



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

**COMPARTO SANITÀ**

**ATTO DI INDIRIZZO**

**Personale dei livelli**

*Triennio contrattuale 2016 – 2018*

**Roma, 27 luglio 2017**

## TITOLO I

### LINEE GENERALI DI CONTESTO E I CAPISALDO DEL RINNOVO

Il Comitato di Settore Comparto Regioni - Sanità formula il seguente atto di indirizzo ai sensi dell'art. 41 commi 1 e 2 e dell'art. 47 commi 1 e 2 D.lgs n.165/2001 modificato dal D.lgs n. 75 del 25/05/2017, finalizzato all'avvio delle procedure per il rinnovo contrattuale del personale dei livelli per il triennio 2016-2018.

#### 1. Quadro di riferimento.

Il Comitato di Settore Regioni - Sanità nell'ambito delle presenti linee di indirizzo, prende atto dei contenuti e degli obiettivi richiamati da:

- Legge 28 dicembre 2015 n.208 (Legge di stabilità 2016), con particolare riferimento alla modifica dell'art.41 del D.lgs n.165/01 che ha modificato le competenze e i vincoli di mandato dei Comitati di Settore;
- Legge 7 agosto 1015 n.124 “Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle Pubbliche Amministrazioni”;
- D.lgs n. 74 del 25 maggio 2017 “Modifiche al Decreto Legislativo 27 ottobre 2009 n.150 in attuazione dell'articolo 17, comma 1, lettera r) della Legge 124 del 2015;
- D.lgs n. 75 del 25 maggio 2017 “Modifiche e integrazioni al decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165” che, all'interno di una riorganizzazione complessiva e completa del rapporto di lavoro nel Pubblico Impiego, ha introdotto molteplici elementi di fondo e di dettaglio impattanti con il rinnovo contrattuale, anche dei lavoratori del comparto sanità, del triennio 2016 – 2018;
- Contratto Collettivo Nazionale Quadro “per la definizione dei comparti e delle aree di contrattazione collettiva nazionale”, sottoscritto da ARAN e Organizzazioni Sindacali il 4 aprile 2016, nel quale si rideterminano i comparti della contrattazione collettiva (art.2) ed in particolare quello della Sanità (art.6) e delle aree dirigenziali (art.7);

- Atto di indirizzo emanato dal Ministro della Funzione Pubblica e l’Innovazione in qualità di Presidente del Comitato di Settore delle Funzioni Centrali, per le parti comuni riguardanti l’intero universo del lavoro pubblico ed in particolare l’assetto delle risorse finanziarie disponibili, la revisione del modello di relazioni sindacali con riferimento agli ambiti contrattuali e alcune delle materie di carattere generale riformulate o individuate ex – novo dalle recenti disposizioni normative (D.lgs n.75 del 25 maggio 2017).

## **2. Una premessa**

Il Comitato di Settore, tenendo conto che la nuova stagione contrattuale nell’ intero comparto Sanità si viene a collocare in uno scenario profondamente modificato rispetto a quello che ha prodotto il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro 2008-2009, assume queste linee di indirizzo alla contrattazione considerando alcuni elementi di contesto generale che si ritengono utili al fine di delineare un rinnovo contrattuale coerente con il consolidamento e lo sviluppo del modello organizzativo che il Legislatore ha inteso dare alla Pubblica Amministrazione.

Innanzitutto va evidenziato che si tratta di un rinnovo contrattuale che giunge dopo due trienni di blocco della contrattazione disposto ex Legge D.L. n.78/2010 e ss. e si innesta in un sistema di lavoro pubblico considerevolmente trasformato nella sua consistenza quali - quantitativa, nelle sue linee retributive e nella dinamica dell’ordinamento professionale, per effetto, principalmente, di interventi connessi a manovre di finanza pubblica sia centrale che a livello regionale.

Il riordino del lavoro pubblico perseguito dal Legislatore, fonda uno dei suoi assi portanti nella rimodifica del rapporto tra legge e contrattazione con la conseguente individuazione delle materie riservate alla legge e materie riservate alla contrattazione con possibilità di deroga nelle materie affidate alla contrattazione collettiva ai sensi dell’art. 40 comma 1 e nel rispetto dei principi stabiliti dal D.lgs n.165/2001. Questa direttiva riconsidererà nei punti seguenti la tripartizione delineata e considererà gli ambiti di intervento di deroga introdotte dal D.lgs n. 75/2017, tenendo conto che nello stesso decreto risulta confermata la contrattazione nella pubblica amministrazione nello stesso schema di quella svolta nell’universo privato ovvero i due livelli: Nazionale, con caratteristiche di pieno sviluppo in ambito definito dalla legge, e Aziendale con caratteristiche integrative su materie espressamente assegnate a tale livello dal Contratto Nazionale, fermo restando che lo spazio di deroga è riservato esclusivamente al Contratto nazionale di Lavoro.

In quest’ambito va individuata una giusta, coerente ed equilibrata soluzione contrattuale che permetta e favorisca l’intervento di ogni singola Regione nelle materie pur definite a livello nazionale,

ma che abbisognano di un indirizzo regionale per accompagnare positivamente i processi di riforma che nei singoli territori si perseguono.

### **3. Le linee di contesto generale**

Il Comitato di Settore, preso atto del quadro descritto, intende caratterizzare le presenti linee di indirizzo alla contrattazione nazionale di settore, coerentemente con gli elementi di fondo che, quindi, vengono assunti nel loro spirito evolutivo:

- i rinnovi contrattuali vanno considerati come strumento funzionale all' attuazione del Patto per la salute e della conseguente valorizzazione del lavoro nel Servizio Sanitario Nazionale;
- le profonde modifiche intervenute nell' impianto organizzatorio istituzionale del Servizio Sanitario Nazionale hanno comportato un notevole impatto sull' organizzazione complessiva delle Aziende, sul lavoro e finanche sullo "status" delle professioni operanti nel Servizio Sanitario medesimo per cui diventa indispensabile che ad esse il Contratto Collettivo Nazionale dia una risposta efficace e coerente;
- una risposta è ancor più necessaria tenuto conto che il complesso insieme di modifiche e integrazioni citato è avvenuto in più fasi temporali e con interventi sia del Legislatore Nazionale e sia delle Regioni (intese singolarmente e nei loro Organismi di partecipazione) e, non ultimo, della Commissione Europea attraverso alcune importanti Direttive, per cui la necessità di una revisione sistematica, coerente e organica delle materie centrali in qualsiasi rinnovo contrattuale (ordinamento, risorse, semplificazioni di disposizioni desuete, superate o che mostrano il logorio del tempo) assume il carattere di indispensabilità;
- in altri termini tale insieme si è inserito in un contesto normativo e contrattuale storicamente definito e consolidato, creando una stratificazione di disposizioni e la presenza di alcune disorganicità, ovvero incoerenze, alle quali questa stagione contrattuale deve dare necessariamente risposta.

Gli interventi richiamati hanno tratto, a loro volta, origine e motivazione in ambiti diversi tra cui si ricordano le nuove linee economiche e la necessità di rivedere i modelli organizzativi (o alcune delle loro parti) a seguito delle modificate norme regolanti il "mondo professionale". La complessità del quadro, che si è venuta così a determinare, difficilmente è riscontrabile in un altro comparto della Pubblica Amministrazione e dei servizi.

#### 4. Le due linee caposaldo di intervento

Per i motivi sopra delineati le esigenze primarie del rinnovo contrattuale 2016-2018 diventano:

- a. *l'individuazione di una corretta, coerente ed equilibrata soluzione per uniformare le disposizioni contrattuali al modificato quadro normativo*, tenendo presente che:
  - tale esigenza trova conforto proprio nei risultati che si registrano a seguito del profondo riordino organizzatorio che si è verificato assieme, e a volte guidato, dall' oramai pluriennale condizione di contenimento delle risorse unitamente ai costi;
  - il nuovo assetto organizzatorio si fonda su un delicato equilibrio tra strutture e funzioni, dove accanto ad una rivista struttura ospedaliera per acuzie, articolata funzionalmente e strutturalmente per dipartimenti, si è consolidato un modello organizzativo per intensità di cure e dove il rapporto tra ospedale e territorio è segnato dalla coesistenza di strutture organizzate secondo i modelli preesistenti, magari con forti differenziazioni tra singole realtà regionali;
  - come previsto anche dal Patto per la Salute e dal D.M. n.70/2015 si stanno realizzando ospedali di comunità o reparti a bassa intensità di cura a gestione infermieristica, nonché si sta attuando, anche con il rinnovo degli specifici ACN della medicina generale, pediatria di libera scelta, specialistica ambulatoriale e farmaceutica, il nuovo modello di cure primarie operante 24 ore al giorno e per 7 giorni alla settimana avendo come corollario la realizzazione dell'integrazione socio – sanitaria;
  - questo assetto organizzativo, per molti versi e in molte realtà tuttora “in progress”, ha già prodotto importanti risultati di impatto sul versante contrattuale e del personale, i più rilevanti dei quali appaiono essere una consistente riduzione degli incarichi di “alta professionalità”;
  - occorre considerare l'evoluzione legislativa recentemente intervenuta per le Agenzie per la protezione dell'ambiente;
- b. La ricerca di soluzioni che introducano importanti elementi utili a favorire la motivazione del professionista e, in quest' ambito, la revisione dell'assetto contrattuale del trinomio carriere – rapporto tra professioni – risorse (quantificazione e certezza) assume carattere centrale;
  - L'importanza dell'elemento motivazionale ovvero della ricerca di fattori finalizzati a motivare al meglio i professionisti rappresenta la giusta risposta per la valorizzazione del grande

patrimonio di professionalità e coglie, nella sua composizione complessiva, un elemento di straordinaria ricchezza e nella sua articolazione interna il fattore determinante per il rilancio del sistema, fermo restando la indispensabile messa a punto delle linee di rapporto contrattuale tra le professioni che deve essere improntato alla chiarezza e alla trasparenza del quadro delle responsabilità;

- in questa logica di necessario adeguamento dell'assetto contrattuale va considerata attentamente l'evoluzione scientifica, tecnologica e dei bisogni emergenti che ha investito e si accompagna allo sviluppo ed all'evoluzione, in atto da tempo, in ambito delle professioni sanitarie infermieristiche - ostetrica, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione che sono state oggetto e soggetto negli ultimi anni di una profonda riforma formativa ed ordinamentale;
- per queste motivazioni ed in questo quadro è indispensabile far sì che i rinnovi contrattuali diventino funzionali e strumentali ai processi di riorganizzazione in atto nel S.S.N., ad iniziare dall'attuazione delle scelte strategiche dal nuovo assetto per intensità di cure, favorendo la partecipazione, la condivisione, la compartecipazione ed il protagonismo soggettivo e propositivo dei professionisti della salute e l'insieme degli operatori.

## **TITOLO II**

### **LA STRUTTURA CONTRATTUALE E IL SISTEMA DELLE RELAZIONI SINDACALI**

#### **1. La struttura contrattuale**

Tenuto conto che nel D.lgs n.75/2017 trovano conferma i due livelli di contrattazione in maniera del tutto omogenea con quanto in essere nel “*mondo privato*” ovvero il Contratto Collettivo Nazionale e quello Collettivo Integrativo Aziendale, appare indispensabile innovare il processo negoziale rivedendo la logica e la struttura del contratto stesso, delineando, altresì, un CCNL che includa tutele, garanzie minime contrattuali, di natura ordinamentale, omogenee per tutto il personale e, nel contempo, ampli gli spazi di autonomia procedurale, assegnando una equilibrata rilevanza ai contenuti della contrattazione integrativa aziendale, che proprio al fine di sviluppare al meglio la sua funzione e area di competenza ha assoluto bisogno che il CCNL preveda un puntuale e rinnovato quadro di regole e certezze.

In altri termini, va potenziato il ruolo di indirizzo e di garanzia del CCNL, semplificando alcuni elementi che nel tempo si sono stratificati e assegnando un importante peso all'ambito della contrattazione aziendale.

Va altresì riaffermato, sviluppato e rilanciato il ruolo di sostegno attuativo del “confronto regionale”, all'interno dell'ambito già assegnato allo stesso dai Contratti Collettivi Nazionali, e finalizzato a favorire la coerenza dell'applicazione contrattuale, per le materie che necessitano della fase di integrazione di 2° livello (Aziendale), con i processi di riorganizzazione in atto in ogni singola Regione.

Questo riconfermato assetto contrattuale va rivisitato accuratamente al fine di rispondere positivamente ad una delle criticità più rilevanti che si sono osservate nel vigente modello contrattuale e cioè “la *certezza attuativa*”, che rappresenta una esigenza oggettiva di tutte le parti firmatarie del CCNL.

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

## **2. Il sistema delle relazioni sindacali**

Considerato che anche l'area dei livelli è stata investita da un profondo mutamento, voluto dal legislatore e confermato dall'accordo quadro sulle aree negoziali del 4 aprile 2016, di esso va tenuto opportunamente conto in sede di prima applicazione individuando, se e per quanto necessario, gli opportuni adattamenti di modello, assunta la consapevolezza del carattere strutturale di questo rinnovo contrattuale, in termini di fondamentale strumento tendente a favorire l'attuazione del “Patto per la Salute”. Va determinato un modello di relazioni sindacali che, fondandosi sui consolidati principi di “correttezza e buona fede”, veda la partecipazione delle rappresentanze sindacali nelle varie fasi di riorganizzazione del SSN, al fine di favorire la condivisione e consenso nonché il contributo di idee e sapere che rappresenta un valore assoluto.

Una partecipazione che, nel considerare la puntuale riaffermazione delle singole sfere di responsabilità e competenza, preveda precise sedi e puntuali modalità di coinvolgimento dei soggetti firmatari del contratto collettivo e la chiara definizione delle materie oggetto di ogni articolazione del sistema di relazioni sindacali, nell'ambito della normativa vigente.

Questa necessaria scelta è supportata dall'articolo 5 del Patto per la Salute che sancisce che *“Per un efficientamento del settore delle cure primarie, si conviene che è importante una ridefinizione dei ruoli, delle competenze e delle relazioni professionali con una visione che assegna a ogni professionista responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni e obiettivi, abbandonando una logica gerarchica per perseguire una logica di governance responsabile dei professionisti coinvolti prevedendo sia azioni normativo/contrattuali che percorsi formativi a sostegno di tale obiettivo”*.

Questo concetto è stato rafforzato dall' articolo 22, sempre del Patto per la Salute che prevede che *“Al fine di garantire la nuova organizzazione dei servizi sanitari regionali, con particolare riferimento alla riorganizzazione delle rete ospedaliera, ai servizi territoriali e le relative forme di integrazione, alla promozione della salute e alla presa in carico della cronicità e delle non autosufficienze e di garantire un collegamento alla più ampia riforma della Pubblica Amministrazione, si conviene sulla necessità di valorizzare le risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale e di favorire l'integrazione multidisciplinare delle professioni sanitarie e i processi di riorganizzazione dei servizi, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica”*.

Inoltre, l'Accordo ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo le Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, recante istituzione di una Cabina di regia per il coordinamento nazionale sulla regolazione della vita professionale ed organizzativa degli operatori del sistema sanitario, individua le Organizzazioni Sindacali come protagonista fattivo dei processi di nuova organizzazione del S.S.N.

La consapevolezza che trattasi di una particolare e fondamentale fase di avvio di profonde e radicali modifiche dell'organizzazione del lavoro nel settore, porta a considerare importante, al fine di favorire la comprensione e la condivisione, il coinvolgimento dei professionisti che operano nel S.S.N. e delle loro organizzazioni sindacali, fermo restando il quadro di responsabilità, competenze ed autonomie definite dal legislatore ed avendo cura di assicurare l'allineamento tra la normativa nazionale e la disciplina contrattuale dei modelli di relazione sindacale.



Il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro dovrà contenere una chiara risposta alle materie che il D.lgs n.75/2017 attribuisce alla facoltà di deroga da parte del Contratto Collettivo Nazionale medesimo, questo al fine di sviluppare, anche in quest'ambito, il quadro di certezze per il governo e la gestione delle risorse umane nelle singole realtà aziendali.

### **TITOLO III**

#### **DISPONIBILITA' DELLE RISORSE**

##### **1. Definizione delle disponibilità delle risorse**

La legge di stabilità per l'anno 2016 (articolo 1, comma 466, della legge 28 dicembre 2015 n. 208, come modificato dall'art. 1, comma 369, della legge 11 dicembre 2016, n. 232) ha previsto, in applicazione dell'art. 48, comma 1 del D.lgs n. 165/2001, risorse pari a 300 milioni di euro al lordo degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione, a decorrere dall'anno 2016, da destinare al rinnovo dei contratti collettivi di lavoro dipendente delle amministrazioni statali, con riferimento al periodo contrattuale 2016-2018, nonché ai miglioramenti economici del personale in regime di diritto pubblico dipendente delle medesime amministrazioni.

L'art. 48, comma 2 del D.lgs. n.165/2001 stabilisce inoltre che le risorse per gli incrementi retributivi per il rinnovo dei contratti collettivi nazionali delle amministrazioni regionali, locali e degli enti del servizio sanitario nazionale, nonché delle università, degli enti pubblici non economici, degli enti e delle istituzioni della ricerca, ivi compresi gli enti e le amministrazioni di cui all'art. 70, comma 4 del medesimo decreto legislativo, siano posti a carico dei rispettivi bilanci.

Per quanto concerne amministrazioni regionali e locali ed enti del servizio sanitario nazionale, la stessa norma specifica che le risorse siano definite dal Governo, nel rispetto dei vincoli di bilancio, del patto di stabilità e di analoghi strumenti di contenimento della spesa, previa consultazione con le rispettive rappresentanze istituzionali del sistema delle autonomie.

In attuazione della legge di stabilità del 28/12/2015 n. 208, è stato emanato il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 18 aprile 2016, con cui sono stati determinati gli oneri per la contrattazione collettiva nazionale per il triennio 2016-2018 del personale dipendente da amministrazioni, istituzioni ed enti pubblici diversi dall'amministrazione statale, applicando i medesimi parametri previsti per la determinazione degli oneri posti a carico del bilancio dello stato. La legge n. 232 del

11/12/2016 al comma 367, dell'articolo 1, dispone, da ultimo che con il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di cui al comma 365 si provvede anche ad aggiornare, in coerenza con quanto previsto dalla citata lettera a) del comma 365, i criteri di determinazione degli oneri per la contrattazione collettiva nazionale per il triennio 2016/2018 del personale dipendente da amministrazioni, istituzioni ed enti pubblici diversi dall'amministrazione statale di cui al predetto decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 18 aprile 2016.

All'interno di questo quadro il Comitato di Settore Regioni - Sanità prende atto:

1. dei contenuti del DPCM del 18 aprile 2016, prevedendo che le risorse complessivamente disponibili per gli incrementi da riconoscere nell'ambito del rinnovo contrattuale siano pari per il triennio, allo 0,4% del monte salari 2015;
2. della procedura prevista dal legislatore per la definizione dei criteri e dei principi atti alla quantificazione delle disponibilità economiche per la contrattazione nazionale collettiva nei comparti della Pubblica Amministrazione ed in particolare l'art. 48, commi 1 e 2 del D.lgs n.165/2001 e l'art. 1, commi 466 e 469 della Legge n. 208/2015;
3. del successivo DPCM 27 febbraio 2017 il legislatore ha provveduto a ripartire il fondo di cui al comma 365 della legge n. 232 del 11/12/2016, per le tre finalità dallo stesso individuate, specificando, in particolare, che gli importi destinati alla contrattazione collettiva sono rispettivamente individuati nello 0.36%, nell'1.09% e all'1.45% del monte salari utile ai fini contrattuali determinato sulla base dei dati del conto annuale 2015 di cui all'art. 60 del D.lgs n.165/2001;
4. che gli importi sopra delineati per gli anni 2016, 2017 e a decorrere 2018, si aggiungono in ciascuno dei medesimi anni a quelli già determinati per il pagamento della indennità di vacanza contrattuale, corrisposta a decorrere dal 2010;
5. Il medesimo DPCM, in coerenza con quanto previsto dal citato comma 367, ha altresì specificato che le amministrazioni, istituzioni ed enti pubblici di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo n. 165 del 2001 diverse dall'amministrazione statale determinano gli oneri da porre a carico dei propri bilanci per la contrattazione collettiva nazionale del personale dipendente per il triennio 2016-2018, applicando i medesimi parametri previsti per la determinazione degli oneri posti a carico del bilancio dello Stato;

6. Il complessivo quadro delle risorse finalizzate al rinnovo dei contratti di lavoro sin qui descritto dovrà essere completato attraverso la previsione, nella prossima legge di bilancio, della quota di stanziamento ancora occorrente per dare attuazione ai contenuti dell'intesa del 30 novembre 2016. Gli impegni sottoscritti rimangono così subordinati al reperimento delle ulteriori risorse finanziarie necessarie;
7. dei contenuti degli articoli 23 e 24 del D.lgs n.75/2017 che stabiliscono rispettivamente le modalità di individuazione del punto di partenza dei fondi contrattuali e la clausola di invarianza di spesa.

In analogia a quanto previsto a pagina 4 dell'atto di indirizzo generale le parti valuteranno gli effetti che l'aumento retributivo concordato potrà produrre in relazione ai trattamenti stipendiali del personale collocato nei livelli retributivi più bassi già destinatario di recenti provvedimenti di giustizia sociale – suggerendo, qualora necessario, e nei limiti delle risorse destinate all'obiettivo di incremento contrattuale – eventuali misure correttive.

Il Comitato di Settore Regioni – Sanità con la presa dato dei dati forniti dal Ministero dell'Economia e Finanze, relativa al monte salari 2015 da considerare come base di calcolo in base all'art.48, comma 1, D.lgs n.75/2017, formula la scheda riportata in conclusione del presente atto di indirizzo.

La contrattazione collettiva nazionale dovrà procedere alla allocazione delle risorse contrattuali determinate per il comparto dei livelli, al netto di altri oneri derivanti da eventuali interventi normativi, secondo un criterio di tendenziale proporzionalità tra componenti stipendiali da un lato e da altre voci della retribuzione dall'altro in analogia a quanto previsto per gli altri comparti.

Il Comitato di Settore Regioni – Sanità evidenzia l'opportunità che il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro preveda la possibilità di far ricorso - ove sussistano le condizioni di compatibilità finanziaria ed il rispetto delle disposizioni vigenti in materia di contenimento delle spese di personale - a quanto previsto dall'articolo 16 del decreto legge n. 98/2011 convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 111/2011 e dall'articolo 38, comma 4 lett. b) e comma 5, del CCNL 1998/2001 come modificato dagli articoli 32 e 33 del CCNL 2002/2005.

Si ribadisce l'obbligo dell'accantonamento degli oneri contrattuali da parte degli enti nei relativi bilanci.

## TITOLO IV

### ASSETTO PROFESSIONALE

#### 1. Istituzione delle aree funzionali

La finalità del SSN, come definita dalla Organizzazione Mondiale della Sanità, cioè la tutela della salute come "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia" fa sì che debba essere attuata non solo in un sistema sanitario in senso stretto, bensì dando corso ad un'articolata e complessa attività con più professionisti ed operatori per individuare e conseguentemente modificare quei fattori che influiscono negativamente sulla salute individuale e collettiva promuovendo al contempo quelli favorevoli.

Per supportare tale strategia di promozione del benessere, che trova nel "Patto per la Salute" un forte stimolo attraverso l'integrazione socio-sanitaria, appare opportuno prefigurare nel CCNL la previsione di una specifica area delle professioni socio-sanitarie, in attesa della piena attuazione di quanto previsto dall'art.3 octies del D.lgs n.502/92 in quanto si tratta di giusta scelta del legislatore in un settore, quale quello socio-sanitario, ad elevata espansione per l'attuale quadro demografico ed epidemiologico.

La creazione di questa specifica area delle professioni socio-sanitarie comporterebbe la riscrittura della desueta articolazione del personale nei quattro ruoli (sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo) prevista dall'art.1 del DPR n.761 del 1979 non più aderente all'evoluzione scientifica, tecnologica, normativa e formativa intervenuta nel trentennio successivo e che ha prodotto l'attuale sistema nel quale prevale la *mission* di salute più che di sanità in senso stretto.

E' evidente che l'area delle professioni e degli operatori sociosanitari è una nuova configurazione professionale nell'ambito della quale occorre ricollocare i profili esistenti a rilevanza socio-sanitaria, mentre dovranno, in coerenza, restare esclusi eventuali nuovi profili a rilevanza esclusivamente sociale o esclusivamente sanitaria.

Ad oggi l'unico profilo professionale istituito con una metodologia propria di quest'area è l'operatore socio sanitario che avrebbe, così, una giusta collocazione, risolvendo, alla radice, le questioni controverse legate al suo attuale inquadramento nel ruolo tecnico da una parte e dall'altra porrebbe nella giusta dimensione, il rapporto di collaborazione con le professioni sanitarie e sociali ad iniziare da quella infermieristica.

La costituzione reale di quest'area delle professioni socio-sanitarie potrebbe dar corso a nuove legittimità ed operatività professionali in un ambito di intervento nel quale iscrivere alcune criticità attuali, relative a particolari profili che, nella suddivisione rigida in ruoli, non sono riusciti a trovare una adeguata collocazione e ai quali, invece, appare necessario rispondere positivamente cogliendo l'esigenza di dare ad operatori e professionisti il riconoscimento formale anche nella contrattazione nazionale.

In questa area andrà individuato un inquadramento adeguato e coerente per tutti quei profili professionali che non sono riconosciuti appieno all'interno dell'attuale sistema delle professioni sanitarie, ma che nella visione nuova di tutela della salute, ricoprono funzioni utili ed efficaci per il "piano terapeutico" e per l'intera organizzazione del lavoro.

In altri termini si darebbe così vita ad un nuovo e discontinuo scenario caratterizzato da un diverso pluralismo professionale più adeguato e funzionale non solo ad interpretare, ma anche a soddisfare i bisogni di salute e rispondendo così positivamente all'evoluzione della organizzazione del lavoro nella prevista integrazione socio - sanitaria.

In attesa della istituzione dell'area delle professioni socio-sanitarie, come prevista dal D.lgs. n.502/92 e al fine di adeguare l'articolazione dei professionisti e degli operatori del comparto sanità alla mutata evoluzione scientifica, tecnologica, formativa ed ordinamentale, è opportuno e necessario prevedere la seguente suddivisione del personale nelle seguenti aree prestazionali:

- Area sanitaria, comprendente le professioni sanitarie infermieristiche – ostetrica, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione e le arti sanitarie ausiliarie;
- Area dell'integrazione sociosanitaria comprendente i profili di assistente sociale, di educatore professionale e di operatore socio - sanitario;
- Area di amministrazione dei fattori produttivi comprendente il personale amministrativo, tecnico e professionale;
- Area tecnico-ambientale comprendente i profili operanti in tale ambito nelle Agenzie regionali per l'Ambiente.

La previsione di tali aree prevede la finalizzazione dell'adeguamento dell'organizzazione del lavoro ai nuovi modelli organizzativi dei servizi. In quest'ambito va evidenziato che l'istituzione del modello per aree deve avere carattere esclusivamente funzionale e non comportare in nessun caso incrementi di costo.

## 2. Incarichi

il Comitato di Settore Sanità coerentemente con quanto aveva indicato nella precedente tornata contrattuale, sottolinea l'importanza dell'articolo 6 della Legge n. 43/06 che prevede la funzione di "professionista specialista" nonché quanto contenuto nei decreti istitutivi dei profili professionali ex III comma dell'art.6 del D.lgs n. 502/92 che prevedono l'istituzione di aree di formazione complementare post diploma.

Tale percorso virtuoso, già avviato in alcune Regioni, deve essere previsto e disciplinato all'interno del CCNL, nel rispetto di quanto previsto dall'ordinamento vigente.

Il Contratto Collettivo Nazionale deve prevedere una configurazione di incarichi di lavoro, all'interno della classificazione per categorie vigenti, con riferimento alla categoria D e categoria D livello economico DS, che risponda positivamente alle modifiche di legge richiamate.

Trattandosi di tipologia di incarichi essi assumono le tipiche caratteristiche ovvero la durata temporanea, la procedura per l'assegnazione, la valutazione, la revoca o il rinnovo.

Va, altresì, semplificata e sistematizzata la collocazione contrattuale delle "posizioni" che hanno forti contenuti gestionali oltre che professionali e che si configurano come fattispecie degli incarichi. Tale semplificazione deve riguardare le attuali figure di coordinamento e le posizioni organizzative ipotizzando uno stretto collegamento tra esse e i processi organizzativi sia in termini di funzione (richiesta e svolta), sia in termini di incarico (e le sue dinamiche) e sia in termini di rapporto tra le funzioni gestionali e quelle professionali che continuano ad essere svolte.

Queste posizioni devono trovare esplicito riferimento in modelli organizzativi formalmente definiti ed essere soggetto facilitatore del modello organizzativo prescelto.

Va, inoltre, considerata per il personale amministrativo e tecnico, l'esigenza di rivedere il sistema di conferimento degli incarichi, cogliendo le modifiche dell'organizzazione del lavoro intervenute a seguito dei rilevanti processi riorganizzativi e di riforma all'interno delle singole regioni, tenendo conto delle funzioni gestionali, anche alla luce dei processi di riordino del modello organizzativo (aree vaste e centrale unica degli acquisti, comunque denominate).

Il Contratto Collettivo Nazionale descriverà analogamente a quanto già fatto per l'insieme dei profili, le declaratorie delle competenze proprie degli incarichi di "professionista specialista" e di "pro-

fessionista esperto” delle professioni sanitarie infermieristica - ostetrica, tecnica, della riabilitazione e della prevenzione - nel rispetto di quanto previsto dal profilo professionale, dal percorso formativo e dal codice deontologico, salvaguardando le specifiche competenze professionali degli altri professionisti, ai sensi dell’articolo 1, comma 2, della Legge n. 42 del 1999.

In tale logica e per tale scopo va precisato che:

- a. il Contratto Collettivo Nazionale, al fine di cogliere le innovazioni e trasformazioni intervenute nell’ultimo decennio, dovrà rivisitare le declaratorie dei profili afferenti alla categoria D e alla categoria D - livello economico DS, alla luce dell’innovato sistema di incarichi prevedendo contestualmente apposite procedure per assegnazioni, valutazione, revoca e rinnovo di detti incarichi;
- b. la posizione di “professionista specialista” è attribuita al professionista laureato delle citate professioni sanitarie in possesso del master di primo livello di cui all’art. 6 della Legge n.43/06;
- c. la posizione di “professionista esperto è attribuita al professionista che ha acquisito competenze avanzate, tramite percorsi formativi complementari regionali ed attraverso l’esercizio di attività professionali, anche in virtù di protocolli concordati tra le rappresentanze delle professioni interessate, di quelle mediche e dell’area sanitaria più in generale.

Al riguardo il Comitato di Settore ricorda che è compito dell’Osservatorio nazionale per le professioni sanitarie, ricostituito presso il MIUR con il decreto interministeriale 10 marzo del 2016 – nell’ambito del quale è presente anche il Ministero della salute - la definizione di quali master specialistici possano rispondere agli effettivi bisogni del SSN.

Va ribadito, infine, che in ogni caso tutte le competenze professionali vanno esercitate nel rispetto dei profili, delle declaratorie, dei codici deontologici e della formazione acquisita, fatte salve le competenze previste per gli altri professionisti, sino ad escludere, quelle improprie delle singole figure e profili professionali, con particolare riferimento a quelle domestico- alberghiere ovvero quelle di pertinenza di altre professioni e per esse previste.

Il contratto collettivo nazionale dovrà in definitiva procedere ad una revisione complessiva degli incarichi da realizzarsi, nell’ambito delle disponibilità delle risorse del *fondo per il finanziamento delle fasce retributive, delle posizioni organizzative, del valore comune delle ex indennità di qualifica-*

*zione professionale e dell'indennità professionale specifica*, attraverso la graduazione degli stessi, tenendo conto, per quanto concerne il predetto personale sanitario, anche di quelli di nuova istituzione, e dando espressa indicazione che il conferimento dei predetti incarichi deve comunque avvenire nei limiti delle risorse disponibili allo scopo nel predetto fondo e secondo criteri di selettività.

## TITOLO V

### ISTITUTI DEL RAPPORTO DI LAVORO

#### **1. Valorizzazione della responsabilità professionale**

All'interno del quadro di insieme delineato nel Titolo IV, particolare importanza va data alla revisione profonda delle tipologie e dei sistemi di graduazione degli incarichi e delle funzioni, valorizzando l'esercizio effettivo del carattere di responsabilità.

Questo tema è trasversale a tutte le figure professionali ed in particolare, per esso, si schematizzano i seguenti aspetti:

- istituzione di un sistema di incarichi graduato, con l'attribuzione di un conseguente trattamento economico differenziato in funzione della specifica complessità;
- vanno previsti, altresì, i rapporti contrattuali tra le tipologie di incarichi descritte, al fine di rendere trasparenti e definite le linee di indirizzo sulle quali l'azione aziendale può esplicare la necessaria e propria scelta organizzativa;
- per il personale Arpa va verificato il sistema delle indennità di responsabilità con particolare riguardo alle funzioni ispettive e di controllo in materia ambientale.

Questo sistema, si conferma, che trova finanziamento nelle risorse contrattuali di anno in anno presenti nei fondi del salario accessorio ed è subordinato alla sussistenza delle occorrenti risorse destinate al trattamento economico accessorio.



## **2. Revisione dei passaggi intra-categoria**

Il Comitato di Settore, preso atto di quanto disposto dal legislatore in materia di riserva nei concorsi pubblici ovvero di dinamicità all'interno del Settore Sanità e dei recenti orientamenti giurisprudenziali, ritiene necessario che il nuovo Contratto Collettivo Nazionale ridetermini con assoluta chiarezza le disposizioni di dinamicità interne alle attuali categorie B e D con riferimento ai livelli economici, rispettivamente, Bs e Ds, ovviamente contemperandole con l'assetto generale descritto in precedenza.

Analogamente va posta attenzione al personale collocato nella Categoria A tenendo conto, anche per esso, dell'impatto relativo alle modifiche introdotte dal Legislatore in materia di "riserva dei posti nei concorsi pubblici". Per questo personale si auspica che il Contratto Collettivo avvii una attenta riflessione sulla dinamicità di carriera anche considerando l'intendimento del legislatore contenuto nel D.lgs n.75/2017 ed in particolare per quanto previsto dall'art. 22, comma 15. Il Contratto Collettivo dovrà verificare, ferme restando le risorse disponibili, meccanismi compensativi tendenti ad una graduale valorizzazione di esso.

## **3. Modalità operative per affrontare il processo di invecchiamento dei dipendenti.**

Il progressivo invecchiamento della popolazione, lo spostamento in avanti dell'età pensionabile, la razionalizzazione delle assunzioni sono fattori che richiedono nuovi strumenti di gestione delle risorse umane che il CCNL potrà individuare e suggerire al sistema delle aziende sanitarie senza che ciò comporti oneri aggiuntivi in quanto si dovrà rimanere nell'ambito di indicazioni operative di gestione delle risorse umane

# **TITOLO VI**

## **FINANZIAMENTO DELLA PARTE VARIABILE DEL TRATTAMENTO ECONOMICO**

### **1. Fondi contrattuali**

Vanno definite modalità di riconversione delle risorse tendendo ad una semplificazione complessiva del percorso di costituzione, di computo e di utilizzazione delle medesime. Il riordino e la raziona-

lizzazione dei fondi per il salario accessorio dovranno realizzarsi, nel rispetto del limite complessivo previsto dall'articolo 23, comma 2 del d.lgs. 75/2017, attraverso l'individuazione dello stock di risorse certe e stabili dei fondi e la contestuale semplificazione dei flussi annuali di risorse ad essi destinate che potranno essere alimentati dalle risorse della retribuzione individuale di anzianità del personale cessato dal servizio.

Vanno individuate opportune nuove disposizioni riguardanti in particolare:

- la revisione del sistema che porti ad una graduale armonizzazione con gli altri Settori Pubblici, nel rispetto del limite di cui all'art. 23, comma 2, del D.lgs n.75/2017, con la costituzione di un fondo unico del salario accessorio, fermo restando le finalizzazioni di spesa ed in particolare quelle collegate alle condizioni di lavoro e al disagio che vanno comunque garantite in settore come quello della Sanità che opera con continuità assicurando il servizio 365 giorni/anno e 24ore/giorno;
- vanno stabilite modalità di riconversione delle risorse tendendo ad una semplificazione sia nella costruzione e sia nella loro utilizzazione;
- revisione del sistema di finanziamento della progressioni orizzontali e il suo rapporto, nel comparto sanità con il finanziamento delle posizioni organizzative corrispondenti ai singoli modelli organizzativi formalmente adottati dalle Aziende;
- riconsiderazione delle risorse destinate alle condizioni disagio alla luce delle modifiche intervenute nel sistema;
- quantificazione annuale delle risorse per la retribuzione di produttività con indicatori connessi alla condizione generale della azienda definendo obiettivi e adottando efficienti sistemi di valutazione.

Fermo restando quanto posto al primo punto appare necessaria un'armonizzazione sul territorio nazionale delle modalità di finanziamento degli istituti contrattuali legati alla gestione dei fondi e alla loro necessaria trasposizione nel nuovo assetto contrattuale.

Si conferma inoltre la necessità di semplificazione nella costituzione dei fondi, nel computo e nelle modalità di utilizzo delle relative risorse confermando altresì che tale semplificazione non può che avvenire ad invarianza finanziaria.

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

Il Comitato di Settore Regioni-Sanità ritiene che all'interno di una rinnovata e riaffermata politica di contenimento della spesa coniugata ad un investimento nella risorsa principale del Settore che è rappresentata dal patrimonio delle professionalità, vada puntualmente verificata - come già rappresentato alla pag. 11 - l'opzione prevista dall'art. 16 del decreto legge n. 98/2011 convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 111/2011, che rappresenta uno strumento legislativo in grado di incentivare la partecipazione attiva dei professionisti e degli operatori.

## **TITOLO VII**

### **DISPOSIZIONI PARTICOLARI E RISERVE**

#### **1. Disposizioni particolari**

Nell'ambito della revisione degli istituti contrattuali, derivata dalla necessaria armonizzazione tra gli stessi e le disposizioni vigenti nonché con quanto previsto dal decreto legislativo 75/2017, il Comitato di Settore Regioni e Sanità prevede la riconsiderazione e la rimodulazione dell'insieme delle materie contrattuali attualmente vigenti tra cui si sottolinea:

- la formazione e l'aggiornamento professionale;
- la disciplina dei permessi per visite, prestazioni specialistiche, terapie ed esami diagnostici (art. 55 septies, comma 5 ter, del D.lgs 165/2001) alla luce delle recenti pronunce giurisdizionali e in armonia con quanto previsto nella direttiva del Ministro della Funzione Pubblica del 6 luglio 2017;
- l'orario di lavoro in rapporto alle disposizioni di cui al D.lgs n. 66/2003 e successivi pronunciamenti della Comunità Europea. Questo tema è già stato oggetto di linee di indirizzo di questo Comitato di Settore approvate in data 4 novembre 2015, che si allegano.

In tale ambito, al fine di favorire la certezza di intervento del livello aziendale di contrattazione, va ricordato che il decreto legislativo 150/2009, tutt'ora vigente, sottrae alla contrattazione collettiva le determinazioni per l'organizzazione degli uffici e le misure inerenti alla gestione del rapporto di lavoro, ovvero continuano ad essere escluse dalla contrattazione

collettiva integrativa, materie quali l'articolazione dell'orario di lavoro, comprese turnazioni e reperibilità, nonché l'organizzazione del lavoro nell'ambito degli uffici;

- Il contratto collettivo nazionale dovrà stabilire un tempo minimo di durata delle sessioni negoziali in sede decentrata ai sensi del più volte citato Decreto legislativo n.75/2017;
- in materia di rapporto di lavoro a tempo determinato, nel rispetto del divieto di discriminazione, sulla disciplina dei permessi, assenze e malattia nonché in materia di cessione di ferie e riposi a titolo gratuito, si rimanda a quanto contenuto nell'atto di indirizzo del 6 luglio 2017 del Ministro della Funzione Pubblica;
- per quanto riguarda i dipendenti delle Arpa si pone l'esigenza di rivedere la limitazione riferita alle categorie di dipendenti e al tempo massimo dei turni mensili di reperibilità, superando l'esclusione, in via ordinaria, del personale del ruolo tecnico. La soluzione individuata non deve comportare spesa aggiuntiva ed è finanziata con il fondo del salario accessorio e deve rispettare le disposizioni in materia di orario di cui al D.lgs n.66/2003.
- in materia di part-time, la contrattazione collettiva nazionale dovrà adeguare le disposizioni negoziali attualmente vigenti alle nuove previsioni del D.lgs n.81/2015, tenendo conto delle normative specifiche in materia presenti nel lavoro pubblico. In tale ambito, pertanto, la contrattazione collettiva potrà prevedere la possibilità di chiedere al lavoratore a tempo parziale prestazioni di lavoro supplementare e straordinario, determinandone le quantità consentite ed il relativo compenso.

Per le materie quali il procedimento e la tipizzazione di alcune sanzioni disciplinari, la valutazione delle prestazioni ai fini del trattamento economico accessorio e la mobilità, il contratto collettivo nazionale può esercitarsi nei limiti esclusivi che il decreto stesso pone.

In ultimo, si auspica che si proceda all'armonizzazione delle disposizioni di Legge con l'evolversi del modello di intervento sanitario e della professione sanitaria nonché dei profili amministrativi a seguito dei processi di riforma del lavoro già descritti precedentemente.

## **2. Ambiti innovativi di intervento**

- Welfare contrattuale: il presente rinnovo contrattuale dovrà creare le basi per promuovere forme e schemi di "welfare aziendale" in analogia con le esperienze già da tempo in atto nel

settore privato. Al di là dei vantaggi di natura fiscale, presenta caratteristiche interessanti soprattutto per quanto riguarda i benefici sul clima lavorativo e sui risultati complessivi dell'organizzazione, tali da suggerirne uno sviluppo anche all'interno della pubblica amministrazione. Gli interventi in materia hanno un costo variabile in relazione alla tipologia ed alla platea di destinatari ragion per cui sarà opportuno valutare beneficiari e forme di intervento. La copertura di tali costi dovrà la si dovrà trovare nell'ambito delle risorse destinate alla contrattazione nazionale ed integrativa, in considerazione di una armonica disciplina tra amministrazioni pubbliche.

- Conciliazione tra i tempi di vita e di lavoro: andranno valorizzati gli strumenti che consentono di conciliare tempi di vita e di lavoro. Sarà necessario quindi attuare interventi di armonizzazione tra le discipline contrattuali e le più recenti innovazioni del quadro legale soprattutto in tema di congedi di maternità, paternità e parentali. Si renderà inoltre necessaria una specifica attenzione dedicata al rafforzamento degli istituti e delle soluzioni contrattuali tesi ad assicurare flessibilità oraria attraverso modalità che consentano di conciliare le esigenze delle persone, le esigenze organizzative ed i bisogni dell'utenza. Base di partenza sono gli strumenti già presenti quali banca delle ore e orario multi periodale.
- Previdenza complementare: soprattutto quella basata sui fondi negoziali, è componente fondamentale del welfare contrattuale. Diviene quindi obiettivo fondamentale che la contrattazione persegua futuri interventi di revisione della disciplina legale di riferimento prevedendo anche un aggiornamento dell'accordo quadro del 1999 nonché il completamento delle regole comuni con discipline specifiche di comparto. Ogni possibile soluzione orientata ad incentivare ulteriormente le iscrizioni al fondo Perseo, anche attraverso l'introduzione dell'istituto del silenzio-assenso, dovrà trovare adeguata copertura finanziaria. Occorrerà prevedere l'obbligo per le amministrazioni del comparto delle funzioni locali di informare adeguatamente il personale sulle rilevanza della previdenza complementare nelle politiche di welfare e formare adeguatamente il personale addetto.
- Somministrazione di lavoro a tempo determinato: in coerenza con quanto previsto dall'art. 36 del d.lgs 75/2017, si rende necessario, nell'ambito del presente rinnovo contrattuale, prevedere una nuova e specifica disciplina pattizia in materia. Ferma la disciplina legale di riferimento, ivi comprese le norme speciali applicabili alle pubbliche amministrazioni, il nuovo contratto nazionale di lavoro dovrà individuare, anche in misura non uniforme, limiti quantitativi di utilizzazione dell'istituto del contratto di somministrazione a tempo determinato in misura percentuale contenuta, tenuto conto che tale forma di lavoro flessibile si somma alla

possibilità di utilizzo del lavoro a termine attivato direttamente dalle amministrazioni, e in ogni caso nel rispetto dei vincoli finanziari previsti dalla legislazione vigente in materia di contenimento delle spese relative ai rapporti di lavoro flessibile. La contrattazione nazionale potrà altresì individuare modalità e criteri per la determinazione e corresponsione dei trattamenti economici correlati alla performance, senza che ciò determini un incremento dell'onere previamente quantificato nel contratto stipulato con il somministratore e nei limiti di spesa, previsti dalle vigenti norme in materia di finanza pubblica, per i rapporti di lavoro flessibile.

### 3. Scheda economica

<b>Comparto Sanità - Risorse per il rinnovo contrattuale del triennio 2016-2018</b>					
	Unità di personale al 31.12.2015 *	Monte salari 2015 netto IVC <sup>2</sup> (mln di euro)	Risorse al lordo oneri riflessi (mln di euro)		
			2016	2017	2018
			0,36%	1,09%	1,45%
Non dirigenti	543.426	22.313	80,33	243,21	323,53
<sup>1</sup> Dati da Conto Annuale 2015 <sup>2</sup> La percentuale utilizzata per il calcolo degli oneri riflessi inclusi nel monte salari 2015 è pari al 37%.					

Roma, 27 luglio 2017



**CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME**  
COMITATO DI SETTORE COMPARTO REGIONI – SANITÀ (Artt. 54, 56 e 59 D.Lgs. 150/2009 )

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

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

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

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

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

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

L'abrogazione delle deroghe legislative alla durata del periodo minimo di riposo e la contestuale decadenza di tutte le previsioni dei contratti collettivi in materia di riposi può rendere problematico

se non impossibile in molte enti del SSN assicurare con il personale in servizio le prestazioni assistenziali ed, in particolare, garantire i turni di lavoro ad invarianza di spesa come stabilito dal disposto legislativo, anche dopo l'attivazione delle misure dirette alla ottimizzazione delle risorse umane ed alla riorganizzazione e razionalizzazione delle strutture.

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

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

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

#### DIRETTIVA AREA MEDICA-VETERINARIA ED SPTA

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

In particolare la predetta disciplina dovrà:

- a) essere riferita esclusivamente al personale addetto ai servizi relativi all'accettazione, al trattamento ed alle cure delle strutture ospedaliere;
- b) essere finalizzata a garantire la continuità assistenziale;
- c) consentire riposi inferiori alle undici ore esclusivamente previo esperimento da parte delle regioni e degli enti del SSN di tutte le misure organizzative che consentano la razionalizzazione delle strutture e l'ottimizzazione delle risorse umane a disposizione attraverso, tra l'altro, una opportuna riorganizzazione dei turni e di piani di lavoro e la previsione del servizio di guardia per aree funzionali omogenee al di fuori delle tipologie assistenziali nelle quali l'allegato 2 ai CC.CC.NN.LL. del 3.11.2005 prevede la guardia per unità operativa;
- d) individuare, in rapporto alla finalità di cui al punto b), le tipologie di fattispecie ricorrendo le quali può essere consentita la deroga alle disposizioni in materia di riposo giornaliero; in particolare:
  - al fine di assicurare la continuità terapeutica, dovrà essere contemplata la possibilità di prevedere la presenza del dirigente medico operante nei servizi di degenza anche precedentemente all'inizio del servizio di guardia attiva notturna, a condizione di garantire allo stesso dirigente almeno otto ore consecutive di riposo tra i due periodi di attività;
  - dovranno essere consentiti riposi inferiori ad undici ore in presenza di eventi eccezionali e non prevedibili, o assenze improvvise, determinati, ad esempio, da prolungamenti di interventi chirurgici, malattie o infortuni, situazioni di urgenza, etc;
- e) indicare i criteri per l'individuazione delle "ragioni oggettive" che possono impedire la fruizione di un periodo di riposo compensativo pari a undici ore, individuando nel contempo adeguate misure di protezione del personale interessato;
- f) individuare, in relazione al rispetto delle undici ore di riposo consecutivo, gli istituti esclusi dal computo dell'orario di lavoro in quanto le relative attività non sono riconducibili alla definizione dello stesso orario di lavoro data dall'articolo 1, comma 2, lett. a) del medesimo decreto (ad esem-



pio attività di carattere volontaristico, la partecipazione ai corsi di formazione, a determinate commissioni, a comitati scientifici, etc);

g) definire le modalità di computo del riposo in rapporto alle attività lavorative rese dal personale in servizio di pronta disponibilità tenendo presente che tali attività sospendono e non interrompono il riposo;

h) individuare, ferma restando la necessità di reintegro dell'equilibrio psico fisico del dirigente anche in funzione della tutela degli utenti, le tipologie di attività libero professionale che in rapporto al concetto di orario di lavoro definito dall'articolo 1, comma 2 del D.Lgs. 66/2003 e dell'articolo 2 della Direttiva del Parlamento Europeo e del Consiglio del 4 novembre 2003 devono essere escluse dal computo dello stesso orario di lavoro al fine della determinazione della durata del riposo giornaliero di undici ore;

i) stabilire che i criteri per l'attuazione delle clausole della contrattazione collettiva nazionale in materia di deroghe al riposo giornaliero siano definiti in sede di contrattazione integrativa;

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

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

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

#### DIRETTIVA AREA COMPARTO

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

In particolare la predetta disciplina dovrà:

a) essere riferita esclusivamente al personale addetto ai servizi relativi all'accettazione, al trattamento ed alle cure delle strutture ospedaliere;

b) essere finalizzata a garantire la continuità assistenziale;

c) consentire riposi inferiori alle undici ore esclusivamente previo esperimento da parte delle regioni e degli enti del SSN di tutte le misure organizzative che consentano la razionalizzazione delle strutture e l'ottimizzazione delle risorse umane a disposizione, anche attraverso una opportuna riorganizzazione dei turni e di piani di lavoro

d) individuare in rapporto alla finalità di cui al punto b) le tipologie di fattispecie ricorrendo le quali può essere consentita la deroga alle disposizioni in materia di riposo giornaliero; in particolare dovranno essere consentiti riposi inferiori ad undici ore in presenza di eventi eccezionali e non prevedibili, o assenze improvvisi, determinati, ad esempio, da prolungamenti di interventi chirurgici, malattie o infortuni, situazioni di urgenza, etc.

- e) indicare i criteri per l'individuazione delle "ragioni oggettive" che possono impedire la fruizione di un periodo di riposo compensativo pari a undici ore, individuando nel contempo adeguate misure di protezione del personale interessato; in ogni caso dovrà essere prevista la possibilità di riposi compensativi inferiori alle undici ore per i profili presenti in numero limitato e aventi competenze non delegabili ad altri profili;
- f) individuare, in relazione al rispetto delle undici ore di riposo consecutivo, gli istituti esclusi dal computo dell'orario di lavoro in quanto le relative attività non sono riconducibili alla definizione dello stesso orario di lavoro data dall'articolo 1, comma 2, lett. a) del medesimo decreto (ad esempio attività di carattere volontaristico, la partecipazione ai corsi di formazione, a determinate commissioni, a comitati scientifici, etc);
- g) definire le modalità di computo del riposo in rapporto alle attività lavorative rese dal personale in servizio di pronta disponibilità tenendo presente che tali attività sospendono e non interrompono il riposo;
- h) stabilire che i criteri per l'attuazione delle clausole della contrattazione collettiva nazionale in materia di deroghe al riposo giornaliero siano definiti in sede di contrattazione integrativa.

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

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

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

Roma, 4 novembre 2015