

18 aprile 2018

Cari Colleghi,

malgrado lo stallo politico legato alla nostra richiesta di vedere riconosciuta la indennità di esclusività di rapporto all'interno della massa salariale, per avere lo stesso incremento contrattuale riconosciuto ad altri settori della sanità, procede il confronto con l'ARAN in sede tecnica. Riteniamo utile ricordare **dieci punti** che riassumono quanto già approvato dalla Direzione Nazionale per costituire gli obiettivi che intendiamo perseguire con il prossimo Ccnl.

OBIETTIVI GENERALI

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

MATERIE E ISTITUTI CONTRATTUALI

1. MODELLO CONTRATTUALE

L'attuale modello contrattuale deve essere in parte modificato prevedendo:

- un CCNL che normi un modo più stringente rispetto al passato i principi, le norme regolatorie e di garanzia di tutti gli istituti e materie contrattuali, e indichi precisi criteri generali attuativi riducendo la discrezionalità aziendale;
- un contratto integrativo aziendale che, attraverso gli istituti propri, dia attuazione alle disposizioni contrattuali nazionali, senza tralasciare le specificità aziendali.

Per quanto riguarda invece il ruolo che può esercitare l'Istituzione Regione, a legislazione invariata, si può mantenere l'attuale ruolo di indirizzo nei riguardi dell'Aziende Sanitarie presenti nel proprio territorio attraverso il **mantenimento dell'istituto del confronto politico-sindacale** su un ridotto **numero di materie e/o istituti contrattuali** (dalle attuali 11, presenti nell'art. 5, CCNL 17 ottobre 2008, a non più di 5), selezionando quelle più strategiche ai fini della specificità regionale e non regolamentate in modo stringente dal CCNL e/o dalla Legislazione nazionale. Occorre prevedere la **pariteticità dei poteri di ambedue le parti** (Regione e OO. SS. regionali) nella scelta di attivare il "confronto regionale" e delle materie contrattuali fra quelle previste su cui esercitare tale confronto.

2. CERTEZZA ATTUATIVA

Una delle criticità maggiori del modello contrattuale, accentuatasi negli ultimi 10–12 anni, è l'assoluta rarefazione in quasi tutte le aziende della "certezza e correttezza attuativa". Questa piaga è divenuta attualmente insostenibile per dimensione e diffusione con il rischio che il CCNL sia percepito e considerato come un inutile libro dei sogni dinanzi al plateale e sistematico non rispetto delle sue norme da parte delle aziende e delle stesse parti pubbliche che li hanno sottoscritti. Nessuna categoria e nessun sindacato può resistere a lungo ad una "balcanizzazione" attuativa ed a una conseguenziale deriva giudiziaria, lunga e spesso dagli incerti risultati!

Questa criticità deve essere drasticamente corretta riducendo lo spazio di autonomia interpretativa ed attuativa al livello aziendale (anello debole) e introducendo norme regolamentari e di tempistica attuativa per il livello periferico più stringenti ed improrogabili.

Utile, infine, la istituzione di un'authority nazionale di garanzia (questo ruolo potrebbe essere svolto dall'ARAN) che, a denuncia circostanziata valuti in tempi brevi e certi l'esistenza o meno di violazioni di norme contrattuali e tempistica definiti nel CCNL e, in caso di presenza di violazioni contrattuali ed in assenza di precedenti, convochi le parti per tentativo di conciliazione con correzione delle violazioni, previa segnalazione formale alla Regione ed ai ministeri competenti.

3. LIVELLO DI MAGGIORANZA CONTRATTUALE NELLA CONTRATTAZIONE AZIENDALE

Attualmente l'art. 43 del D. Lgs. 165/2001 sancisce qual è il livello minimo di maggioranza sindacale per la stipula di un CCNL e qual è il livello minimo (51 %) per la stipula di un Contratto Integrativo periferico nel caso siano state individuate in modo elettivo le R.S.U. (Rappresentanze Sindacali Unitarie) Aziendali.

La suddetta Legge nulla dice per la stipula del Contratto Integrativo periferico (Aziendale), nel caso esistano solamente le R.S.A. (Rappresentanze Sindacali Aziendali) e di fatto rinvia l'eventuale definizione di ciò ai Contratti Collettivi Nazionali, i quali presentano un vuoto a questo proposito. Attualmente l'unico pronunciamento ufficiale esistente in merito è quello fornito dall'ARAN in data 15.2.2002 (prot. n. 1702) in cui vengono esortate le Aziende ad utilizzare come criterio fondamentale nella stipula dei Contratti Integrativi Aziendali il: "Raggiungimento del maggior consenso possibile"!

Risulta evidente la necessità di colmare questa dimenticanza normativa al fine di rendere oggettivo il calcolo delle maggioranze per gli accordi integrativi aziendali prevedendo un quorum minimo di consenso sindacale identico a quello previsto per le RSU.

4. PRINCIPI RIGUARDANTI L'ACCESSO ALLA DIRIGENZA DEL RUOLO SANITARIO

Attraverso il CCNL si può ridurre il peso dei limiti alla carriera attualmente presenti nel periodo iniziale di dipendenza (dirigente del ruolo sanitario in formazione) prevedendo il primo scatto dopo 3 e non 5 anni e la ricostruzione delle carriere frammentate.

Occorre inoltre introdurre un tetto all'uso dei contratti atipici di qualunque natura.

5. MODELLO NAZIONALE DI CARRIERA

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

1. È fortemente sbilanciato nei gradi alti verso una maggiore premialità delle competenze gestionali – amministrative piuttosto di quelle tecnico-professionali sanitarie, malgrado il CCNL del 2006 abbia suggerito alla fase attuativa aziendale di metterle in linea di principio su un ugual piano.

2. La tassonomia delle tipologie di posizioni funzionali, previste nell'architettura nazionale di carriera verticale presente nel CCNL vigente, è molto generica e non è chiaramente espressiva delle competenze e responsabilità professionali, nonché del livello gerarchico connesso.
3. La tassonomia delle posizioni funzionali affidate al livello locale è difficilmente traducibile al livello nazionale in chiari profili di responsabilità e competenza professionale, per cui i curriculum sono spesso non comparabili.
4. La selezione per l'affidamento di posizioni funzionali di livello elevato nella graduazione verticale della carriera (ad eccezione dell'incarico di Direttore di U.O.C.) è di tipo discrezionale, basata su valutazioni soggettive del dirigente sovraordinato, non collegate ad alcun criterio oggettivo di merito.
5. Complessivamente la cosiddetta "graduazione" degli incarichi dirigenziali è svolta in modo diverso da azienda ad azienda, con risorse diverse, con traduzione in incarichi di posizione non paragonabili, con una vera e propria "invasione" della discrezionalità politica nell'attribuzione degli incarichi a scapito della valutazione tecnico-professionale. Ciò determina forte incertezza, diffuse iniquità e demotivazione della categoria rispetto al percorso di carriera atteso.

E' necessario individuare al livello di CCNL un **nuovo profilo di carriera verticale** dei dirigenti del ruolo sanitario che:

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

6. ORARIO DI LAVORO E RIPOSI

Per la letteratura scientifica internazionale è ormai assodato che gli eccessi lavorativi con mancanza di riposi adeguati, a maggior ragione se perduranti e/o associati a deprivazione del sonno, costituiscono una delle cause più importanti di errori professionali e di danno per la salute dei lavoratori. Questa consapevolezza scientifica è stata tradotta dalla Comunità Europea in indirizzi regolamentari obbligatori per gli Stati membri.

Il Legislatore Italiano, nel recepire e fare proprie queste disposizioni, per anni ha negato ai dirigenti medici e sanitari dipendenti delle Aziende Sanitarie (comma 13, art. 41, Legge 133/2008) il diritto ad evitare eccessi lavorativi prolungati e ad usufruire di riposi nei modi e nei limiti previsti per gli altri lavoratori italiani (D. Lgs. 66/2003) e europei (Direttiva 2003/88 C. E.) Tale vulnus, dopo ripetuti interventi della Commissione Europea promossi dall'AnaaO, è stato definitivamente eliminato e pertanto per la dirigenza del ruolo sanitario le norme in materia di orario di lavoro e giusto riposo sono state riallineate alle disposizioni Europee dal 25 novembre 2015.

Alcune condizioni specifiche dovranno essere definite in sede contrattuale nazionale.

Segreteria Nazionale

Via XX Settembre 68 - 00187 Roma

Tel. 064245741 - Fax 0648903523

segreteria.nazionale@anaao.it

segreteria.nazionale@anaao.postecert.it

www.anaao.it

Per quanto riguarda l'**orario di lavoro**:

- limite quantitativo massimo di orario di lavoro settimanale;
- limite massimo di ore di lavoro straordinario pari a 250 annuali;

Sarà inoltre opportuno introdurre attraverso il CCNL il concetto normativo di **BANCA ORE INDIVIDUALE** dove ciascuno depositare le ore di lavoro aggiuntivo effettuate, le quali potranno essere in parte o in toto pagate o recuperate (se le esigenze di servizio lo permettono) a volontà dell'interessato, nel rispetto comunque degli accordi aziendali integrativi in merito.

7. MODELLI ORGANIZZATIVI MINIMI DEL LAVORO

Per quanto riguarda **l'orario di lavoro ed i riposi**, la Legge esplicita in modo chiaro i requisiti minimi da rispettare.

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

La normativa contrattuale di base vigente in materia (art. 19 e 20 del CCNL 1996) **non è più rappresentativa della situazione lavorativa attuale**, perché ideata allora in base alla realtà sanitaria esistente negli anni '90, quando la intensità delle attività espletate, sia in regime di ricovero e sia in regime ambulatoriale, e di conseguenza i carichi di lavoro reali, era molto inferiore a quella attuali. Inoltre tale normativa non tiene conto della cultura della prevenzione del rischio clinico ed organizzativo e della tutela della salute del lavoratore mediante le norme sull'orario di lavoro e sui riposi.

Nel confermare il dettato dell'allegato 2 al CCNL del 2005 (*"razionalizzazione ed ottimizzazione delle attività connesse alla continuità assistenziale ed urgenza/emergenza"*), sarà necessario correggere il riferimento presente alle "Aree funzionali omogenee", come bacino su cui organizzare le "guardie interdivisionali", perché, introdotto dalla normativa per i concorsi di assunzione dei dirigenti del ruolo sanitario, non rappresenta un criterio guida basilare previsto dal Legislatore per l'individuazione e l'attuazione delle organizzazioni sanitarie.

Introduzione di limiti quantitativi dei turni di guardia

In considerazione delle nuove disposizioni legislative vigenti in materia di orario di lavoro e di riposi, e delle correlazioni dirette di queste con la sicurezza e la tutela della salute dei pazienti e dei lavoratori della sanità, bisognerà introdurre con il CCNL limiti quantitativi non superabili, anche prevedendo la esenzione a domanda al raggiungimento di una determinata età anagrafica, quali:

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

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

Introduzione di limiti quantitativi per le pronte disponibilità notturne

Anche in questo caso bisognerà introdurre con il CCNL limiti quantitativi non superabili più cogenti rispetto a quelli previsti dalla normativa vigente (art. 19 e 20 del CCNL 1996), in relazione a:

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

Segreteria Nazionale

Via XX Settembre 68 - 00187 Roma

Tel. 064245741 - Fax 0648903523

segreteria.nazionale@anaao.it

segreteria.nazionale@anaao.postecert.it

www.anaao.it

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

Nella nuova normativa inerente la pronta disponibilità, dovranno essere sancite le ricadute dei turni notturni di questa sul piano di lavoro di ciascun dirigente che li effettua conseguenti alle disposizioni legislative sui riposi. Si dovranno inoltre individuare degli indicatori quantitativi medi di numero di chiamate in pronte disponibilità sostitutiva della guardia notturne eseguite in 4 mesi oltre cui diventa doverosa l'attivazione della guardia attiva notturna.

8. SISTEMA PREMIANTE

Questo sistema è quasi inesistente, perché il perdurevole blocco dei fondi a cui recentemente si è aggiunta la riduzione delle U. O. C. e delle U. O. S., in applicazione degli standards dell'AGENAS, lo ha bloccato.

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

Questo sistema, nella quasi totalità delle aziende, è del tutto soggettivo ed arbitrario. La "pagella" di valutazione individuale erroneamente utilizzata dalle aziende si basa su criteri di valutazione non previsti né dalla Legge maggiore né dal CCNL vigente. Inoltre il "premio economico" in palio è spesso irrisorio.

Bisogna introdurre attraverso il CCNL una nuova condizione economica premiante che bilanci la deriva solamente penalizzante presente, per cui un giudizio positivo, quando non concorre a realizzare una crescita verticale della carriera, determina una crescita economica della retribuzione di specificità medica. Questo comporterebbe l'introduzione di una nuova voce stipendiale appartenente alla Retribuzione Accessoria, costituita da: **specificità medica variabile individuale.**

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

Per gli altri dirigenti del ruolo sanitario che non hanno una equivalente voce stipendiale bisognerebbe introdurre anche per loro una nuova voce simile ad es.: **specificità sanitaria variabile individuale.**

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

9. INCREMENTO DEL TABELLARE

Spostare una quota di salario accessorio (risultati o posizione contrattuale) sul tabellare per ottenere benefici previdenziali per i giovani ed i meno giovani

10. DEFINIZIONE CERTA DELLA MASSA SALARIALE E RIA

Inserimento della indennità di esclusività nella massa salariale a titolo definitivo, almeno a partire dal CCNL 2019-2021, e sblocco certificato della RIA a partire dal gennaio 2018, o dal mese successivo alla stipula del CCNL 2016-2018

Costantino Troise
Segretario Nazionale Anaa Assomed

