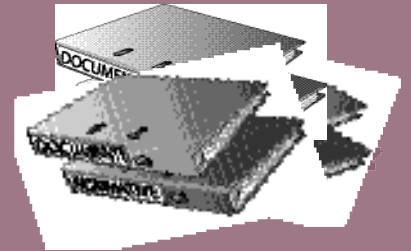


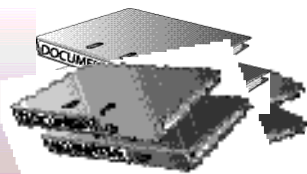
Documenti



Dalla legge n. 138, 26 maggio 2004
Interventi urgenti per fronteggiare situazioni
di pericolo per la salute pubblica

Testo del disegno di legge su
“Principi fondamentali in materia di S.S.N.”

Atto di indirizzo del comitato di settore
del comparto sanità



Dalla legge 26 maggio 2004, n. 138

Interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica

Il C.d.R. de "Il Medico ospedaliero e del territorio" ritiene utile pubblicare le disposizioni di più diretto interesse della nostra categoria relative alla legge 26 maggio 2004, n. 138 (G.U. n. 125 del 29 maggio 2004), che è la "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 29 marzo 2004, n. 81, recante interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica".
Pubblichiamo solo gli articoli 2-septies e 2-octies, con alcune note di commento e chiarimento, anche se il provvedimento anzidetto contiene altre norme importanti relative: all'istituzione del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie con analisi e gestione dei rischi, previamente quelli legati alle malattie infettive e diffuse e al bioterrorismo; all'istituzione di un Istituto nazionale specifico sulla genetica molecolare; alla diffusione dello screening del cancro del colon retto per il triennio 2004-2006 e al consolidamento degli interventi in atto per lo screening del cancro alla mammella e del collo dell'utero, nonché disposizioni di interesse diretto per i Colleghi a rapporto convenzionale con il S.S.N.

Ecco il testo coordinato dell'art. 2-septies della legge 138/2004:

Art. 2-septies

1. Il comma 4 dell'articolo 15-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è sostituito dal seguente:

«4. I soggetti di cui ai commi 1, 2 e 3 possono optare, su richiesta da presentare entro il 30 novembre di ciascun anno, per il rapporto di lavoro non esclusivo, con effetto dal 1° gennaio dell'anno successivo. Le regioni hanno la facoltà di stabilire una cadenza temporale più breve. Il rapporto di lavoro esclusivo può essere ripristinato secondo le modalità di cui al comma 2. Coloro che mantengono l'esclusività del rapporto non perdono i benefici economici di cui al comma 5, trattandosi di indennità di esclusività e non di indennità di irreversibilità. La non esclusività del rapporto di lavoro non preclude la direzione di strutture semplici e complesse».

2. Il termine di cui al comma 3 dell'articolo 15-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è differito alla data della stipulazione del relativo contratto collettivo nazionale di lavoro successivo all'entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto. Sono fatti salvi gli effetti degli atti amministrativi definitivi, emanati dagli organi preposti nel periodo intercorrente tra il 1° gennaio 2003 e la data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, compiuti in ottemperanza delle disposizioni previste dal citato comma 3 dell'articolo 15-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

COMMENTO E CHIARIMENTI

Il provvedimento in questione (che rappresenta la conversione in legge di un emendamento, presentato dalla Casa delle Libertà in sede di approvazione del D.L. 81/2004, avente lo stesso significato della proposta di legge Casellati) cancella, al comma 1, la cosiddetta "irreversibilità" del rapporto di lavoro esclusivo. Infatti il vecchio comma 4 dell'art. 15-quater del D.Lgs. 502/92, e successive modificazioni e integrazioni, ora modificato, recitava: «Il dirigente

sanitario con rapporto di lavoro esclusivo non può chiedere il passaggio al rapporto di lavoro non esclusivo».

La nuova norma in questione interessa quindi, in via teorica, tutti i medici a rapporto esclusivo, i quali tuttavia, se confermeranno il rapporto esclusivo in essere, manterranno anche la relativa indennità di esclusività di rapporto.

La richiesta di revoca del rapporto esclusivo va presentata entro il 30 novembre di ogni anno, con effetto dal 1° gennaio dell'anno successivo; la revoca dell'extramoenia continua invece ad essere possibile, se richiesta entro il 31 dicembre dell'anno precedente, e produrrà i suoi effetti dal 1° gennaio dell'anno successivo.

Sono possibili più passaggi dall'intra all'extramoenia e viceversa.

Se la norma in questione (comma 1) sarà applicata correttamente e nella sua interezza, la non esclusività non dovrebbe più precludere alla direzione di strutture semplici e complesse, eliminando così una grave discriminazione a danno dei Colleghi extramoenisti. È evidente che il comma 1 rappresenta un successo politico-sindacale per il nostro sindacato, ma il provvedimento rivela anche la fretta e l'approssimazione che lo hanno caratterizzato. Infatti:

- il comma 1 dell'art. 2-septies modifica solo il comma 4 dell'art. 15-quater del D.Lgs. 502/92, e s.m. e i., e non altre disposizioni, contenute nella legge 448/98 o nel D.Lgs. 229/99 o nel CCNL vigente, che ancora fanno riferimento alla irreversibilità del rapporto esclusivo e alla inibizione, per gli extramoenisti, all'assunzione degli incarichi di direzione di strutture semplici e complesse. Né, nel provvedimento in esame, è adottata la formulazione generica: "Sono abrogate le disposizioni contrarie alla presente norma";

- non possono neppure essere considerate abrogate, almeno fino alla sottoscrizione del nuovo CCNL di area medica 2002/2005, le vecchie disposizioni che discriminavano economicamente, e ancora discriminano, gli extramoenisti (riduzione della componente fissa della retribuzione di posizione; abbattimento del 50% della retribuzione di posizione di parte variabile; azzeramento della retribuzione di risultato);

- inoltre molte Regioni (Emilia Romagna in testa) sono contrarie a questa modifica del regime di esclusività e, dopo la revisione del Titolo V della Costituzione, che ha ampliato i loro poteri in materia sanitaria, non è escluso che alcune di esse siano tentate di "fare da sé" anche su questa materia (ordinamento del personale);

- infine, visto che la "non esclusività di rapporto di lavoro non preclude la direzione di strutture semplici e complesse", come poter "sanare" la discriminazione patita da tanti Colleghi, che hanno avuto "la carriera stroncata" proprio per la scelta di libertà a favore della professione extramuraria?

Insomma, crediamo che l'applicazione del 1° comma dell'art. 2-septies della legge 138/2004 sarà contrastata e alimenterà un nutrito contenzioso.

Per quanto riguarda il comma 2, si può ben dire che la disposizione giunga "fuori tempo massimo". Infatti affermare che "il termine di cui al comma 3 dell'art. 15-bis del D.Lgs. 502/92" (che inizial-

mente fissava la morte del tempo definito, per contratto, al 1/12/2001, morte più volte rinviata per legge fino al 31/12/2002) "è differito alla data della stipulazione del relativo contratto collettivo nazionale di lavoro successivo all'entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto", e contemporaneamente prevedere che "sono fatti salvi gli effetti degli atti amministrativi definitivi, emanati dagli organi preposti nel periodo intercorrente tra il 1° gennaio 2003 e la data di entrata in vigore del presente decreto" (è ormai passato circa un anno e mezzo!), significa intervenire quando la categoria degli ex tempo definitisti si è già ridotta da qualche migliaia a qualche decina di persone. Troppo tardi, nonostante che anche questa sia una vittoria (del genere "punitiforme") della CIMO-ASMD, e di essa sola.

Ecco, infine, il testo coordinato dell'art. 2-octies della legge 138/2004:

Art. 2-octies

1. Al comma 1, dell'articolo 34 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, il secondo periodo è sostituito dal seguente: «Fermo restando il principio del rispetto del tempo pieno, il medico specializzando e il laureato in medicina e chirurgia partecipante al corso di formazione specifica in medicina generale possono esercitare le attività di cui all'articolo 19, comma 11, della legge 28 dicembre 2001, n. 448, nei limiti delle risorse finanziarie alle stesse attività destinate».



"Il Medico ospedaliero e del territorio" pubblica lo schema di disegno di legge Sirchia sulla cosiddetta "governance clinica", approvato dal Consiglio dei Ministri del 3 giugno 2004, in una versione che risulta profondamente riveduta (a seguito delle critiche dei Governatori regionali e dei managers delle aziende sanitarie) rispetto al testo iniziale del dicembre 2003.

Testo del disegno di legge su "Principi fondamentali in materia di S.S.N."

Art. 1

Principi fondamentali in materia di Servizio sanitario nazionale

1. Le Regioni disciplinano il rapporto di lavoro della dirigenza medica e sanitaria e l'organizzazione dei servizi delle aziende sanitarie in base ai principi fondamentali individuati ai sensi dell'art. 1, comma 4, della legge 5 giugno 2003, n. 131, nonché ai seguenti principi:

a) il governo delle attività dinamiche, la programmazione, l'organizzazione, lo sviluppo e la valutazione delle attività tecnico-sanitarie sono assicurati con il diretto coinvolgimento del Collegio di direzione dell'azienda; al fine di promuovere nelle aziende sanitarie, prioritariamente nelle aziende ospedaliere sedi di strutture e servizi di alta specialità, lo sviluppo della funzione di governo clinico e la conseguente adozione di programmi di miglioramento continuo della qualità e dell'efficienza delle prestazioni, il Governo e le Regioni, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 131/2003, stipulano in sede di Conferenza per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province auto-

COMMENTO E CHIARIMENTI

Il D.Lgs. 17 agosto 1999, n. 368, è il provvedimento che ha attuato la direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati e altri titoli, nonché altre successive direttive CEE.

L'art. 34 del D.Lgs. 368/99, al comma 1, primo periodo, recita: «1. La formazione specialistica dei medici ammessi alle scuole universitarie di specializzazione in medicina e chirurgia, di tipologia e durata di cui all'art. 20 e comuni a tutti o a due o più Stati membri, si svolge a tempo pieno».

Il secondo periodo dello stesso comma è quello su riportato, di cui all'art. 2-octies della legge 138/2004.

Le attività, di cui all'art. 19, c. 11, della legge 448/2001, che possono essere svolte dai laureati in medicina e chirurgia, anche durante la loro iscrizione ai corsi di specializzazione o ai corsi di formazione specifica in medicina generale, sono: «sostituire a tempo determinato medici di medicina generale convenzionati con il Servizio sanitario nazionale ed essere iscritti negli elenchi della guardia medica notturna e festiva e della guardia medica turistica, ma occupati solo in caso di carenza di disponibilità di medici già iscritti negli elenchi della guardia medica notturna e festiva e della guardia medica turistica».

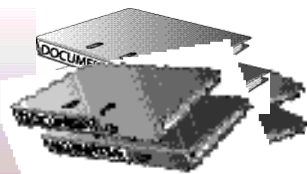
Tali Colleghi in formazione specialistica possono così incrementare il loro attuale misero compenso con sostituzioni saltuarie, in modo da tentare di correggere in parte la loro difficile condizione.

nome di Trento e Bolzano, apposta intesa anche per individuare le forme più idonee che assicurino una funzione permanente di coordinamento delle modalità e delle relative responsabilità attribuite in materia di governo clinico ai direttori di dipartimento;

b) con la intesa di cui alla lettera a) si provvede, altresì, a garantire che le verifiche delle attività professionali siano effettuate da Collegi tecnici presieduti dal responsabile aziendale del coordinamento clinico e composti da esperti nelle relative discipline, estranei all'azienda, designati dal Collegio di direzione, garantendo la presenza del dirigente sovraordinato e del direttore sanitario aziendale;

c) le funzioni igienico-organizzative dei presidi ospedalieri restano affidate a direttori sanitari di presidio ospedaliero, con la specializzazione in Igiene, medicina preventiva e organizzazione sanitaria o, in assenza, a un medico che abbia un'esperienza di cinque anni nei relativi servizi;

d) gli incarichi di dirigente di struttura complessa del ruolo sanita-



rio sono conferiti esclusivamente previa selezione per avviso pubblico; le commissioni, presiedute dal responsabile del coordinamento clinico, valutano distintamente i titoli professionali, scientifici e di carriera posseduti dai candidati e individuano una terna dei migliori concorrenti, nell'ambito della quale il direttore generale effettua la scelta salvo diversa motivata determinazione; qualora i candidati risultati idonei siano in numero minore di tre, la procedura di selezione può essere ripetuta per una sola volta prima di assegnare l'incarico;

e) con l'intesa di cui alla lettera a), per l'attribuzione dell'incarico di dirigente medico responsabile dei servizi di diagnosi e cura delle strutture sanitarie private accreditate, i requisiti professionali sono identici a quelli richiesti al personale delle strutture pubbliche nonché le relative procedure selettive analoghe a quelle previste nelle predette strutture.

2. Fermo restando il principio dell'invarianza della spesa, fino all'emanazione dei decreti legislativi di cui all'art. 1, comma 4, della legge 5 giugno 2003, n. 131, e salva la potestà legislativa regionale da esercitare in base ai principi desumibili dalle leggi statali vigenti, il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni è modificato come segue:

a) al comma 2, primo periodo, dell'articolo 15-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, dopo le parole «direttore generale», è aggiunta la parola «esclusivamente» e dopo la parola «commissione» sono aggiunte le seguenti parole: «Che terrà conto distintamente dei titoli professionali, scientifici e di carriera posseduti dai candidati nonché dei crediti di attività di formazione continua (Ecm) maturati nel triennio precedente alla data del bando. La Commissione procede alla selezione dei migliori concorrenti in ragione del rispettivo giudizio complessivo; il direttore generale ha facoltà di scelta fra i primi tre candidati selezionati dalla Commissione; la procedura selettiva deve essere ripetuta almeno una volta se i candidati dichiarati idonei nella prima selezione sono in numero inferiore a tre. L'eventuale scelta fuori dalla terna deve essere specificamente e congruamente motivata con riferimento ai titoli posseduti dal candidato prescelto; su tale scelta deve essere acquisito il preventivo parere del Collegio di direzione»;

b) all'art. 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni è aggiunto il seguente comma: «2-ter. Il Collegio di direzione formula parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza. Le decisioni del direttore generale in contrasto con il parere del Collegio di direzione sono adottate con provvedimento motivato»;

c) all'art. 17-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni è aggiunto il seguente comma: «4. Il direttore di dipartimento clinico-ospedaliero è nominato dal direttore generale su proposta della maggioranza dei direttori delle strutture complesse costituenti il dipartimento. L'organizzazione del dipartimento prevede una funzione amministrativa dedicata all'esercizio della responsabilità di tipo gestionale di cui al comma 2, senza ulteriori oneri a carico del bilancio aziendale».

3. Fino all'emanazione della disciplina regionale di cui al comma 1, nei presidi ospedalieri in cui insistono le strutture o i servizi di alta specialità elencate nel decreto del ministro della Salute 29 gennaio 1992 il coordinamento clinico nel presidio è assicurato, senza ulteriori oneri a carico del bilancio aziendale, da un medico nominato, su proposta dei dirigenti sanitari responsabili di struttura comples-

sa riuniti in apposito consesso, dal direttore generale tra i predetti dirigenti. Il responsabile del coordinamento clinico rimane titolare della struttura complessa cui è preposto e decade dalla funzione con il decadere del direttore generale.

Art. 2

Limiti di età

1. Il limite massimo di età per il collocamento a riposo dei dirigenti medici del Servizio sanitario nazionale, ivi compresi i direttori di struttura complessa, è stabilito al compimento del sessantacinquesimo anno di età fermo restando quanto previsto dall'articolo 16 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 503.

2. Le aziende sanitarie, per particolari esigenze assistenziali, possono trattenere in servizio, previo assenso dell'interessato, i direttori di struttura complessa fino al compimento del settantesimo anno di età.

3. Il personale medico universitario di cui all'art. 102 del Dpr 11 luglio 1980, n. 382, con incarico di direzione di struttura complessa, svolge le ordinarie attività assistenziali fino al compimento del settantesimo anno di età, ivi compreso il biennio di proroga di cui all'articolo 16 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 503. In caso sia mantenuto in servizio dopo il compimento del settantesimo anno di età in base a disposizioni di stato giuridico della docenza universitaria, al personale è conferito ai sensi del comma 4 dell'art. 5 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 un incarico che implichi lo svolgimento delle attività assistenziali connesse all'attività didattica, ma non comporti l'attribuzione di responsabilità, e della connessa attività, di direzione di struttura complessa, semplice o di programma.

COMMENTO

Come avete visto, è scomparsa la figura istituzionale del "coordinatore clinico", che avrebbe dovuto affiancare il direttore generale nella gestione aziendale, presiedere il Collegio di direzione, estromettere in direttore sanitario.

Lo stesso assetto della futura "governance clinica" viene ora demandato ad intese Stato-Regioni.

Il disegno di legge individua tuttavia la funzione del "coordinamento clinico", che sarà incarnata da un medico, nominato dal direttore generale su proposta dei (e tra i) dirigenti sanitari responsabili di struttura complessa, e che resterà in carica fino al decadere dello stesso direttore generale.

Le funzioni igienico-organizzative vengono lasciate ai direttori sanitari.

Si "fa finta" di dare una qualche serietà nella selezione degli incaricati della direzione di strutture complesse: gli incarichi dovranno essere preceduti da "selezioni per avviso pubblico"; le Commissioni di valutazione dovranno essere presiedute dal responsabile del coordinamento clinico aziendale, analizzare i titoli professionali, scientifici e di carriera dei candidati, indicare infine la "terna" dei migliori concorrenti.

Qualora gli "idonei" fossero individuati in numero inferiore a tre, "la selezione può essere ripetuta per una sola volta prima di assegnare l'incarico".

Il responsabile aziendale (medico) del coordinamento clinico presiederà anche il Collegio tecnico per le verifiche professionali, affiancato da esperti esterni all'azienda, ma anche dal "dirigente sovraordinato" rispetto al valutando e dal direttore sanitario.

Ritornerebbe, pateticamente e per i soli primari, la pensione a 70 anni, mentre per tutti gli altri dirigenti sanitari varrebbe la vecchia età pensionabile (65 anni, più i due anni aggiuntivi ai sensi del D.Lgs. 503/92). Anche se si cerca di attenuare la portata della

norma, in quanto le aziende sanitarie "possono" (non debbono) mantenere in carica "per particolari esigenze assistenziali" gli ex primari fino ai 70 anni e, naturalmente, "previo assenso dell'interessato", la disposizione appare veramente inopportuna, se non addirittura potenzialmente dannosa.

Come vedete, ancor prima di iniziare il lungo e pericoloso percorso parlamentare, lo schema di disegno di legge Sirchia è già stato "sconfitto", depotenziato, mortificato. Questo conferma come lo stesso Ministro Sirchia sia una figura "perdente", infatti:

- questo Governo non ha una politica e una strategia sanitaria complessiva;
- si continua ad intervenire con punzecchiature di disturbo su singoli aspetti della riforma sanitaria Bindi, senza produrre né un disegno riformatore organico, né benefici in termini di efficacia, qualità, credibilità e sostenibilità del Servizio sanitario pubblico;

• basta ben meno del Ministro Tremonti per mettere all'angolo l'attuale Ministro della Salute, come hanno dimostrato, anche in questo caso, i Governatori delle Regioni, i direttori generali delle ASL, gli Assessori regionali alla Sanità, ecc.;

• con una figura così debole di Ministro della Salute, è evidente che bisogna guardare con preoccupazione ai fenomeni in atto di decentramento, regionalizzazione, devoluzione in materia di gestione e organizzazione sanitaria;

• la politica, quella con la "p" minuscola, ha confermato ancora una volta di avere le mani ben salde sulla gestione della Sanità, con gli effetti deprimenti che possiamo constatare giornalmente.

C.d.R.

ATTO DI INDIRIZZO COMITATO DI SETTORE DEL COMPARTO SANITÀ

Area Dirigenza Medica e Veterinaria
(rinnovo contrattuale 2002/05)

parte normativa 2002/2005 – parte economica 2002/2003

LINEE GENERALI

Il Comitato di Settore assume la seguente direttiva per attivare le procedure di rinnovo contrattuale per l'Area della Dirigenza Medica e Veterinaria relativamente al quadriennio 2002/05 e biennio economico 2002/2003, ai sensi dell'art. 47 d.lgs 165/01 e successive modifiche.

Il Comitato di Settore indica i seguenti indirizzi generali:

a. Il presente atto di indirizzo viene assunto in linea con la direttiva intersettoriale, recependone i principi generali e gli obiettivi prioritari della tornata contrattuale in essa individuati, armonizzandola con quanto di seguito precisato per adeguarla alle esigenze del Settore.

b. Il sistema di contrattazione collettiva, ispirandosi ai principi e al processo di privatizzazione e contrattualizzazione del rapporto di lavoro di cui al D.lgs n.165/01 e successive modifiche, è articolato su due livelli:

1. nazionale
2. aziendale.

Tuttavia, mentre il contratto nazionale deve essere alleggerito nella sua architettura, rinviando alle Regioni la definizione di alcuni istituti, il livello aziendale, nel rispetto dei principi di decentramento e di federalismo che hanno trovato pienamente conferma nelle disposizioni di cui alla legge Costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001, che ha modificato il titolo V della Costituzione, deve essere preceduto dall'azione di indirizzo e coordinamento della Regione che comunque va prevista nello stesso CCNL.

TITOLO I ISTITUTI ECONOMICI

1.Contenuti

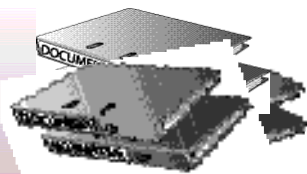
Il Comitato di Settore individua i seguenti incrementi contrattuali:

a) definizione e disponibilità delle risorse (con riferimento al monte salari 2001) .

A seguito di quanto disposto dalla legge finanziaria nazionale n. 350 del 24 dicembre 2003 all'art.3 comma 52, in ordine alla copertura della quota di risorse relative all'accordo per il personale delle Pubbliche Amministrazioni del 4 febbraio 2002, la quantificazione delle risorse-stimate in base alle rilevazioni operate dal Comitato di settore – risulta essere quella riportata nella tabella allegata sub 1).

Nella destinazione delle risorse derivanti dallo 0,50% e 0,99% (su Monte Salari 2001) per l'anno 2003 all'incentivazione della produttività, si terrà conto di quanto stabilito dalla legge finanziaria 2003 e dagli accordi Governo-OO.SS. del 4-6 febbraio 2002.

È facoltà della Regione, in presenza di avanzi di amministrazione e pareggio di bilancio delle Aziende ovvero della realizzazione annuale di programmi, correlati ad incrementi quanti/qualitativi di attività del personale, finalizzati al raggiungimento del pareggio di bilancio, confermare anche per il biennio 2002-2003 le risorse aggiuntive per la contrattazione integrativa nella misura massima



dell'1% previsto nell'art. 10, comma 2, del CCNL 8/6/2000 – II° biennio economico Area della Dirigenza medica e Veterinaria, così come applicato nelle singole Regioni. Nel caso di utilizzo delle suddette risorse i relativi importi sono destinati alla sola produttività.

b) Finalizzazione delle risorse

b1) Il CCNL garantirà l'incremento del trattamento fondamentale stabilito secondo la dinamica inflattiva.

b2) Le restanti risorse sono destinate per finanziare la contrattazione integrativa finalizzandole in particolare all'istituto della retribuzione di risultato, sulla base delle indicazioni regionali.

c) Contabilizzazione delle risorse.

Nella quantificazione dei costi contrattuali e nella loro finalizzazione, come indicato nei punti precedenti, l'impegno di ciascuna Regione (e conseguentemente il costo complessivo nazionale del contratto) non può superare il 5,66% del Monte Salari 2001; in questa logica è superato il sistema della perequazione interregionale.

d) Indennità di esclusività

In relazione all'entrata in vigore della normativa in materia contenuta nel Decreto Legge n. 81/2004 convertito con Legge n. 138/2004, i cui effetti sui rapporti di lavoro si produrranno dal 1° gennaio 2005:

- si conferma il trattamento economico denominato "indennità di esclusività" come definito nel precedente CCNL, ivi compresa la previsione circa la non inclusione della relativa voce stipendiale nell'ambito del Monte Salari (art. 5, comma 2 CCNL 1998/2001, secondo biennio economico);

- ferma restando la conferma della corresponsione dell'indennità di cui sopra, per quanto riguarda il finanziamento dell'indennità, si opererà una verifica circa le risorse risparmiate e la consistenza del finanziamento, così come peraltro previsto dall'art. 11 del CCNL biennio 2000-2001.

TITOLO II ISTITUTI GIURIDICI

Contenuti

Il Comitato di Settore assume due elementi di riferimento oltre a quanto già espresso nelle linee generali:

a) il consolidamento dei contenuti acquisiti nella contrattazione 1998/2001;

b) la sistematizzazione del contratto 1998/2001 attraverso l'introduzione di eventuali modifiche intervenute nel quadro normativo.

I seguenti indirizzi generali si vengono, quindi, a collocare all'interno degli elementi sopra espressi:

1. Assetto del modello di contrattazione.

Si ritiene opportuno:

a) rafforzare il coordinamento regionale ex art. 7 CCNL 1998/2001, prevedendo in tale ambito un giusto equilibrio tra l'azione regionale e la sfera di autonomia propria delle aziende sanitarie;

b) prevedere il rinvio esplicito al tavolo regionale di alcune materie oggetto di contrattazione, con fissazione dei principi generali, per i quali il Comitato si riserva un successivo atto di indirizzo per le materie che non hanno già avuto una disciplina di principio nel presente atto.

2. Sistema di valutazione la disciplina della materia di agli artt. 31 e seguenti del CCNL 1998/2001, individua due appositi organismi preposti alla valutazione della dirigenza: il Collegio tecnico (introdotto dal D.lgs 229/99) e il Nucleo di Valutazione, quest'ultimo oggi superato da quanto introdotto dal D.lgs 286/99 (controlli

interni).

Al fine di esemplificare e di semplificare la procedura di valutazione, il Comitato di Settore indica di inserire nel contratto 2002/2005 un articolato che dia una disciplina uniforme e compiuta a tale istituto alla luce dei

cambiamenti legislativi in atto, definendo:

a) la correlazione tra valutazione delle prestazioni e retribuzione di risultato, subordinando l'erogazione di quest'ultima a momenti di verifica intermedia e a consuntivo;

b) gli organismi preposti alla verifica con indicazioni più specifiche alle aziende in merito all'attivazione del sistema del controllo interno;

c) le procedure di valutazione più semplificate ribadendo la coerenza tra la valutazione di risultato e la valutazione professionale;

d) gli ambiti e i soggetti coinvolti nella prima e nella seconda istanza di valutazione.

Indicati i principi, per gli ulteriori aspetti deve essere stabilito un rinvio alla competenza regionale, in considerazione dello stretto rapporto con le linee applicative in materia di organizzazione prevista dall'art. 2 del D.lgs 502/92 e successive modificazioni.

Infine, allo scopo di dare piena applicazione al sistema di valutazione, il Comitato di Settore ritiene necessario individuare un termine entro il quale le aziende devono soddisfare l'andata a regime del sistema di valutazione.

3. Contratto individuale di lavoro dei dirigenti: nel riconfermare quanto previsto dall'art. 13 del CCNL 1998/2001, va introdotta la possibilità di inserimento di clausole di risoluzione del contratto concordate tra le parti e le cui tipologie possono essere individuate dal tavolo regionale. Tra l'altro, deve essere prevista una tutela a favore delle Aziende che hanno assicurato significativi investimenti, anche formativi, nei confronti del dirigente che chieda unilateralmente di cessare dal rapporto di lavoro per qualunque motivo prima che sia trascorso un congruo periodo di lavoro di permanenza nell'Azienda stessa.

Il CCNL dovrà individuare un termine entro il quale le aziende ed i dirigenti devono soddisfare l'obbligo di sottoscrizione dei contratti individuali, prevedendo sanzioni in caso di inadempienza.

4. Fondi contrattuali: rimane confermata in sede di contrattazione nazionale la disciplina dei tre fondi contrattuali (risultato, accessorio e posizione) unitamente alla definizione delle modalità della loro costituzione, tenuto conto di quanto previsto nei punti 7 e 8. In particolare è necessario:

• superare eventuali automatismi di rivalutazione dei fondi derivanti da aumenti di personale, lasciando alla sfera della autonomia aziendale e del coordinamento regionale la valutazione della correlazione tra le necessità dell'azienda, l'istituto della retribuzione di risultato e la rivalutazione delle risorse;

• rafforzare il meccanismo di riduzione dei fondi conseguente alle riduzioni di organico determinate da processi di riorganizzazione, fatta salva la facoltà già prevista dall'attuale meccanismo contrattuale di redistribuire in ambito aziendale i fondi a seguito di riduzione stabile di personale in relazione e nel rispetto dei risparmi aziendali stabiliti in sede di definizione di bilancio.

Individuati i principi generali, il CCNL rinvierà la disciplina a indicazioni regionali nell'ambito delle quali potranno essere formulati criteri di distribuzione delle risorse tra aziende coinvolte nei processi di riorganizzazione.

5. Orario di lavoro e ferie: vanno confermati e rinforzati i seguenti principi:

a) ferma restando l'individuazione dell'orario di lavoro contrattuale di cui all'art. 16 comma 2 del CCNL 98/2001, trattandosi di perso-

nale della qualifica dirigenziale l'orario di lavoro ulteriore dovrà essere finalizzato al perseguimento degli obiettivi aziendali correlati alla retribuzione di risultato. Il debito orario individuerà quindi l'impegno necessario al raggiungimento degli stessi;

b) nel confermare, inoltre, la disposizione di cui all'art. 17 del CCNL 1998-2001, si evidenzia la necessità che la presenza del dirigente responsabile di struttura complessa, rilevata tramite sistemi oggettivi e comunque non inferiore a quanto previsto nel punto precedente, sia coerente con l'organizzazione del lavoro e con gli obiettivi di attività istituzionale assegnati all'unità operativa diretta;

c) dovranno essere previsti strumenti che assicurino trasparenza e controllo da parte dell'Azienda nella distinzione del tempo di lavoro impiegato per l'espletamento dell'attività istituzionale e dell'attività libero professionale;

d) nell'ambito del monte ore specificamente destinato alla formazione, le Aziende prevederanno la partecipazione di professionisti ai piani di formazione al fine di corrispondere agli obblighi dell'Education Continua in Medicina. Pertanto la destinazione alla formazione delle quattro ore settimanali dovrà essere rfinalizzata alla luce del nuovo sistema e sulla base di programmi formativi aziendali oggetto di confronto con le Organizzazioni Sindacali, ricomprensivi anche la "formazione sul campo" come previsto dall'Accordo 20/05/2004 tra il Ministero della Salute e le Regioni sul programma di formazione continua e coerentemente con gli indirizzi regionali in materia;

e) la fruizione delle ferie costituisce un diritto-dovere del dirigente. Le ferie, tenuto conto della programmazione del lavoro in relazione alle esigenze di servizio, devono essere fruite utilizzando nell'arco dell'anno tutti i periodi possibili con l'obiettivo di essere esaurite entro l'anno solare di maturazione.

In materia, definiti i principi generali, il CCNL rinvierà la disciplina di dettaglio a indicazioni regionali.

6. Rapporti di lavoro a tempo definito: il CCNL dovrà recepire le previsioni in materia poste dal D.L. n. 81/2004 convertito con legge n. 138/2004, riservando alle Regioni l'emanazione di indirizzi coerenti con le scelte organizzative maturate rispetto all'istituto di cui trattasi.

7. Prestazioni e orari aggiuntivi: va previsto nel contratto nazionale un rinvio esplicito alle Regioni per la disciplina della correlazione tra fondo per il trattamento accessorio legato alle condizioni di lavoro straordinario e fondo per la retribuzione di risultato sviluppando un apposito sistema di controllo, monitoraggio e governo degli orari - prestazioni aggiuntive. In proposito devono essere individuati nel CCNL i principi generali al fine di far rientrare tali orari - prestazioni nell'ambito del risultato, tenendo conto anche della possibile acquisizione delle stesse.

8. Condizioni di lavoro: vanno individuati strumenti di valorizzazione delle aree di maggior disagio tra cui, a titolo esemplificativo, l'attività di elisoccorso e il servizio di guardia, unitamente alle relative modalità di finanziamento, tenuto conto della possibile correlazione tra il fondo per la retribuzione di risultato ed il fondo per il trattamento accessorio legato alle condizioni di lavoro, di cui al punto 4. Stabilito il principio generale, tale materia è oggetto di contrattazione integrativa, previo indirizzo regionale.

9. Comitato dei Garanti: nel confermare l'esigenza di un organismo terzo di garanzia, a tutela della trasparenza e correttezza dei procedimenti di recesso anticipato dal rapporto di lavoro dei dirigenti, si ritiene opportuno che, previa una valutazione sull'esperienza maturata, la negoziazione collettiva proceda a eventuale

adeguamenti, nei poteri e nelle modalità di funzionamento del Comitato dei Garanti di cui all'art. 23 del CCNL 1998/2001.

Ciò nell'ottica di uno snellimento delle procedure del Comitato ed al fine di orientare i pareri dello stesso esclusivamente alla valutazione della sussistenza, nei casi specifici sottoposti, dei presupposti di recesso ex art. 36 CCNL 5/12/96.

10. Azioni positive per la riduzione delle liste di attesa: la normativa contenuta nel D.L. n.81/2004 convertito con Legge n.138/2004, modificando il carattere di irreversibilità dell'opzione per il rapporto di lavoro esclusivo, rende necessario l'intervento, nell'ambito dello strumento contrattuale, che individui azioni positive per la riduzione delle liste di attesa. Tali azioni si dovranno concretizzare in una migliore finalizzazione dell'attività istituzionale quale strumento prioritario per la riduzione delle liste di attesa, garantendo un adeguato rapporto con l'attività in regime libero professionale intramoenia ed extramoenia. Ciò dovrà attuarsi, nell'ambito della negoziazione di budget, tramite una più efficace responsabilizzazione dei professionisti, con particolare riferimento ai responsabili di struttura, prevedendo meccanismi virtuosi orientati a tale scopo, quali, tra gli altri, l'individuazione di ambiti orari per l'attività istituzionale e l'adozione di misure, omogenee e fra i dirigenti in entrambi i regimi, in caso di significativo spostamento degli obiettivi delle riduzioni delle liste di attesa concordati.

11. Autorizzazioni delle attività non rientranti nella libera professione intramoenia: in analogia con il personale del comparto ed ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. 165/01, nonché in applicazione a quanto previsto alla lettera a) "linee generali" del presente atto di indirizzo, si ritiene opportuno armonizzare il dettato contrattuale con l'art. 53 sopra richiamato.

TITOLO III PARTE CONCLUSIVA

• Devono essere rafforzati i rapporti tra l'ARAN e il Comitato di Settore in sede di confronto nazionale, confermando le sfere di competenze previste dal D.Lgs n.165/01 che assegna lo status di soggetto contraente all' ARAN.

Inoltre l'ARAN, terminata ogni attività relativa alla fase della negoziazione e definizione del contratto di lavoro, ivi compresa l'interpretazione autentica delle clausole contrattuali ai sensi dell'art. 49 del D.Lgs 165/01, esplicherà l'attività di assistenza prevista dall'art. 46 del medesimo decreto legislativo su richiesta delle Regioni - Comitato di Settore.

• Si ritiene necessario coordinare i testi contrattuali e le discipline degli istituti attualmente vigenti, migliorando l'omogeneità e semplificando la terminologia. Si ritiene in particolare opportuna la redazione nell'apposito testo unico .

Roma, 17 giugno 2004

COMMENTO: A noi pare che il Comitato di settore abbia scelto la via "gattopardesca" di riscrittura del nuovo "atto di indirizzo": lo riscrive, ma senza modificare in nulla lo "spirito" del vecchio documento, semplicemente rendendo il nuovo testo ancora un po' più ambiguo e criptico. Non possiamo pertanto ringraziare gli estensori del nuovo atto (Colozzi e Soci), come evidentemente non abbiamo ringraziato i vecchi Autori.

C.d.R.

