undici ore;
- i) stabilire che i criteri per l'attuazione delle clausole della contrattazione collettiva nazionale in materia di deroghe al riposo giornaliero siano definiti in sede di contrattazione integrativa;

Inoltre, con riferimento all'articolo 4 del D.lgs. 66/2003, la contrattazione nazionale dovrà indicare la possibilità da parte della contrattazione integrativa di elevare da quattro mesi fino a sei mesi, ovvero fino a dodici mesi a fronte di ragioni obiettive, tecniche o inerenti all'organizzazione del lavoro, il limite di quattro mesi, previsto come periodo di riferimento per il calcolo della durata media di quarantotto ore settimanali dell'orario di lavoro. In particolare le predette ragioni dovranno riguardare:

- la carenza di personale;
- la necessità di garantire la continuità assistenziale distinguendo servizi con turni h 24 e h 12;
- il rispetto del vincolo economico relativo alla spesa del personale di cui all'articolo 2, commi 71 e 72 della L. 191/2009, come modificata dall'articolo 1 legge 190/2014.

Qualora non fosse possibile pervenire in tempi ragionevolmente brevi alla stipula di un contratto di lavoro, si invita l'ARAN ad attivare la procedura prevista dall'articolo 17, comma 2 del D.Lgs. 66/2003 per l'adozione da parte del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione, di concerto con il Ministro del Lavoro, di un decreto che, nelle more della disciplina collettiva, determini le deroghe alle previsioni di cui all'articolo 7 dello stesso D.Lgs. 66/2003.

DIRETTIVA AREA COMPARTO

In attuazione di quanto previsto dall' articolo 14, comma 3 della L. 30 ottobre 2014, n. 161, la contrattazione nazionale dovrà disciplinare le deroghe al disposto dell'articolo 7 del D.Lgs. 8 aprile 2003, n. 66 che fissa il riposo del lavoratore in undici ore consecutive ogni ventiquattro ore .

In particolare la predetta disciplina dovrà:

- a) essere riferita esclusivamente al personale addetto ai servizi relativi all'accettazione, al trattamento ed alle cure delle strutture ospedaliere;
- b) essere finalizzata a garantire la continuità assistenziale;

- c) consentire riposi inferiori alle undici ore esclusivamente previo esperimento da parte delle regioni e degli enti del SSN di tutte le misure organizzative che consentano la razionalizzazione delle strutture e l'ottimizzazione delle risorse umane a disposizione, anche attraverso una opportuna riorganizzazione dei turni e di piani di lavoro
- d) individuare in rapporto alla finalità di cui al punto b) le tipologie di fattispecie ricorrendo le quali può essere consentita la deroga alle disposizioni in materia di riposo giornaliero; in particolare dovranno essere consentiti riposi inferiori ad undici ore in presenza di eventi eccezionali e non prevedibili, o assenze improvvise, determinati, ad esempio, da prolungamenti di interventi chirurgici, malattie o infortuni, situazioni di urgenza, etc.
- e) indicare i criteri per l'individuazione delle "ragioni oggettive" che possono impedire la fruizione di un periodo di riposo compensativo pari a undici ore, individuando nel contempo adeguate misure di protezione del personale interessato; in ogni caso dovrà essere prevista la possibilità di riposi compensativi inferiori alle undici ore per i profili presenti in numero limitato e aventi competenze non delegabili ad altri profili;
- f) individuare, in relazione al rispetto delle undici ore di riposo consecutivo, gli istituti esclusi dal computo dell'orario di lavoro in quanto le relative attività non sono riconducibili alla definizione dello stesso orario di lavoro data dall'articolo 1, comma 2, lett. a) del medesimo decreto (ad esempio attività di carattere volontaristico, la partecipazione ai corsi di formazione, a determinate commissioni, a comitati scientifici, etc);
- g) definire le modalità di computo del riposo in rapporto alle attività lavorative rese dal personale in servizio di pronta disponibilità tenendo presente che tali attività sospendono e non interrompono il riposo;
- h) stabilire che i criteri per l'attuazione delle clausole della contrattazione collettiva nazionale in materia di deroghe al riposo giornaliero siano definiti in sede di contrattazione integrativa.

Inoltre, con riferimento all'articolo 4 del D.lgs. 66/2003, la contrattazione nazionale dovrà indicare la possibilità da parte della contrattazione integrativa di elevare da quattro mesi fino a sei mesi, ovvero fino a dodici mesi a fronte di ragioni obiettive, tecniche o inerenti all'organizzazione del lavoro, il limite di quattro mesi, previsto come periodo di riferimento per il calcolo della durata media di quarantotto ore settimanali dell'orario di lavoro. In particolare le predette ragioni dovranno riguardare:

- la carenza di personale;
- la necessità di garantire la continuità assistenziale distinguendo servizi con turni h 24 e h 12;
- il rispetto del vincolo economico relativo alla spesa del personale di cui all'articolo 2, commi 71 e 72 della L. 191/2009, come modificata dall'articolo 1 legge 190/2014.

Qualora non fosse possibile pervenire in tempi ragionevolmente brevi alla stipula di un contratto di lavoro, si invita l'ARAN ad attivare la procedura prevista dall'articolo 17, comma 2 del D.Lgs. 66/2003 per l'adozione da parte del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione, di concerto con il Ministro del Lavoro, di un decreto che, nelle more della disciplina collettiva, determini le deroghe alle previsioni di cui all'articolo 7 dello stesso D.Lgs. 66/2003.

Roma, 4 novembre 2015