



Sanità

Anno XX - n. 26
Poste Italiane Sped. in A.P.
D.L. 353/2003 conv. L. 46/2004,
art. 1, c. 1, DCB Roma

Settimanale
11-17 luglio 2017
www.24oresanita.com

Certezza attuativa e sanzioni per le aziende che non rispettano gli accordi, nuove carriere e più merito

Contratto medici, il menu di Anaaao

Stop all'erosione dei fondi contrattuali, benessere lavorativo e valore all'intramoenia

E sigibilità del contratto, miglioramento delle condizioni di lavoro e nuovo sistema di carriere che premi un percorso professionale oltre che gestionale. Sono queste le tre priorità che guideranno Anaaao Assomed nella prossima stagione contrattuale. «Io credo che sarà un contratto molto difficile - spiega il segretario nazionale **Costantino Troise** - perché sette anni di blocco non passano invano. Anni in cui le aziende hanno avuto mano libera nel disattendere ogni regola». Una battaglia complessa, anche perché le risorse economiche restano nel limbo. Ecco la linea strategica del principale sindacato dei medici Ssn.

A PAG. 2-4



Crea, top&down da Toscana a Calabria

D'ANGELA E SPANDONARO A PAG. 8-9

DECRETO LORENZIN

Vaccini, acrobazie al Senato

Meno obblighi, meno sanzioni - È corsa contro il tempo

Il Ddl 2856 di conversione del decreto 73 "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale" conclude in settimana il primo giro di boa. L'aula del Senato si trova a votare un articolato riveduto e corretto, anche se a impianto invariato. In una serie di sedute notturne la commissione Igiene e Sanità ha puntato a ottenere un testo «equilibrato», come l'hanno definito tanto la presidente della commissione **Emilia De Biasi** quanto la ministra della Salute **Beatrice Lorenzin**.

Più bimbi con la Pma

Nel 2015, le coppie che hanno iniziato i trattamenti di Pma, anche con l'eterologa, sono state 74.292. I dati nella relazione della Salute al Parlamento.

VAZZA A PAG. 7

L'obbligo vaccinale a scuola nella fascia tra 0 e 16 anni d'età viene limitato a 10 profilassi: anti poliomielitica; anti difterica; anti tetanica; anti epatite B; anti pertosse; anti Haemophilus influenzae tipo b; anti morbillo; anti rosolia; anti-parotite; anti varicella. Per la stessa fascia d'età il nuovo testo prevede che altre quattro vaccinazioni - anti meningococco B e C, anti pneumococco e anti rotavirus - siano a offerta «attiva e gratuita», in base alle specifiche indicazioni del Calendario vaccinale per coorte di nascita. I vaccini si potranno somministrare anche in farmacia. Spetterà ad Aifa, ancora, contrattare il prezzo.

Per i genitori "disobbedienti", la multa massima scende da 7.500 a 3.500 euro, mentre scompare la possibile segnalazione dell'Asl al Tribunale dei minori in caso di reiterato diniego.

GOBBI A PAG. 6-7

BEST PRACTICE

Ospedali, metodo-sicurezza

Buone strategie per evitare infezioni e infortuni in corsia

La sicurezza sul lavoro, anche quello in corsia, è il risultato di una strategia e non può essere improvvisata. Il metodo per essere efficace dev'essere evidence based, come lo è la B-bs strategy, che può essere applicata anche alla sanità. Ogni anno, sono circa un milione i pazienti infettati in corsia. I

comportamenti di prevenzione fanno la differenza e non in astratto, ma con evidenze documentate come nelle sperimentazioni al Cro di Aviano e non solo. Anche l'Anmil sostiene l'ingresso di queste metodologie in tutti i contesti di lavoro.

TOSOLIN A PAG. 10-11

La piattaforma Cimo-Fesmed
Accordi efficaci, stop ai contratti atipici, valutazione delle competenze. La piattaforma Cimo-Fesmed per la stagione contrattuale.
A PAG. 5

Gara per il camice, vince solo 1 su 7
Pubblicati i decreti del Miur con calendari e modalità per l'ingresso a Medicina e le altre facoltà a numero chiuso. Da 9.224 a 9.100 i posti per i futuri medici. Attese oltre 60mila domande: entrerà un candidato su sette.
BARTOLONI A PAG. 14

Mmg balla coi lupi
Riparte, anche se fuori dai tavoli consueti, il balletto sul rinnovo del contratto per la Medicina convenzionata. Lo stallo, ormai quasi triennale, delle trattative ha avuto (almeno) il merito di ricompattare la compagine storicamente divisa delle sigle sindacali. Che un nuovo Atto d'Indirizzo, base per riscrivere l'Acn, lo vogliono eccome, e lo vogliono completo: dentro dovrebbero trovarvi spazio tutte le massicce novità che hanno inciso sulla sanità italiana negli ultimi anni - dal Piano nazionale cronicità ai nuovi Lea, dall'obbligo vaccinale a scuola alla legge sulla responsabilità degli operatori sanitari allo sblocco economico dei rinnovi contrattuali, tanto per citare le principali - ma anche una revisione del compenso che vada a remunerare, per risultato, proprio le attività in cui queste novità si declineranno.
Il principale nodo da sciogliere, manco a dirlo, sono le risorse complessive a disposizione. Poche e, soprattutto, inferiori a quanto promesso dalla legge di Bilancio. Il presidente del Comitato di settore Garavaglia si dice pronto a discutere di tutto, ma non si può ignorare che il convitato di pietra è come sempre il Mef. La legge di Bilancio 2018 è dietro l'angolo: lì (forse) si farà chiarezza anche sulla medicina convenzionata.
GOBBI A PAG. 14

GUIDA ALLA LETTURA	
Primo piano	a pag. 2 - 5
In Parlamento	6 - 7
Speciale	8 - 9
Focus	10 - 11
Aziende/Territorio	13
Lavoro/Professione	14 - 15
In Giurisprudenza	15

A PAG. 13
Appalti
Sopra 32 mln la top ten delle gare sanitarie: Firenze nelle prime due posizioni

A PAG. 15
Palazzo Spada
Espulso dal corso di Medicina generale chi «a latere» svolge libera professione

A PAG. 15
Corte conti
Riforma Pa: le novità sul superamento del precariato spettano ai vincitori di concorso

Il Sole 24 ORE Sanità è anche una APP Scaricala gratuitamente



NUOVO CONTRATTO/ Da Anaa Assomed una guida per la riapertura delle trattative

Medici, più sicurezza e merito

Certezza attuativa e sanzioni per le aziende che non rispettano le regole

Le sempre più frequenti dichiarazioni pubbliche di ministri, Regioni e Aran farebbero prevedere un'apertura a breve, dopo quasi otto anni di blocco, della contrattazione nazionale.

Tale trattativa fin dall'inizio appare difficile, ricca di ostacoli e pertanto dall'esito incerto in conseguenza delle condizioni di partenza che allo stato attuale sono poco felici sul piano economico per due motivi:

- le leggi che dal 2010 a oggi hanno bloccato il rinnovo dei Contratti nazionali, eroso progressivamente i fondi contrattuali e ridotto le dimensioni della retribuzione media dei dirigenti del ruolo sanitario dipendenti del Servizio sanitario nazionale (già una delle più basse, fra i Paesi dell'Unione europea);
- la modestia degli aumenti economici, ipotizzati con il prossimo Ccnl, fra l'altro finanziati solo in parte

Premesse pessime anche sul piano normativo, soprattutto per quanto riguarda la certezza e correttezza attuativa delle norme contrattuali e legislative vigenti, le condizioni professionali e di lavoro esistenti.

Le condizioni di partenza e le prevedibili difficoltà nella trattativa nazionale non dovranno però essere un freno alle proposte, ma anzi un ulteriore stimolo alla nostra determinazione. È arrivato quindi il momento di mettere nero su bianco, come Anaa Assomed, gli indirizzi generali che guideranno la nostra contrattazione in questa difficile partita.

Due sono gli aspetti generali della nostra azione contrattuale su cui dobbiamo pertanto interrogarci:

1. quali potranno essere le "parole d'ordine" a cui ispirarsi durante la contrattazione?

2. quali sono le tematiche contrattuali più importanti da affrontare nella prossima contrattazione nazionale, gli obiettivi da perseguire con le nostre proposte e gli indirizzi normativi che ci dovranno guidare?

Di seguito proviamo a dare delle risposte concrete e motivate a questi quesiti.

Parole d'ordine e obiettivi

Ogni rinnovo contrattuale, nel passato lontano e recente, ha avuto i suoi obiettivi ideali su cui è stata impegnata buona parte della contrattazione.

Questi sono stati sintetizzati in alcune "parole d'ordine" che hanno rappresentato per la categoria la sintesi emozionale delle idealità e dei bisogni della categoria. Da queste "parole d'ordine" sono poi scaturiti gli obiettivi concreti.

Il prossimo Ccnl ha, a nostro parere, i seguenti "indirizzi ideali" e i conseguenziali obiettivi.

Parole d'ordine

- Certezza e correttezza attuativa
- Sicurezza organizzativa e clinica
- Professionalità
- Meritocrazia

Obiettivi

■ Migliorare la comprensione delle norme contrattuali e rendere univoca la loro interpretazione.

■ Determinare condizioni maggiormente omogenee di attuazione di tali norme sul territorio nazionale.

■ Impedire o frenare l'esplosione dei fondi contrattuali e impedire l'uso scorretto dei residui di questi.

■ Modellare le norme contrattuali alla particolare peculiarità della dirigenza del ruolo sanitario, concorrendo in tal modo a meglio specificare la "specialità" di tale dirigenza.

■ 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 e clinica per i pazienti e di sicurezza nel lavoro per i dirigenti del ruolo sanitario.

Materie e istituti contrattuali

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

A. Modello contrattuale.

La scelta del modello contrattuale da attuare attraverso il Contratto collettivo nazionale è fondamentale per la soddisfazione delle idealità e per il raggiungimento degli obiettivi, sopra ipotizzati.

Le Regioni, fermo restando l'articolazione su due livelli sancita dalla legge (nazionale e periferico), vorrebbero modificare in parte quello vigente per renderlo più simile a quello esistente nel mondo delle aziende private.

L'ipotesi sarebbe quella di prevedere un Ccnl molto snello e limitato solamente ai principi di tutela di base, lasciando la definizione della gran parte delle norme contrattuali generali alla contrattazione periferica di II livello, che non sarebbe pertanto limitata all'attuazione di norme del Ccnl.

I finanziamenti contrattuali necessari per rendere operante questa modifica verrebbero stornati da quelli attualmente gestiti dal Ccnl, in antisensi al modello contrattuale nel mondo del privato, dove i contratti aziendali sono invece finanziati con soldi delle aziende, aggiuntivi a quelli nazionali.

Nostre valutazioni e indirizzi. Le condizioni attuali di grave e diffusa incertezza e/o non correttezza attuativa al livello aziendale sconsigliamo fortemente di rinunciare alle uniche certezze presenti nelle norme e nelle tutele del Ccnl. L'ipotesi avanzata di contratti aziendali di II livello potrebbe essere perseguibile solamente per gli stanziamenti economici aziendali aggiuntivi a quelli del Ccnl e comunque nel rispetto di norme attuative nazionali.

In conseguenza di quanto sopra espresso, la prossima contrattazione dovrà:

- potenziare il ruolo di indirizzo e di garanzia del Ccnl, fermo restando quello invece attuativo delle normative nazionale del livello periferico;
- introdurre un ruolo di contrattazione periferico più autonomo, rispettoso delle norme di garanzia nazionali, in caso di utilizzo a scopo incentivante di risorse economiche aziendali e/o regionali, aggiuntive a quelle determinate dal Ccnl;
- definire meglio il ruolo di suggerimento attuativo del livello di "confronto regionale" fra la Regione e l'Oo.Ss. di categoria, nei riguardi della contrattazione aziendale, ed equiparare i poteri di ambo le parti;
- limitare il numero di materie e/o istituti contrattuali oggetto di tale "confronto regionale" a quelle più strategiche per la specificità regionale e comunque non già regolamentate in modo stringente dal Ccnl e/o da leggi nazionali.

B. Certezza attuativa.

Una delle criticità maggiori e in forte crescita del modello contrattuale vigente è costituita dalla scarsa presenza in quasi tutte le aziende di condizioni minime di "certezza e correttezza attuativa".

Questa piaga ha soprattutto afflitto a livello aziendale l'attuazione di gran parte delle norme del Ccnl, soprattutto quelle riguardanti la costruzione e l'utilizzo dei fondi contrattuali e la gestione e utilizzo dei residui non spesi di questi, ed è divenuta attualmente insostenibile per dimensione e diffusione.

Un Ccnl basa la sua credibilità, non solo sulla bontà delle norme nazionali pattuite, ma anche e soprattutto sulla certezza attuativa e sulla correttezza interpretativa di ambo le parti.

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

Nostre valutazioni e indirizzi. Questa criticità dovrà essere corretta o almeno fortemente limitata al livello di Ccnl mediante l'introduzione di norme, non solamente di tipo "ordinatorio", ma che prevedano, in caso di gravi violazioni e/o inosservanze da parte aziendale, un percorso-procedura amministrativa che ne attesti l'eventuale esistenza e responsabilità aziendale ed eserciti il necessario tentativo di conciliazione, prima dell'azione sanzionatoria.

La correzione di questa forte criticità dovrà prevedere un multiplice livello di interventi normativi:

- al livello di definizione del modello contrattuale, mediante l'introduzione di modifiche miranti a ridurre lo spazio di autonomia interpretativa ed attuativa al livello aziendale (anello debole);
- al livello di regolamentazione della normativa sulle Relazioni Sindacali, mediante l'introduzione di norme e tempistiche attuative per il livello periferico più stringenti e improrogabili;
- sulla costruzione e utilizzo dei fondi contrattuali, mediante una definizione nazionale, ancora più puntuale, delle norme correlate, degli adempimenti, della procedura da seguire

delle scadenze per effettuare ciò, nonché i principi e i limiti che devono governare il loro utilizzo;

- sulla gestione e utilizzo dei residui dei fondi contrattuali, mediante il rafforzamento al livello nazionale delle disposizioni contrattuali attualmente vigenti sull'anno di competenza e sulle modalità di utilizzo;
- al livello dell'Istituto contrattuale che norma la gestione dei conflitti mediante l'istituzione di un'authority nazionale di garanzia, rappresentativa delle parti contrattuali nazionali, che a segnalazione circostanziata: esegua l'istruttoria necessaria ed emetta una formale valutazione; eserciti il 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 i provvedimenti sanzionatori conseguenti.

C. Livello di maggioranza contrattuale nella contrattazione aziendale.

Il decreto legislativo 165/2001 sancisce il livello minimo di maggioranza sindacale al livello nazionale per la stipula di un Ccnl (50% + 1 delle deleghe sindacali rappresentate dalle Oo.Ss. nazionali di categoria), non lo definisce invece per la stipula di un Contratto Integrativo periferico, nel caso esistano solamente le Rappresentanze Sindacali Aziendali e di fatto rinvia la definizione di ciò ai Contratti Collettivi Nazionali.

I Contratti Nazionali vigenti della dirigenza del ruolo sanitario non dicono alcunché in merito, nel caso esistano al livello aziendale solamente le Rappresentanze Sindacali Unitarie. Attualmente, l'unico pronunciamento ufficiale esistente è quello dall'Aran, fornito in data 15 febbraio 2002, in cui le Aziende sono state esortate a utilizzare, come unico criterio fondamentale nella stipula dei Contratti Integrativi Aziendali, il «Raggiungimento del maggior consenso possibile».

Non essendo però determinata la quantificazione oggettiva di tale criterio, rimane quindi indefinita e spesso arbitraria al livello aziendale la definizione concreta del livello di maggioranza sindacale.

Nostre valutazioni e indirizzi. 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 diverse forti criticità che ne minano alla base la credibilità e capacità di ulteriore tenuta:

- forte e crescente sbilanciamento verso una maggiore premialità delle competenze gestionali;
- eccessiva genericità della tassonomia e non chiara espressività delle competenze professionali delle posizioni professionali, previste dall'ar-

chitettura di carriera verticale del Ccnl;

- intraducibilità al livello nazionale delle posizioni funzionali affidate al livello locale in chiari profili di responsabilità e competenza professionale;
- presenza di meccanismi di selezione eccessivamente discrezionali e non vincolati alla meritocrazia.

Nostre valutazioni e indirizzi. È necessario pertanto individuare nel Ccnl un nuovo profilo di carriera verticale dei dirigenti del ruolo sanitario che abbia le seguenti caratteristiche:

- sia più consono 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 generale al livello nazionale e non modificabile al livello periferico;

● preveda meccanismi di selezione e 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'articolo 41 della legge 133/2008, ha esteso dal 25 novembre 2015 in poi anche ai dirigenti del ruolo sanitario la piena operatività di tutte le disposizioni della legge 66/2003 in materia di orario di lavoro e riposi.

Nostre valutazioni e indirizzi. In considerazione di ciò, in sede di contrattazione nazionale sarà necessario:

- aggiornare le norme del Ccnl in materia di orario di lavoro e riposi per renderle coerenti alle disposizioni della suddetta legge;
- definire i limiti quantitativi massimi di:

- orario di lavoro settimanale;
- ore di lavoro straordinario o comunque aggiuntivo a quello contrattuale, nel rispetto comunque dei limiti massimi previsti dalla legge;
- stabilire la 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, per eventuale recupero.

F. Modelli organizzativi minimi delle attività correlate all'urgenza ed emergenza clinica e carichi di lavoro (guardie mediche e pronte 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 progressiva 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 condizioni sono soprattutto quelle inerenti l'urgenza e in particolare i servizi di guardia medica e di pronta disponibilità.

La normativa contrattuale di base vigente di queste attività, vecchia del 1996, non è più rappresentativa della situazione lavorativa attuale, perché ideata e calibrata sulla realtà sanitaria esistente negli anni '90, ben diversa da quella attuale.

Tale normativa inoltre non tiene conto della cultura della prevenzione del rischio clinico e organizzativo e della tutela della salute del lavoratore: delle norme legislative sull'orario di lavoro e sui riposi; della nuova legge sulla responsabilità professionale che attribuisce alle Aziende Sanitarie la responsabilità contrattuale delle attività sanitarie e ai Dirigenti del ruolo sanitario dipendenti quella extra contrattuale.

Nostre valutazioni e indirizzi. Sarà necessario pertanto modificare la normativa contrattuale nazionale e adeguarla alla nuova realtà.

In particolare per servizi notturni e festivi di guardia medica e di pronta disponibilità bisognerà:

- individuare i modelli minimi organizzativi e gli ambiti di organizzazione;
- regolamentare i criteri generali di funzionamento;
- introdurre limiti quantitativi individuali non superabili annuali e mensili per ciascuna di queste attività, tenendo conto anche dei casi in cui il medesimo dirigente esegua ambedue le attività, nonché del livello di intensità di cure;
- individuare gli indicatori quantitativi

di carico di lavoro medio in pronta disponibilità notturna sostitutiva della guardia nei servizi, oltre cui dovrà essere prevista una guardia attiva notturna.

Nel nuovo Ccnl inoltre dovranno essere:

- regolamentate anche le ricadute dei turni notturni di pronta disponibilità sui piani di lavoro, in conseguenza delle disposizioni legislative sui riposi;
- introdotte finalmente condizioni remunerative adeguate al forte disagio lavorativo generato da tale istituto; il valore economico della indennità di P.D. è ancora quello del 1996 e l'attuale remunerazione media della P.D. in tutte le sue componenti economiche (Indennità + ore straordinarie effettuate su chiamata) è oggi pari a circa il 50% rispetto a quello del 1996!

G. Sistema premiante. Il sistema premiante è uno degli istituti contrattuali più importanti e strategici della contrattazione nazionale. Negli ultimi anni nell'Area della dirigenza del ruolo sanitario è stato quasi bloccato nella sua operatività dalle disposizioni legislative straordinarie in materia di fondi contrattuali e dall'utilizzo in modo errato o improprio dei meccanismi premianti in uso per i dirigenti dei ministeri, non specifici e inadeguati per il Ssn.

Nostre valutazioni e indirizzi. 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) e che tengano conto della peculiare specificità professionale di tale dirigenza;
- introdurre condizioni premiali concrete e oggettive specifiche di tipo meritocratico riguardanti la qualità delle prestazioni professionali effettuate;
- introdurre condizioni premiali concrete e oggettive di tipo meritocratico conseguenti alla valutazione positiva della verifica professionale da parte del Collegio tecnico (crescita orizzontale della carriera), specifici

che per la Dirigenza del ruolo sanitario e in particolare per quella medica e veterinaria.

H. Miscellanea tematiche contrattuali. In occasione della Contrattazione Nazionale sarà necessario intervenire anche su alcune tematiche e operare aggiustamenti di alcune norme contrattuali per adeguarle al mutamento delle condizioni. Di seguito si ricordano le più importanti da affrontare al livello nazionale e gli indirizzi da perseguire.

Contratto individuale. Il contratto individuale dovrà costituire sempre più lo strumento giuridico più importante in cui definire diritti, doveri, ruoli, incarichi di posizione, livelli di responsabilità, sede prevalente di lavoro e retribuzione fondamentale e accessori. Il Ccnl dovrà sancire in modo chiaro e inequivocabile tali condizioni e i doveri delle parti.

Libera professione intramoenia. La recente abolizione per via legislativa della Libera professione intramoenia allargata non è stata coincidente con un generale miglioramento delle condizioni strutturali e organizzative della libera professione intramoenia negli ospedali. Spesso questa viene anzi ostacolata e criminalizzata, attribuendole in modo errato e strumentale la responsabilità della "lunghezza delle liste di attesa". La Contrattazione nazionale dovrà impedire tutto ciò e deve ricreare le condizioni per il rispetto da parte dell'Aziende di questo diritto dei medici e dei pazienti.

Sostituzione di posizione apicale. La normativa contrattuale vigente in materia di sostituzione dei Direttori di Uoc e dei Responsabili di Uos Dipartimentale, in caso di cessazione dal servizio, definisce in modo preciso la temporaneità di tale sostituzione, la sua durata temporale massima e l'entità economica dell'indennità di sostituzione.

Le Aziende negli ultimi anni hanno abusato di tale istituto contrattuale, ritardando a scopo di risparmio la nomina del nuovo apicale e contestualmente prolungando oltre i limiti la sostituzione temporanea di questo, eccedendo nel carico di lavoro per lungo tempo del sostituto.

Il Ccnl dovrà ostacolare questo abuso, aumentando la coerenza del limite temporale e incrementando significativamente il valore economico di tale indennità, per renderla adeguata alla responsabilità affidata.

Giuseppe Montante
vice segretario nazionale
e responsabile politiche
contrattuali Anaa Assomed

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PARLA COSTANTINO TROISE

«Un'intesa non facile, Ssn all'ultima chance»

Le valutazioni del segretario nazionale Anaa

Esigibilità del contratto, miglioramento delle condizioni di lavoro e nuovo sistema di carriere che premi un percorso professionale oltre che gestionale. Sono queste le tre priorità che guideranno Anaa Assomed nella prossima stagione contrattuale, che potrebbe ripartire con un primo incontro interlocutorio entro luglio. «Io credo che sarà un contratto molto difficile - spiega il segretario nazionale **Costantino Troise** - perché sette anni di blocco non passano invano. Anche perché c'è stata nel frattempo un'enorme stratificazione normativa con alcuni punti di incoerenza e contraddittorietà. Non sarà un contratto facile perché andranno riparati i danni fatti in questi sette anni, in cui le aziende hanno avuto mano libera nell'interpretare e disattendere un contratto ancora valido, che era quello precedente. E sarà difficile anche perché non ci sono le risorse economiche come una delle leve dello scambio a un tavolo contrattuale». Insomma nuvole nere e una battaglia complessa.

In effetti nell'accordo del 30 novembre si parlava di un aumento medio di 85 euro ma non ci si arriva perché servono altre risorse.

Questa è la prima atipicità. In genere c'è un finanziamento e si scrive come spenderlo. Invece oggi si scrive come spenderlo e poi vediamo se e quando ci sarà il finanziamento. Il che è poco logico per un negoziato contrattuale.

Poi c'è il salario accessorio... Bisogna capire se la salvaguardia della Ria per la dirigenza medica, componente essenziale del salario accessorio, viene prevista come pareva nel testo in entrata al Consiglio dei ministri della riforma del Pubblico impiego o se viene sequestrata come invece sembrerebbe dal testo pubblicato in Gazzetta Ufficiale. E questa è un'altra singolarità di un Paese in cui non ci si può fidare nemmeno di quello che approva il Consiglio dei ministri. Se un testo può perdere dei pezzi passando da Palazzo Chigi al Poligrafico dello Stato... non dovrebbe accadere. Ma la politica ci ha abituato a questo e altro.

Parliamo delle priorità dell'Anaa... Ci sono tre filoni principali. Il primo riguarda la esigibilità di un contratto che essendo un patto tra soggetti privati presuppone un riconoscimento di ruolo e una fiducia reciproca. Esigibilità significa non solo che i contratti aziendali non vadano a stravolgere il contratto nazionale ma un'altra certezza più importante, che l'articolo uno del contratto sia uguale a Milano come a Lampedusa e che non ci sia un'interpretazione diversa a seconda delle Regioni o addirittura delle aziende sanitarie. Ora c'è una giungla di esecuzioni contrattuali.

Su quali aspetti questa libera interpretazione incide di più?

Su tutti gli aspetti, soprattutto sull'orario di lavoro, sull'uso dei fondi contrattuali, sui tagli ai fondi contrattuali, sulla mobilità del personale, sulle assunzioni e chi più ne ha più ne metta.

La seconda priorità? Il miglioramento delle condizioni di lavoro in una categoria come quella dei medici italiani che ha l'età media più alta del mondo, grazie a un prolungamento dell'età pensionabile che costringe al lavoro notturno persone di 70 anni. E in riferimento a una fissità dei livelli retributivi inchiodati al 2010. C'è quindi un peggioramento assoluto e un peggioramento relativo in rapporto alla retribuzione che viene erogata rispetto a questo livello di condizione.

Come si migliora la situazione?

C'è da porre un tetto al numero delle guardie notturne e alla reperibilità, c'è da porre un tetto di età all'attività lavorativa di notte e ai carichi di lavoro, che non possono essere estesi all'infinito scaricando sui dipendenti l'obbligo che hanno le aziende di assicurare il servizio ai cittadini. Ovviamente il rispetto dell'orario di lavoro Ue, che viene largamente disatteso un po' ovunque, dipende dagli organici, che vanno aumentati, e da adeguati livelli essenziali organizzativi. Tant'è che noi abbiamo chiesto alla Corte Ue di riaprire la procedura di infrazione contro l'Italia per violazione della normativa comunitaria, soprattutto al Sud ma non solo, non tanto per quanto riguarda il tetto delle 48 ore ma soprattutto per l'obbligo del riposo di 11 ore tra un turno e l'altro, con l'alibi di avere organici insufficienti. E migliorare le condizioni di lavoro significa anche recuperare un ruolo nei processi decisionali di livello gestionale. Il terzo filone riguarda le carriere. C'è stata una desertificazione ai piani alti e con 2mila strutture complesse eliminate è stato appiattito il livello organizzativo. Bisogna quindi tendere a un percorso di carriera professionale che abbia un valore economico paragonabile a quello gestionale e percorsi orizzontali e non solo verticali che riconoscano a nuove figure professionali, ad esempio il team manager, un ruolo gestionale ed economico. Bisogna ridisegnare un sistema di carriere che premi chi ha la capacità di influire sullo stato di salute dei cittadini più di chi ha la capacità di controllare un budget molto spesso fasullo e virtuale.

Ci sono anche altre questioni sul tavolo...

C'è il problema delle funzioni superiori. In molte Regioni del Sud le posizioni apicali non vengono coperte perché di fatto si utilizza personale cui si conferiscono poteri di sostituzione, ma senza pagare il corrispettivo economico. Si chiama arricchimento indebito, che fanno le aziende sanitarie risparmiando su questi livelli. E poi c'è la formazione, su cui non solo le aziende non investono ma non permettono nemmeno ai medici di partecipare a eventi formativi organizzati da società scientifiche in collaborazione con le aziende farmaceutiche. C'è da sistemare la questione dei contratti atipici cui assicurare tutele perlomeno paragonabili a quelle del personale strutturato. C'è da rendere cogente l'obbligo di sostituzione delle maternità, perché non si può raccontare che questo Paese ha un alto tasso di denatalità e poi fare finta di niente quando si tratta di una sostituzione, fra l'altro a costo zero. Queste sono le questioni che meritano risposta. Perché si può anche sopportare un contratto con un incremento economico non eccezionale ma non si può sopportare un contratto che lasci le condizioni di lavoro nella giungla attuale.

Insomma come andrà a finire?

Io continuo a credere che il contratto sia l'ultima chiamata per avere un strumento di governo, di innovazione e di cambiamento in meglio del Sistema sanitario. Se anche questa occasione dovesse andare a vuoto credo che toccherebbe assistere da spettatori, nemmeno più innocenti, al declino cui si è avviata la sanità pubblica, seguendo l'idea di un sistema che vorrebbe prescindere dai suoi professionisti. Ma alla fine delle chiacchiere l'ultimo miglio della salute spetta ai medici.

Rosanna Magnano

© RIPRODUZIONE RISERVATA



NUOVO CONTRATTO/ No al riposo giornaliero ridotto a 8 ore chiesto dalle Regioni

Troppe deroghe sull'orario Ue

A rischio reperibilità, durata settimanale, servizi e attività da escludere

L'atto di indirizzo della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome per l'attuazione del disposto dell'articolo 14 della legge 161/2014, che ha esteso ai dirigenti medici e sanitari del Ssn le tutele sui riposi e sull'organizzazione del lavoro previste dalla direttiva 2003/88/Ce, rappresenta per i suoi contenuti un macigno difficilmente superabile sulla strada di una rapida conclusione della tomatà contrattuale 2016/2018 dell'Area della Dirigenza medica, veterinaria e sanitaria. Siamo di fronte a una pesante richiesta di deroghe strutturali che investono la durata minima del riposo giornaliero che si vorrebbe ridotta a 8 ore, la valutazione del riposo durante i periodi di reperibilità, la durata massima settimanale dell'orario di lavoro e il periodo di riferimento per il suo calcolo medio, i servizi e le attività da escludere dal computo dell'orario di lavoro.

Colpisce non solo la sottovalutazione dei contenuti della direttiva 2003/88/Ce e di quanto finora stabilito dalla Corte di giustizia della Unione europea (Cgue) con le sentenze "Simap", "Jaeger", "Dellas" e con la sentenza C 189/14 del 23 dicembre 2015, ma anche la scarsa considerazione, se l'atto di indirizzo non verrà modificato, per la legge 24/2017 recante disposizioni sulla sicurezza delle cure e della persona assistita nonché per la recente sentenza della Corte di cassazione che ha riconosciuto il "super lavoro" come causa di morte di un tecnico di radiologia.

In particolare, la Suprema corte ha stabilito che nel lavoro ospedaliero, allorché connotato da elevate e persistenti carenze di organico, non possa essere scaricato sui dipendenti l'onere di garantire le prestazioni sanitarie ai cittadini, gravando, in ogni caso, sull'azienda sanitaria la responsabilità di una organizzazione del lavoro che tuteli nel contempo la sicurezza delle cure e l'integrità psico-fisica del lavoratore.

Di seguito si analizzano i punti di maggiore distanza tra quanto richiesto

dalle Regioni nell'atto di indirizzo e le disposizioni normative europee, riportando anche alcune proposte dell'Anao Assomed.

L'invarianza di spesa. Come rilevato nell'atto di indirizzo e riconosciuto anche in una recente indagine Fiaso, l'applicazione della direttiva europea senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, basandosi esclusivamente su processi di razionalizzazione e riorganizzazione dei servizi, resi difficili dalla ponderosa decurtazione di personale medico e infermieristico dal 2009 a oggi, più di 40.000 addetti, potrebbe avere pesanti conseguenze sull'erogazione delle prestazioni assistenziali. Del resto «il miglioramento della sicurezza, dell'igiene e della salute dei lavoratori durante il lavoro rappresenta un obiettivo che non può dipendere da considerazioni di carattere puramente economico» (punto 4 delle premesse; direttiva 2003/88/Ce). La Cgue, richiamando questo principio, ha rigettato nella sentenza C 189/14, il tentativo di giustificare la mancata applicazione della direttiva da parte del Governo della Grecia come conseguenza

della grave crisi in cui versava la propria economia. Non basta quindi la stabilizzazione dei precari, atto dovuto per medici e infermieri che già operano quotidianamente negli ospedali e nelle strutture territoriali, ma è necessario un finanziamento ad hoc per l'assunzione di nuovo personale se si vuole una reale implementazione dei principi contenuti nella direttiva.

Le deroghe sui riposi. La giurisprudenza comunitaria ha riconosciuto carattere eccezionale alle deroghe previste dall'articolo 17 della direttiva 2003/88/Ce, stabilendo che esse «devono essere interpretate in modo che la loro portata sia limitata a quanto strettamente necessario alla tutela degli interessi che tali deroghe permettono di proteggere». Ciò non significa solamente che le deroghe sono limitate ai casi in cui esse sono espressamente previste dalla direttiva, in genere condizioni eccezionali e impre-

vedibili, ma anche che la portata di ogni deroga è limitata alle disposizioni in essa enumerate esaurientemente. Inoltre, l'attuazione delle deroghe deve essere «subordinata a condizioni rigide che assicurano una efficace protezione della sicurezza e della salute dei lavoratori». Dopo l'orario in deroga il lavoratore ha in ogni caso diritto a periodi equivalenti di riposo compensativo. Tali periodi devono sottrarre il lavoratore a ogni obbligo nei confronti del datore, così da consentirgli di «dedicarsi liberamente e senza interruzioni ai suoi propri interessi al fine di neutralizzare gli effetti del lavoro sulla sicurezza e la salute dell'operatore».

I periodi equivalenti devono essere costituiti da un numero di ore consecutive corrispondenti alla riduzione del riposo praticata e devono essere collocati immediatamente a ridosso del periodo di lavoro che intendono compensare e comunque prima del turno successivo, «al fine di evitare uno stato di fatica o di sovraccarico del lavoratore dovuti all'accumulo di periodi di lavoro consecutivi». L'assenza di obblighi nei confronti del datore di lavoro significa altresì che il lavoratore non può essere reperibile in quei periodi, considerato che egli deve essere in grado di dedicarsi ai propri interessi senza il rischio di interruzioni.

È evidente come tutto ciò determini problematiche aggiuntive per la gestione dell'orario "derogato", soprattutto in condizioni organizzative precarie, rispetto al modello ordinario di tutela previsto dalla direttiva e basato su dotazioni organiche adeguate. Per esempio, dopo un turno in deroga mattino/notte con riposo intermedio di 8 ore, sarà obbligatorio allungare il riposo immediatamente successivo di 3 ore portandolo a 14 ore. Il che significa, di fatto, che dopo tale turno il medico o il sanitario uscito dal servizio alle 8 del mattino, rientrerebbe il giorno successivo.

La deroga sul periodo di riferimento. La richiesta di portare il periodo di riferimento entro cui calcolare come media il tempo di lavoro massimo settimanale, fissato in 48 ore settimanali comprensive anche dello straordinario, da 4 a 6 mesi, se non addirittura a 12 mesi, rischia di allargare in modo peri-

coloso la flessibilità degli orari di servizio, in particolare se associata a una riduzione dei periodi di riposo. Infatti ogni deroga convenzionale o introdotta con decreto ministeriale alla durata minima del riposo consecutivo giornaliero (per esempio passaggio da 11 ore a 8 ore) su un arco mobile di 24 ore inciderà in senso espansivo anche sul tetto massimo giornaliero delle 13 ore di lavoro (24 ore - 11 di riposo) e potenzialmente su quello settimanale (13 ore x 6 giorni = 78 ore). Espandere anche il periodo di riferimento entro cui calcolare come media il tempo massimo di lavoro settimanale significa incrementare il lasso di tempo durante il quale tali orari "catastrofici" sono applicabili, con tutte le conseguenze immaginabili sotto il profilo della sicurezza delle cure e della tutela delle condizioni di salute del lavoratore. Per questi motivi pensiamo che sia necessario non solo limitare il periodo di riferimento a 4 mesi ma introdurre anche un tempo massimo di lavoro settimanale inalterabile, valutabile intorno alle 55 ore, e una limitazione dell'orario straordinario a 250 ore annuali come previsto dall'articolo 5 del decreto legislativo 66/2003.

La reperibilità. Con una deroga inserita nella legge 133/2008, articolo 41, comma 4, il governo Berlusconi ha stabilito che la continuità del riposo possa essere sospesa durante attività caratterizzate da regimi di reperibilità. Con tale modifica viene superata la precedente interpretazione contenuta nell'interpello del ministero del Lavoro 13/2008 che prevedeva l'interruzione del periodo di riposo. In definitiva, in caso di chiamata in reperibilità, al termine della prestazione lavorativa resa, non si dovrà riconoscere un altro periodo completo di riposo di 11 ore, bensì un numero di ore che, sommate a quelle fruito precedentemente alla chiamata, consentano il completamento delle 11 ore di riposo complessivo. La disposizione cozza contro le previsioni comunitarie che fanno esplicito riferimento alla consecutività delle 11 ore di riposo. Sulla legittimità della de-

roga prima o poi sarà necessario adire la Cgue perché è difficile inquadrare nella normativa europea un riposo "spezzatino" e le conseguenze che questo ha sulla performance psico-fisica del medico, anche alla luce della imponente letteratura scientifica sviluppata negli ultimi 25 anni.

In ogni caso per il medico o il sanitario reperibile dovranno essere previste alcune tutele organizzative al fine di garantire almeno la durata complessiva del riposo prescritto. Sarà quindi opportuno non inserirlo in turni di servizio precedenti e successivi al periodo di reperibilità. Inoltre, superate le tre ore di servizio notturno tra le 22 e le 6 del mattino (ovvero tra le 24 e le 8), comprendendo i tempi di spostamento, l'Anao propone di assegnare un turno di riposo completo, così come dovrà essere garantito un giorno supplementare di riposo settimanale in caso di reperibilità "lavorata" durante la domenica secondo le recenti interpretazioni della Corte di cassazione.

Attività escluse dall'orario di lavoro. Per quanto attiene le attività da non computare nel calcolo dell'orario di lavoro ai fi-

ni della concessione del riposo giornaliero, il riferimento non potrà che essere la definizione di orario di lavoro contenuta nella direttiva: «qualsiasi periodo in cui il lavoratore sia al lavoro, a disposizione del datore di lavoro e nell'esercizio della sua attività o delle sue funzioni, conformemente alle legislazioni e/o prassi nazionali» (articolo 2, punto 1 della direttiva). È più che evidente l'impossibilità di escludere dal calcolo la formazione obbligatoria, la ricerca o la didattica e ogni attività richiesta formalmente dall'azienda, anche considerando le attuali disposizioni contrattuali sull'orario di lavoro. Per quanto riguarda la libera professione, solo quella in favore dell'azienda potrà entrare nel calcolo dell'orario di lavoro.

Carlo Palermo
vicesegretario nazionale vicario
Anao Assomed

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA CHIMERA DELLA STABILIZZAZIONE

Cinque priorità per il dossier giovani

Dopo tante leggi e pochi fatti sulla stabilizzazione dei precari, la partita per i giovani medici si può giocare anche sul tavolo del Ccnl, con cinque priorità.

Il contratto a tempo indeterminato deve essere inteso come una necessità contrattuale di tutela sociale imprescindibile in uno stato di diritto, fondamentale la sua estensione a tutti i contratti a tempo determinato per sanare in via definitiva un "vulnus" della Costituzione, che sancisce all'articolo 1 che l'Italia è una Repubblica democratica fondata sul lavoro.

Riguardo l'anzianità professionale, essa viene riconosciuta in seguito a esito positivo della valutazione del collegio tecnico così come stabilito dal comma 6 dell'articolo 5 del Ccnl 1998-2001 dopo 5 anni di servizio continuativo; tuttavia, nella odierna realtà lavorativa del nostro Paese, per forza maggiore il suo

maturarsi avviene in modalità spesso frazionata, quindi con soluzione di continuità. A tal riguardo vi è la necessità non solo nel riconoscimento dell'esclusività di rapporto, ma anche della graduazione di posizione al compimento di tale anzianità considerando complessivamente tutti i periodi lavorativi maturati, anche con soluzione di continuità.

Sul capitolo carriere, oggi il nostro Ccnl prevede una fase "tutorata" di 5 anni per i dirigenti medici e sanitari così come stabilito dall'articolo 26 del Ccnl 8 giugno 2000, dopo tale periodo vi è la possibilità di accedere a incarichi dirigenziali di livello superiore come: responsabile di struttura semplice, dipartimentale o incarichi di alta specializzazione.

Si propone invece di considerare tre anni anziché cinque con certificazioni di merito validate in modo obiettivo e valorizzando le competenze basandosi su casistiche, skills

e attività di volume lavorativo.

Necessaria poi una reale tutela della gravidanza e la possibilità di estendere il part time anche ai contratti a tempo determinato, cioè per creare condizioni di "welfare familiare" e incentivare le politiche giovanili di creazione e sviluppo della famiglia. Infine, la recente normativa (legge 161/2014) sull'orario di lavoro e riposo dovrà rivedere attraverso lo strumento del Ccnl l'organizzazione delle reperibilità e turni di guardia, quindi nell'ottica di garantire la sicurezza delle cure diviene necessario prevedere dotazioni organiche minime e una corretta programmazione nell'assunzione di personale sulla base di reali esigenze clinico-assistenziali.

Domenico Montemurro
Maurizio Cappiello
Settore Anao giovani

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le leggi sul precariato dei medici

• **Articolo 4 della legge 125 del 30/10/2013** a oggetto «Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni», al fine di favorire la risoluzione del fenomeno del precariato e nel contempo, la valorizzazione della professionalità acquisita dal personale con contratto a tempo determinato, consente alle Pp.Aa. di bandire procedure concorsuali per assunzioni a tempo indeterminato di personale dirigenziale riservate a coloro che sono in possesso di specifici requisiti stabiliti dalla legge

• **Legge 190/2014** (Cristallizzazione dei Fondi della contrattazione integrativa aziendale)

• **Dpcm del 6 marzo 2015** che disciplina le procedure concorsuali per il personale del comparto sanità e appartenente all'area della Dirigenza medica e sanitaria per l'assunzione presso gli Enti del Ssn

• **Comma 543 dell'articolo 1 della legge n. 208 del 28 dicembre 2015** («Legge di Stabilità 2016»), che estende il processo di stabilizzazione al personale con contratti di collaborazione coordinata e continuativa o con altre forme di rapporto di lavoro flessibile con i medesimi Enti, e sposta il criterio temporale necessario per poter accedere al processo di stabilizzazione da 3 anni, anche non continuativi al 30 ottobre 2013 a 3 anni compiuti al momento della pubblicazione del bando. Inoltre la legge prevede un percorso di programmazione regionale dei fabbisogni di personale, al fine di indire procedure di reclutamento straordinarie per eventuali esigenze assunzionali

• **Legge n. 161 del 30 ottobre 2014** diventata attuativa il 25 novembre 2015 (con l'art. 14 riannella l'Italia agli altri Paesi Ue anche per i medici e il personale sanitario su orario di lavoro e riposi)

• Rilevante anche sentenza del tribunale di Trani n. 1528 del 26 ottobre 2015, in cui un medico della Asl Bat, rivendicando l'applicazione della direttiva Ue n. 70/99/Ce e confermando i principi sanciti dalla corte di giustizia Ue su abuso del contratto a termine della Pa ha stabilito che la Asl è sanzionabile e obbligata alla trasformazione del contratto da tempo determinato a indeterminato, poiché nello specifico il giudice ha dichiarato che il medico lavorando per oltre 36 mesi alle dipendenze, il suo rapporto di lavoro doveva essere considerato a tempo indeterminato ai sensi dell'articolo 5, comma 4-bis, del decreto legislativo 368/2001