

Numero 8 - 2025

d!

d!rigenza medica

**Contratto. Riforma Ssn.
Aggressioni.**
Il documento finale
della Direzione Nazionale

Il mensile dell'Anaa Assomed

ANAAO  **ASSOMED**

Dirigenza Medica - Il mensile dell'Anaa Assomed - Anno XXIV - n. 8 - 2025 - www.anaao.it



Dirigenza ruolo sanitario

Progetto contrattuale

2022
2027

**Gli indirizzi economici e normativi
proposti dall'Anaa Assomed
per i prossimi contratti di lavoro**



**CAMPAGNA
ISCRIZIONI**

ANAAO È MIGLIAIA DI CAMICI. INCLUSO IL TUO.

ISCRIVITI ALL'ANAAO ASSOMED

**SCOPRI I SERVIZI
PER GLI ISCRITTI**



Sede di Roma:
Via San Martino della Battaglia, 31
Tel. 06.4245741
Fax 06.48.90.35.23

Sede di Milano:
via D. Scarlatti, 27

dirigenza.medica@anaao.it
www.anaao.it

Direttore
Pierino Di Silverio

Direttore responsabile
Silvia Procaccini

Comitato di redazione:

Adriano Benazzato
Simona Bonaccorso
Flavio Civitelli
Fabiana Faiella
Alessandro Grimaldi
Domenico Iscaro
Filippo Larussa
Giammaria Liuzzi
Giosafatte Pallotta
Chiara Rivetti
Elena Silvagni
Alberto Spanò
Emanuele Stramignoni
Anna Tomezzoli
Bruno Zuccarelli

Coordinamento redazionale
Ester Maragò

Progetto grafico e impaginazione
Giancarlo D'Orsi

Editore
Homnya srl
Sede legale:
Via della Stelletta, 23
00186 Roma
email: info@homnya.com

Ufficio Commerciale
info@homnya.com
Tel. +39 06 45209 715

Stampa

STRpress, Pomezia (Rm)

Registrazione al Tribunale
di Milano n. 182/2002
del 25.3.2002. Anno XXIV

Diritto alla riservatezza:
"Dirigenza Medica" garantisce
la massima riservatezza dei dati
forniti dagli abbonati nel rispetto
della legge 675/96

Finito di stampare
nel mese di ottobre 2025

CONTRATTO / RIFORMA SSN / AGGRESSIONI

L'impegno dell'Anaaao per tutelare i professionisti

La Direzione Nazionale Anaaao Assomed, riunita a Verona il 26 e 27 settembre 2025 approva la relazione del Segretario Nazionale.

In un mondo professionale in continuo e veloce cambiamento in cui è imperante il dumping professionale, la categoria ha necessità di ritagliarsi e costruirsi una nuova identità per non rischiare di restare stritolata dalla morsa istituzionale e sociale.

La Direzione Nazionale concorda con la necessità di un cambio di rotta e di leggi che appaiono quanto mai impellenti.

A partire dalle modifiche del Dlgs 502/92, un impianto legislativo che oggi richiede profondi cambiamenti. La Direzione Nazionale approva il documento elaborato nella sua sostanza e che mette in luce la necessità di acquisire maggiore flessibilità, entrare nella governance delle aziende, snellire e promuovere le procedure di carriera, fare i conti con il profondo mutamento demografico della popolazione e della dirigenza medica e della dirigenza sanitaria.

Il progetto di modifica si cala in un contesto contrattuale che appare unico. Alle soglie dell'apertura della nuova tornata contrattuale già scaduta, con finanziamenti già stanziati anche per il contratto 2025/2027, emerge con forza la necessità di accelerare la firma del contratto già scaduto e riversare le energie sul prossimo chiedendone l'immediata apertura.

La Direzione Nazionale, alla luce della approfondita discussione, approva il documento contrattuale adeguato alle necessità di modifiche e dà mandato al Segretario Nazionale di portare avanti con forza le richieste atte a un passaggio storico: dal concetto di medico amministrativo al concetto di medico amministratore.

Il clima che si respira negli ospedali è sempre più teso e continua a sfociare, nonostante gli interventi legislativi in aggressioni al personale e denunce continue. Mentre con l'emendamento che rivede la responsabilità professionale si è aperta una strada legislativa su questo fronte, la legge trova ancora difficoltà nella sua applicabilità. Per questo occorre fornire un ulteriore segnale legislativo per rendere ancora più cogente la legge.



La Direzione Nazionale all'unanimità dà mandato al Segretario Nazionale di proseguire con forza, approvando il documento di modifica.

La Direzione Nazionale infine denuncia la situazione di disagio non più tollerabile anche di quei colleghi che lavorano nell'ospedalità privata accreditata cui da 20 anni viene negato il rinnovo contrattuale.

In un mondo che corre veloce si continua sulla strada già tracciata e intrapresa di azione e di governo, convinti che ad emergere debba essere sempre la coerenza, la decisione e la capacità di questo sindacato di adeguarsi ai tempi senza perdere la propria identità.

Dirigenza ruolo sanitario

Progetto contrattuale

2022
2027

All'apertura della stagione contrattuale nazionale l'Anaa Assomed presenta un progetto politico-contrattuale per i prossimi Ccnl

Obiettivi del progetto politico-contrattuale

Il **progetto politico-contrattuale** che ha ispirato fino ad ora i Contratti Nazionali della Dirigenza del Ruolo Sanitario affonda le sue origini ispiratrici a più di 20 anni addietro.

Con il passare degli anni, in conseguenza del progressivo mutare della realtà legislativa e tecnologica del Ssn e degli altri Enti e Amministrazioni, in cui vige il Ccnl Sanità, e della crescente invasività contrattuale del modello di dirigenza burocratico-amministrativo (dirigenza ministeriale e di buona parte degli Enti Locali) su quello tecnico-professionale più specifico per la Dirigenza Sanitaria, ha sempre più affievolito la spinta propositiva e innovativa dei Contratti Nazionali di tale dirigenza fino a quasi

esaurirla. Tale condizione, insieme a una progressiva burocratizzazione della Dirigenza del Ruolo Sanitario, a carichi di lavoro sempre più pesanti, a un crescente aggravio del rischio lavorativo e legale e a retribuzioni sempre più insoddisfacenti, costituisce una delle cause più importanti di non appetibilità di tale rapporto di lavoro e di cessazioni precoci.

Per tentare di modificare tale deriva, è necessario pertanto ipotizzare un nuovo progetto contrattuale. I Ccnl ancora non definiti per i periodi temporali 2022-2024 e 2025-2027, indipendentemente dalle differenze di caratterizzazione che potranno avere ciascuno di questi (più economico che normativo o viceversa), e gli

strumenti legislativi (ove possibile) dovranno essere espressione di tappe attuative di tale progetto mediante cui implementare per tale Dirigenza:

- la sua specificità e la specialità rispetto al resto della Dirigenza del Pubblico Impiego, sottraendola il più possibile ai vincoli legislativi e normativi di quest'ultima, se in contrasto con la sua peculiarità;
- il potere di "governance clinica e organizzativa" della stessa;
- la sua autonomia dalla rigidità dei modelli contrattuali della rimanente Dirigenza del Pubblico Impiego, quando in contrasto anch'essi con le sue peculiarità;
- la progressiva riduzione del rischio lavorativo e clinico;
- la valorizzazione economica in modo significativo di tale dirigenza al fine di renderla adeguata all'elevato carico di responsabilità affidate e alla sua strategicità.



Ipotesi di indirizzi economici su cui sviluppare i contratti collettivi nazionali

Prima di formulare un'ipotesi di indirizzi normativi condivisi per il rinnovo del Ccnl 2022–2024 e del Ccnl 2025–2027 della Dirigenza del ruolo Sanitario è necessario in premessa quantificare sia gli incrementi economici già previsti per il rinnovo in ciascun periodo temporale e sia quelli aggiuntivi ipotizzabili a tali incrementi, analizzando con accuratezza gli strumenti necessari per ottenerli e la loro percorribilità.

La conoscenza di questi dati è propedeutica alle decisioni da assumere in merito agli indirizzi di spesa da ipotizzare per gli istituti contrattuali che si intende modificare.

IPOTESI DI INDIRIZZI ECONOMICI

INCREMENTI PREVISTI PER IL CCNL 2022-2024

L'incremento economico annuo previsto dalla recente legislazione per il rinnovo del Ccnl 2022- 2024 della Dirigenza del Ruolo Sanitario, sarà costituito dai seguenti addendi:

- **5,78%** della massa salariale 2021 (circa **956,3 mln di euro anno a lordo degli oneri riflessi**) per il rinnovo del Ccnl della Dirigenza del ruolo sanitario del Ssn;

- **0.22%** della massa salariale 2021 (circa **36,4 mln di euro anno a lordo degli oneri riflessi**) destinati a incrementare i fondi della parte variabile della retribuzione.
- **previsti dal comma 435 dell'art. 1 della Legge di Bilancio 2019 (comma Gelli) solamente per la Dirigenza del Ruolo Sanitario:**
 - **incremento anno 2022 = 3 mln** sull'importo consolidato 2021 = 40 mln;
 - **incremento anno 2023 = 15 mln** sull'importo consolidato 2021 = 40 mln;
 - **incremento anno 2024 = 28 mln** sull'importo consolidato 2021 = 40 mln

PROGETTO CONTRATTUALE 2022-2027

- **previsti dal comma 435 bis dell'art. 1 della Legge di Bilancio 2020 (comma Speranza) solamente per la Dirigenza del Ruolo Sanitario:**
 - **incremento anno 2022 = 14 mln** sull'importo consolidato 2021 = 28 mln;
 - **incremento anno 2023 = 28 mln** sull'importo consolidato 2021 = 28 mln;
 - **incremento anno 2024 = 42 mln** sull'importo consolidato 2021 = 28 mln;
- **per indennità di Pronto Soccorso:**
 - **incremento anno 2022 = 27 mln;**
 - **incremento anno 2023 = 3 mln** sull'importo consolidato 2022 = 27 mln;
 - **incremento anno 2024 = 60 mln** sull'importo consolidato 2023 = 30 mln;
 - **incremento anno 2025 = 15 mln** sull'importo consolidato 2023 = 90 mln;
- **per retribuzione Certificazioni Inps:**
 - **25 mln anno** a partire dall'anno 2019;
- **per incremento indennità di specificità medica:**
 - **50 mln anno** sull'importo consolidato 2021;
- **per incremento indennità di specificità sanitaria:**
 - **5,5 mln anno** sull'importo consolidato 2021.

Il totale a regime incrementi:

contrattuali	992,7 mln
disposizioni legislative	255,5 mln
disposiz. legislative ancora da liquidare	70,5 mln

Il totale complessivo a disposizione a regime 2024 per il rinnovo del Ccnl sarà di circa **1.243,2 mln euro a lordo degli oneri riflessi** (circa **9.055 euro medi pro capite**) e di circa **907,4 mln euro al netto degli oneri riflessi** (circa **6.609 euro medi pro capite** di cui ancora da retribuire **6.092**).

INCREMENTI PREVISTI PER IL CCNL 2025-2027

L'incremento economico annuo previsto dalla recente legislazione per il rinnovo del Ccnl 2025-2027 della Dirigenza del Ruolo Sanitario, sarà costituito dai seguenti addendi:

- ad oggi prevedibile **6,93%** della massa salariale 2024 (**presumibili circa 1.157 mln di euro anno a lordo degli oneri riflessi**) per il rinnovo del Ccnl della Dirigenza del ruolo sanitario del Ssn;
- **previsti dal comma 435 dell'art. 1 della Legge di Bilancio 2019 (comma Gelli) solamente per la Dirigenza del Ruolo Sanitario:**
 - **incremento anno 2025 = 12 mln** sull'importo consolidato 2024 = 68 mln;
 - **incremento anno 2026 = 18 mln** sull'importo consolidato 2024 = 68 mln;
- **previsti dal comma 435 bis dell'art. 1 della Legge di Bilancio 2020 (comma Speranza) solamente per la Dirigenza del Ruolo Sanitario:**
 - **incremento anno 2025 = 14 mln** sull'importo consolidato 2024 = 70 mln;
 - **incremento anno 2026 = 32 mln** sull'importo consolidato 2024 = 70 mln;
- **per indennità di Pronto Soccorso:**
 - **incremento anno 2026 = 15 mln** sull'importo consolidato 2025 = 105 mln;
- **per indennità di Specificità:**
 - **incremento anno 2026 = 327 mln** sull'importo consolidato 2025.

Il totale a regime incrementi:

contrattuali	1.157 mln
disposizioni Legislative	392 mln

Il totale complessivo presumibilmente a disposizione a regime 2027 per il combinato disposto rinnovo del Ccnl e nuovi finanziamenti legislativi sarà di circa **1.549 mln euro a lordo degli oneri riflessi** (circa **11.282 euro medi pro capite**) e di circa **1.131 mln euro al netto degli oneri riflessi** (circa **8.235 euro medi pro capite**).

IPOTESI DI FINANZIAMENTI AGGIUNTIVI

Gli aumenti contrattuali e legislativi sopra descritti, a regime da gennaio 2025 e da gennaio 2028, non saranno sufficienti a:

- recuperare del tutto la perdita notevole in potere di acquisto subita da tale dirigenza soprattutto a partire dal 2010 in conseguenza del blocco della contrattazione e delle decurtazioni sulle retribuzioni, attuate da alcune disposizioni legislative;

- adeguare la retribuzione all'elevato grado di responsabilità e strategicità di tale dirigenza, reso ancor più evidente in modo inequivocabile dalla pandemia da Covid 19.

In considerazione di ciò sarà necessario ipotizzare e ottenere ulteriori finanziamenti aggiuntivi a quelli ipotizzati per le Dirigenze del Pubblico Impiego, miranti in parte a:

- riallineare la fiscalizzazione del dipendente pubblico a quella del dipendente privato;
- remunerare in ugual modo i rischi lavorativi fra le diverse categorie di lavoratori dipendenti presenti nel Comparto Sanità;
- remunerare meglio il lavoro aggiuntivo (soprattutto notturno);
- remunerare le peculiarità della Dirigenza del ruolo sanitario;
- riallineare in modo progressivo l'Indennità di Specificità Sanitaria a quella Medica.

Finanziamenti aggiuntivi che potrebbero rispondere a queste esigenze potrebbero essere di due tipi:

- da nuove disposizioni di legge;
- da finanziamenti aggiuntivi regionali e/o aziendali.

FINANZIAMENTI AGGIUNTIVI DA NUOVE DISPOSIZIONI DI LEGGE

1. Indennità di rischio biologico

La recente pandemia da Covid 19 ha funzionato come un importante stress test per il Ssn, mettendo in evidenza sia il ruolo strategico e l'importanza per lo stesso di una corretta ed equilibrata organizzazione e il ruolo fondamentale del suo personale medico e infermieristico e sia l'esistenza di alcune carenze gravi di personale, di posti letto e di tecnologia, nonché la presenza di alcune iniquità, fino ad ora colpevolmente sottovalutate.

Fra queste ha avuto particolare risalto per la sua gravità l'assenza di una norma legislativa che riconosca il rischio biologico e quindi di una indennità che lo remunererà nel Ccnl per la Dirigenza del Ruolo Sanitario, per altro invece presenti da più di 30 anni sia l'una che l'altra per il personale infermieristico.

Tutto questo malgrado la Legge sulla tutela da rischio da lavoro preveda l'esistenza di un rischio biologico per i lavoratori della Sanità e malgrado l'esposizione a tale rischio sia nei fatti identica sia per il personale infermieristico che medico, a seconda delle varie specialità.

È necessario pertanto che al più presto sia ratificata una norma legislativa che corregga tale iniquità e permetta l'introduzione di una norma contrattuale per sanarla.

L'indennità contrattuale che si dovrebbe introdurre dovrebbe avere una suddivisione in 2 o 3 fasce di esposizione al rischio e un riconoscimento economico giornaliero almeno identico a quello previsto per il personale infermieristico durante l'emergenza Covid 19.

Per attuare questo dovrebbe essere prevista per via legislativa una di queste due ipotesi:

1° ipotesi

un finanziamento aggiuntivo di **almeno 143,9 mln di euro anno** al lordo degli oneri riflessi (**105,0 mln di euro** al netto degli oneri riflessi), se l'indennità di rischio limitata ai Dirigenti ruolo sanitario (circa 60.000) più esposti (due fasce).

2° ipotesi

un finanziamento aggiuntivo di **232 mln di euro anno** al lordo degli oneri riflessi (**169,4 mln di euro** al netto degli oneri riflessi), se invece l'indennità di rischio estesa a tutti i Dirigenti ruolo sanitario, (circa 137.300), anche se con valori individuali diversificati in tre fasce.

2. Defiscalizzazione

In una situazione in cui è presente una cronica carenza di organico che rischia di accentuarsi nei prossimi 3-4 anni successivi, per il culmine della gobba pensionistica e per la ridotta attrattività del lavoro medico dipendente all'interno della Medicina Pubblica, e che forse troverà una lenta risoluzione negli anni successivi, uno degli obiettivi che si dovrà perseguire nel frattempo sarà quello di rendere più appetibile sul piano economico il lavoro in particolari condizioni disagiate.

La soluzione a tale obiettivo è la defiscalizzazione al 15% complessivo dell'Irpef nazionale, regionale e comunale della retribuzione per:

- le prestazioni aggiuntive eseguite in Libera professione a favore delle Aziende;
- le indennità remuneranti le particolari attività eseguite in condizioni di lavoro disagiate.

Per raggiungere questo obiettivo occorre però l'approvazione legislativa di una norma ad hoc, al fine di rendere attuative le due ipotesi.

Costo annuo di tale defiscalizzazione
La spesa annuale per tali tipi di attività è di **circa 850 mln di euro**.

La defiscalizzazione al 15% complessivo dell'Irpef nazionale, regionale e comunale di tali attività determinerebbe un mancato introito annuale di Irpef pari a circa 255 mln di euro e un guadagno netto medio pro capite pari a circa 1.997 euro medi.

FINANZIAMENTI AGGIUNTIVI REGIONALI E/O AZIENDALI

Libera professione in favore dell'azienda

La cronica carenza di organico, precedentemente ricordata, già presente e in accentuazione nei prossimi anni e non correggibile subito, aumenterà sempre più "la fame" di orario di lavoro aggiuntivo da parte delle Aziende. In tali condizioni le attività scarsamente riducibili che determinano un grosso consumo di ore lavoro sono soprattutto le guardie mediche e dei Dirigenti del ruolo sanitario, divisionali e interdivisionali, ove presenti. In Italia annualmente vengono eseguite circa 1,7 mln di turni di guardia (12 ore) notturni e circa 300.000 diurni festivi (2 mln in tutto).

Di questi, in ossequio a una norma presente già nel Ccnl 2005 e ancora vigente, fino a un limite massimo del 12% (circa 204.000 turni di guardia notturni e circa 36.000 diurni festivi) possono essere fatti in libera professione d'azienda.

Attualmente tale norma viene attuata a macchia di leopardo sul territorio nazionale e comunque mediamente a non più del 66% del limite massimo previsto (circa 136.000 notturni e circa 24.000 diurni feriali. **Totale = 160.000 turni**).

Il valore economico che retribuisce tali turni di guardia notturni e festivi di 12 ore, eseguiti in Libera Professione a favore dell'Azienda aggiuntivamente all'orario contrattuale è pari a **53,33 euro/ora**.

Tale valore economico, se paragonato al valore economico ora delle attività diurne feriali eseguite anch'esse in Libera Professione a favore della Azienda (**almeno 80 euro**), risulta oltremodo ingiusto e demotivante! Un lavoro eseguito aggiuntivamente in orario disagiato notturno o festivo varrebbe economicamente significativamente di più di un lavoro eseguito invece in orari più comodi diurni e in giorni feriali...!

PROPOSTE

Per tentare di tamponare la cronica carenza di organico ed evitare le deleterie conseguenze determinate da questa e dalle eclatanti ingiustizie retributive fino ad ora presenti, si dovrebbe:

PROPOSTA 1

- Ove la carenza di organico è superiore al 10% rendere obbligatorio per le Aziende il raggiungimento del limite percentuale di guardie portare questo limite dal 12,0% ad almeno il 15% (circa 150.000 turni di guardia not-

turni e diurni festivi).

- Ove la carenza di organico è inferiore al 10%, lasciare il limite massimo di numero di guardie effettuabili in libera professione in favore dell'Azienda al 12% (circa 120.000 turni di guardia notturni e diurni festivi).

In ambedue i casi lasciando però per ciascun Dirigente del ruolo sanitario facoltativa l'adesione o meno a questa particolare forma di libera professione in favore dell'Azienda.

In tal modo si avrebbero come lavoro aggiuntivo a quello contrattuale in media almeno 30.000 turni di guardia in più rispetto al limite sia teorico che utilizzato reale.

PROPOSTA 2

Equiparare almeno il valore economico dell'ora lavoro notturna o diurna festiva, eseguita in libera professione a quello dell'ora lavoro diurna eseguito con le stesse modalità nei giorni feriali.

In conseguenza di ciò, se il valore minimo dell'ora di lavoro diurna feriale in libera professione è di 80 euro, il valore economico del turno di guardia notturno o festivo diurno di 12 ore deve essere pari a: **960 euro** (80 euro x 12 ore).

Costo complessivo

Per effetto combinato disposto di queste due modifiche contrattuali, il costo complessivo passerebbe da una spesa reale di circa **102,4 mln di euro** a una spesa media reale a carico dell'Azienda di **circa 259,2 mln di euro**.

L'incremento dello speso annuo rispetto all'attuale reale sarebbe di circa 156,8 mln euro.

Risparmi conseguenziali alla proposta

L'aumento dei turni di guardia notturni (mediamente +30.000) retribuiti in libera professione Aziendale determinerebbe inoltre due tipologie di risparmio:

- **riduzione della spesa per indennità di guardia notturna o festiva diurna**, pari a = circa **4,93 mln di euro** al lordo degli oneri riflessi e di circa **3,6 mln di euro** al netto degli oneri riflessi.

Il **risparmio complessivo** sarebbe: **3,6 mln di euro** al netto degli oneri riflessi.

Costo complessivo al netto del risparmio
Si avrebbe una spesa complessiva di circa: **149,2 mln di euro**.

TABELLA RIASSUNTIVA IPOTESI FINANZIAMENTI AGGIUNTIVI NECESSARI

TAB. 1			
	Ipotesi n. 1	Tot. con oneri riflessi	Tot. senza oneri riflessi
Indennità Rischio biologico	Ipotesi 1	143,9 Mil. euro circa Nota: 2	105,0 Mil. euro circa
	Ipotesi 2	232 Mil. euro circa Nota: 2	164,9 Mil. euro circa
Defiscalizz. L. P. Az. e Attiv. disagiate			255,0 Mil. euro circa
Incremento Inden. Spec. Sanitaria 2026			33,0 Mil. euro circa
L.P. in favore Az. al netto risparmi (Inden. Guardie).		Note: 1 e 2	149,2 Mil. euro circa
TOTALE	Ipot. 1		542,2 Mil. euro circa
	Ipot. 2		602,1 Mil. euro circa

Nota 1: In base alla legislazione fiscale vigente, sulla spesa per attività Libero Professionale Aziendale non è previsto un costo aggiuntivo per l'Azienda per oneri previdenziali riflessi.

Nota 2: Gli incrementi di spesa necessari per attivare prestazioni aggiuntive disagiate potrebbero essere coperte finanziate dal 2% della massa salariale 2017 della Dirigenza del ruolo sanitario al 2018, previsto dalla Conferenza delle Regioni nell'ultimo Documento di Patto per la Salute, da aggiungere alle risorse contrattuali nazionali per migliorarne le condizioni e renderle più omogenee all'interno di ciascuna Regione.

Ipotesi di indirizzi normativi

POTENZIAMENTO DELLA SPECIFICITÀ DI QUESTA DIRIGENZA E DELL'AZIONE DI GOVERNANCE

PROPOSTA

Per potenziare la specificità della Dirigenza del ruolo sanitario rispetto alle rimanenti dirigenze del Pubblico Impiego e la sua azione di governance clinico-organizzativa e quindi il suo peso nell'assunzione delle varie decisioni organizzative e programmatiche, sarà necessario agire contemporaneamente sui seguenti 2 livelli, differenti per ambito e per orizzonte temporale per ottenere i risultati:

1. Legislativo
2. Contrattuale

Livello legislativo

Attraverso lo strumento legislativo si dovrà:

- **sganciare**, almeno in parte, la Dirigenza del ruolo sanitario dai vincoli legislativi e normativi e dalla rigidità dei modelli contrattuali della dirigenza del Pubblico Impiego;
- **incrementare significativamente** la consapevolezza del Legislatore della peculiarità e specialità della Dirigenza del Ruolo Sanitario;
- **introdurre un ulteriore incremento** dal 2026 in poi dell'Indennità di Specificità Sanitaria per i Dirigenti Sanitari non Medici.

Livello Contrattuale

- Implementare sempre più, sia da un punto normativo che economico, tutte le norme, istituti e indennità contrattuali specifiche della Dirigenza del ruolo sanitario.
- Implementare il più possibile per la Dirigenza Sanitaria non medica il valore economico dell'Indennità di Specificità Sanitaria che sostanzialmente ulteriormente anche per questa Dirigen-

genza la peculiare specialità prevista dall'art. 15 del Dlgs 502/1992 e sue s. v..

- Differenziare sempre più l'Istituto contrattuale delle Relazioni Sindacali dal modello utilizzato per le dirigenze burocratiche-amministrative del Pubblico Impiego, al fine di renderlo più aderente alla particolare specificità di tale dirigenza.
- Introdurre limiti temporali più stringenti in merito all'invio alle Organizzazioni sindacali aziendali delle informazioni, in particolare quelle preventive e quelle obbligatorie.
- Implementare le materie oggetto di contrattazione integrativa al livello aziendale.
- Rafforzare al livello aziendale i contenuti soprattutto del Confronto, nell'assoluto rispetto delle norme e dei principi già sanciti dal Ccnl, al fine di introdurre elementi importanti e incisivi di coinvolgimento della Dirigenza del ruolo Sanitario nell'organizza-



zione e governance dell'organizzazione del lavoro, quali ad esempio: la definizione di criteri generali di aggregazione dei reparti in guardie interdivisionali, numero di posti letto massimi per le varie tipologie di guardie, criteri generali a base della decisione di organizzare l'orario di lavoro del reparto su 5 o 6 giorni settimanali ai fini delle ferie e assenze.

LIVELLI DI CONTRATTAZIONE

Nella situazione legislativa vigente, che prevede 2 livelli di contrattazione nel Pubblico Impiego con un accrescimento dell'autonomia e valenza della contrattazione periferica (nel caso del Ssn: contrattazione aziendale) a scapito della contrattazione nazionale e un potenziamento del potere decisionale aziendale in alcuni istituti contrattuali a scapito di quello sindacale, è opportuno tentare di moderare questa situazione.

L'esperienza fino ad ora vissuta ci rende palese come questa realtà abbia fino ad ora stimolato un dirigismo aziendale sempre più sfrenato e incontrollabile e possa ancor più stimolarlo nel prossimo futuro verso cui il livello sindacale aziendale, facilmente esposto a subdole intimidazioni o ad anomale pressioni, spesso non è e non sarà in grado di controbattere, con le ovvie conseguenze.

La conseguenza di tutto ciò potrà essere l'accentuazione di forti disomogeneità attuativa del Ccnl da parte aziendale fra diverse aziende viciniori e un ancor

più la crescente incertezza attuativa e/o l'errata e penalizzante attuazione del Ccnl.

In una situazione del genere facilmente le Regioni assumeranno un ruolo apparentemente passivo, con la scusa dell'autonomia decisionale delle aziende, ma in realtà molto spesso di stimolatore nascosto di tali comportamenti aziendali.

PROPOSTA

Per arginare questa situazione si dovrà operare in una delle seguenti quattro modalità:

1. introdurre un livello obbligatorio di confronto attuativo del Ccnl al livello regionale (almeno su alcune materie);
2. ridurre il potere decisionale aziendale a favore di quello nazionale;
3. trasferire alcune materie dal confronto alla contrattazione aziendale e incrementando le materie in discussione nel Confronto e nell'Organismo paritetico;
4. potenziare il Confronto regionale sia per quanto riguarda le materie sia per quanto riguarda la reale cogenza delle risultanze di tale confronto.

Prima modalità

Bisogna tentare di introdurla al livello regionale.

Seconda modalità

Per essere attuata in modo significativo abbisogna di un iter lungo e forse di al-

cune modifiche legislative, non facili da ottenere.

Terza modalità

Si può però con lo stesso strumento arginare in parte la deriva dirigista, operando sulla normativa delle Relazioni Sindacali:

- trasferendo alcune materie dal confronto alla contrattazione integrativa aziendale;
- incrementando le materie oggetto di confronto aziendale;
- rendendo obbligatorio il confronto aziendale su alcune materie;
- incrementando in modo esplicito le materie oggetto di discussione nell'Organismo paritetico aziendale;
- rendendo obbligatoria una periodicità temporale (almeno ogni 3 mesi) delle convocazioni dell'Organismo Paritetico e la stesura di un verbale.

Quarta modalità

Questa è invece attuabile mediante il solo strumento contrattuale. In tal modo le decisioni più importanti verrebbero prese in sede di Confronto Regionale e emanate come indirizzi attuativi.

Tali indirizzi però per essere forti e avere una forte cogenza al livello aziendale dovrebbero essere frutto di un confronto obbligatorio fra le parti e dovrebbero essere condivisi al livello regionale dalla maggioranza delle Organizzazioni Sindacali firmatarie del Ccnl.

Tre sarebbero i vantaggi più importanti ottenibili con quest'ultima modalità:

1. una omogeneizzazione maggiore dei risultati attuativi delle norme contrattuali;
2. l'impossibilità per le Regioni di continuare la loro subdola azione di stimolatori nascosti di comportamenti aziendali errati e penalizzanti;
3. l'impossibilità per le Aziende di continuare ad accampare alibi per i loro comportamenti e per le loro scelte attuative del Contratto errate e penalizzanti.

Questa terza modalità ricomprenderebbe anche le modifiche alla normativa sulle Relazioni Sindacali ipotizzate nella precedente seconda modalità.

LIVELLO DI MAGGIORANZA SINDACALE NELLA CONTRATTAZIONE AZIENDALE

Il Dlgs 165/2001 e i Contratti Nazionali della dirigenza del ruolo sanitario, che si sono succeduti dal 2001 in poi, non hanno fino ad ora definito il livello minimo di maggioranza sindacale per la stipula di un Contratto Integrativo periferico, nel caso esistano solamente le Rappresentanze Sindacali Aziendali.

Questa omissione può costituire una criticità pericolosa, foriera di possibili abusi.

PROPOSTA

Tale omissione può essere corretta in uno dei seguenti due livelli:

1. Legislativo
2. Contrattuale

Livello legislativo

La correzione mediante la modifica del dettato legislativo del Dlgs 165/2001 con la previsione pertanto, per la stipula di un Contratto Integrati-

vo periferico, nel caso esistano solamente le Rappresentanze Sindacali Aziendali, di un livello minimo di maggioranza sindacale pari al 50%+1 delle deleghe sindacali di categoria rappresentate nell'Azienda, come per le Rappresentanze Sindacali Unitarie.

Il vantaggio nell'uso di tale strumento sarebbe l'assoluta cogenza e forza normativa. Lo svantaggio sarebbe invece l'elevata difficoltà a ottenere questa modifica e comunque l'impossibilità di ottenerlo in tempo utile.

Livello contrattuale

La correzione mediante la definizione, in sede di contrattazione integrativa aziendale, di un livello minimo di maggioranza sindacale per la stipula della Contrattazione Integrativa Aziendale (tale maggioranza ad esempio potrebbe essere: il 50%+1 delle deleghe sindacali di categoria rappresentate nell'Azienda).

- Il **vantaggio** nell'uso di tale strumento sarebbe il facile superamento delle elevate difficoltà presenti nello strumento legislativo.
- Lo **svantaggio** sarebbe la non certezza di ottenere dall'Azienda la definizione di un tale livello minimo o comunque che esprima in modo oggettivo una maggioranza e che non sia invece sbilanciato a favore dell'Azienda, favorendone le scelte prese in modo arbitrario.

CERTEZZA E CORRETTEZZA ATTUATIVA

Negli ultimi 10 anni il fenomeno dell'incertezza e/o non correttezza attuativa è cresciuto in modo esponenziale assumendo una dimensione non più tollerabile. In questo modo le "buone intenzioni" di un Ccnl vengono frequentemente vanificate.

La deriva di tale situazione, se non fermata, è stata e sarà:

- l'accendersi con frequenza crescente di contenzioni, sempre più di tipo legale;
- la creazione di condizioni economiche e di lavoro sempre più penalizzanti;
- la creazione di un clima aziendale pesante.

PROPOSTA

Tale situazione è correggibile, anche se solo in parte, mediante un'azione al livello di testo contrattuale mirante a prevenire il più possibile i ritardi e gli errori attuativi mediante l'introduzione di norme di tipo "ordinatorio" più chiare ed esplicite, indirizzate a:

- **Ribadire** in modo più esplicito e con maggior forza l'impossibilità per la contrattazione integrativa aziendale di modificare le norme contrattuali nazionali e l'automatica nullità nei fatti di tale modifica.
- **Introdurre** norme e tempistiche attuative per il livello periferico più stringenti e improrogabili.
- **Individuare** in modo più esplicito e puntuale i doveri e le responsabilità della Parte Pubblica nell'attuare le norme contrattuali e nel rispettare la tempistica.
- **Introdurre**, nella costruzione e utilizzo dei fondi contrattuali, una definizione nazionale più puntuale e ineludibile degli addendi (come da modello di comunicazione delle Aziende alla Ragioneria dello Stato), della procedura da seguire e delle scadenze temporali per effettuare ciò, nonché dei principi e dei limiti che devono governare il loro utilizzo.
- **Introdurre** nella regolamentazione





della gestione e utilizzo dei residui dei fondi contrattuali un rafforzamento a livello nazionale delle disposizioni contrattuali attualmente vigenti, inerenti all'anno di competenza, il limite quantitativo massimo possibile, le eventuali penalizzazioni normative per le aziende in caso di non rispetto di questo, le modalità e i limiti di utilizzo.

zio sulla sua attuazione dovrebbe essere riferito alla volontà oggettiva del tavolo contrattuale che l'ha varata e comunque non in contrasto con la letteralità della sua espressione.

ARCHITETTURA DELLA CARRIERA

PROPOSTA AGGIUNTIVA

A tale azione sarà necessario affiancarne altre, attuabili mediante il solo strumento contrattuale, miranti a risolvere in modo rapido e costruttivo i possibili contenziosi in materia contrattuale, insorti sia al livello nazionale che aziendale mediante:

Alcune di queste azioni dovranno essere:

1. Affermare che gli unici indirizzi interpretativi validi da un punto di vista giuridico sono quelli derivati dalla letteralità del testo contrattuale e dall'Istituto dell'Interpretazione Autentica
2. Facilitare il più possibile il ricorso all'Istituto nazionale della Interpretazione autentica su richiesta di una delle parti firmatarie del Ccnl (comma 7, art. 3 del Ccnl 23.01.2024), con il preciso compito di dirimere il contenzioso ed esprimere la giusta interpretazione della norma e delle sue condizioni attuative. In tal caso l'interpretazione della norma e il giudi-

PROPOSTA

La tipologia di carriera ipotizzata dagli ultimi Ccnl è eccessivamente verticistica, poco remunerativa per le posizioni di livello medio e basso, malgrado l'entità delle responsabilità assegnate, poco equilibrata e eccessivamente statica.

Troppo spesso, acquisito l'incarico professionale di base dopo i primi 5 anni di servizio, si rimane in tale condizione fin tanto quando i colleghi che stanno davanti non cessano per qualsiasi motivo o sono trasferiti o sono promossi. Pochissimi riescono realmente a progredire e fra i fattori della progressione la meritocrazia, l'età e l'esperienza professionale spesso non sono quelli determinanti. Questa situazione, ormai presente da troppi anni, non è più tollerabile perché frustra qualsiasi ambizione e la rende inappetibile.

Al livello contrattuale dobbiamo fortemente modificare tale condizione apportando le seguenti correzioni normative:

1. introdurre al livello nazionale fra gli incarichi professionali iniziali (art. 22,

comma 1, parte 2, lett. d) **2 fasce economiche** di cui la prima per il primo biennio e la seconda per i successivi tre anni che riguardino almeno la retribuzione fissa nazionale. Il passaggio dalla prima alla seconda fascia deve avvenire se si supera la valutazione professionale alla fine del secondo anno di servizio da parte del Collegio Tecnico.

2. Introdurre al livello nazionale fra gli incarichi professionali di consulenza, di studio e di ricerca, di ispezione, di verifica e di controllo iniziali (art. 22, comma 1, parte 2, lett. c) 2 fasce economiche di cui la prima, al superamento della verifica del Collegio tecnico al compimento del quinto anno di servizio, ha durata di cinque anni dal suo conferimento e la seconda, al superamento della verifica del Collegio tecnico al compimento del decimo anno di servizio, ha anch'essa durata di cinque anni dal suo conferimento. Deve essere attribuita l'incarico professionale di prima fascia a tutti i dirigenti del ruolo sanitario che hanno superato la verifica professionale posta al quinto anno di servizio. Deve essere attribuita l'incarico professionale di seconda fascia ai dirigenti del ruolo sanitario che hanno superato la verifica professionale posta al decimo anno di servizio.
3. Prevedere al livello nazionale l'istituzione e l'attribuzione al livello aziendale di un numero di incarichi di alta specializzazione non inferiore al 30% del numero di dirigenti del ruolo sanitario dipendenti con anzianità di servizio superiore a 5 anni a cui sono stati attribuiti incarichi di natura professionale.
4. Prevedere al livello nazionale l'introduzione del requisito di anzianità minima di servizio di 7 anni se in possesso della specifica Specialità o di Specialità equipollente o di 10 anni se in possesso di Specialità affine per l'attribuzione degli incarichi di Direttore di Uoc, di Responsabili di Uosd o di Uos e di Altissima Professionalità.
5. Introdurre un limite massimo all'entità di residui non spesi della parte del fondo per gli incarichi destinato a retribuire la parte fissa e quella variabile di detti incarichi. La violazione di

tale limite dovrà avere come conseguenza nello stesso anno contabile la riduzione del limite di eccedenza oraria, prevista dal comma 3 dell'art. 27 del Ccnl 23.01.2024 in percentuale pari al 20%.

ASCENSORE PROFESSIONALE

Le modifiche normative sopra proposte, oltre a rendere maggiormente remunerativi i diversi gradini della tipologia nazionale di carriera, dovranno determinare al livello aziendale condizioni concrete di dinamicità delle carriere e pertanto l'attivazione di un "ascensore professionale" che sarà alimentato da un punto di vista economico dalle:

- **risorse** contrattuali ed extra contrattuali stanziati per il fondo degli incarichi;
- **risorse** della retribuzione della parte variabile degli incarichi, liberate dai dirigenti cessati, mediamente pari a un valore compreso fra 10.000 e 13.000 euro circa anno;
- **forte riduzione** dei residui non spesi del fondo per incarichi per la retribuzione della parte fissa e variabile di questi.

Questo piccolo tesoretto permetterà la promozione di dirigenti medici e sanitari dipendenti dell'azienda a incarichi di valore superiore, lasciati liberi dalla cessazione a qualsiasi titolo di loro colleghi (previsione annuale: circa 6%-8% circa dei dirigenti dipendenti).

LIVELLI MINIMI DI GARANZIA DELLA RETRIBUZIONE DI CARRIERA

Le clausole di garanzia rispetto ai livelli minimi di retribuzione della carriera di posizione, presenti all'art. 92 del Ccnl 19.12.2019 dovranno essere rese più adeguate sia sul piano delle scadenze temporali e sia sul piano economico nei seguenti modi:

a 5 anni di anzianità	7,0 mila euro
a 10 anni di anzianità	9,0 mila euro
a 15 anni di anzianità	11,0 mila euro
a 20 anni di anzianità	13,0 mila euro
a 25 anni di anzianità	15,0 mila euro

OBIETTIVI DI BUDGET E RETRIBUZIONE DI RISULTATO

Onde evitare i frequenti abusi e le disomogeneità esercitate rispetto ai principi e norme del Ccnl e della Legislazione vigente sarà necessario intervenire sia al livello nazionale di Ccnl e sia al livello aziendale di confronto e di contrattazione integrativa aziendale.

PROPOSTA

Livello nazionale

Sarà necessario declinare in modo esplicito a tale livello i seguenti principi:

- Il fondo di risultato è costituito dagli addendi storici, definibili nella loro entità all'inizio di ciascun anno, in fase di deliberazione previsionale del fondo, e dagli addendi contabilizzabili solamente a consuntivo dello stesso anno contabile fra cui i residui non spesi dei fondi contrattuali.
- Il 5% degli addendi storici del suddetto fondo costituisce il fondino di qualità professionale (Ccnl 1996, 65, co. 2, lett. B). I principi e le norme che regolano l'utilizzo del fondino di qualità professionale devono essere ispirati alla qualità e efficacia clinica (ad es.: "progetto esiti") e organizzativa.
- La rimanente parte del suddetto fondo (95% degli addendi storici + 100% degli addendi contabilizzabili solamente a consuntivo) deve essere destinato alla remunerazione degli obiettivi di budget di equipe e individuali assegnati per lo stesso anno

contabile, in proporzione al loro raggiungimento (valutazione).
Gli obiettivi di budget possono essere distinti nei modi di seguito riportati.

- **In base alla pluralità o meno dei destinatari, di due tipi:**
 - equipe;
 - individuali.
- **In rapporto all'orario di lavoro settimanale di tre tipologie:**
 1. quelli raggiungibili ordinariamente all'interno dell'orario di lavoro contrattuale e dell'eventuale eccedenza oraria non programmata, maturata all'interno del limite previsto dal comma 3 dell'art. 27 del Ccnl 23.01.2024; questi obiettivi sono obbligatori per tutti (anche per i dirigenti del ruolo sanitario a rapporto non esclusivo);
 2. quelli raggiungibili ordinariamente con l'orario di lavoro contrattuale e che però determinano un'eccedenza oraria non programmata superiore al limite previsto dal comma 3 dell'art. 27 del Ccnl 23.01.2024; l'eccedenza oraria che esubera il suddetto limite, se validata, deve essere oggetto di recupero;
 3. quelli che prevedono prestazioni aggiuntive (libera professione in favore dell'azienda) a quelle concordate come obiettivi non retribuibili con il fondo di risultato e di conseguenza l'espletamento di orario aggiuntivo a quello contrattuale non recuperabile per raggiungerli (questi non sono obbligatori, ma valgono solamente per quelli all'interno del reparto che li accettano; non possono essere assegnati ai dirigenti del ruolo sanitario a rapporto non esclusivo).
- **In rapporto alla tipologia di incarichi assegnati e alle relative responsabilità:**
 - di tipo prestazionale, per tutti i dirigenti del ruolo sanitario;
 - di tipo anche gestionale per i soli dirigenti con compiti direzionali e gestionali, titolari della contrattazione a budget.

Nell'individuazione degli obiettivi di budget devono essere soddisfatti i seguenti principi previsti dal Dlgs 150/2009:

- essere calibrati rigorosamente sulla quantità di personale dirigente realmente presente;
- essere oggettivamente raggiungibili;
- avere indicatori di risultato definiti e oggettivi;
- essere misurabili in modo oggettivo;
- essere coerenti alla posizione funzionale assegnata e al grado di responsabilità delegato.

Nell'assegnazione degli obiettivi di equipe deve essere rispettato al livello aziendali il principio delle pari opportunità potenziali e pertanto:

- il numero di obiettivi di equipe assegnati a ciascun reparto deve essere uguale;
- gli obiettivi possono essere diversi fra i vari reparti;
- a ciascun obiettivo devono essere assegnati, in premessa, dei punti credito (peso) in base alla sua importanza;
- il peso complessivo degli obiettivi assegnati deve essere identico a parità di incarico di posizione assegnato.

Il principio delle pari opportunità potenziali vale anche per gli obiettivi individuali, mediante il rispetto delle medesime regole.

Nel Ccnl deve essere anche prevista la possibilità al livello aziendale di incrementare la remunerazione conseguente al grado di raggiungimento di obiettivi per alcuni fra quelli assegnati, in base alla loro strategicità, complessità e/o alla eccellenza del risultato.

Livello aziendale

A tale livello deve essere previsto che sia oggetto di contrattazione la percentuale di incremento della remunerazione di alcuni obiettivi.

Deve invece essere oggetto di confronto aziendale:

- il numero di obiettivi di equipe e individuali da assegnare a ciascuno;
- i criteri specifici degli obiettivi verso cui deve essere prevista una miglioramento.

VALUTAZIONE

PROPOSTA

Anche in questo caso, al fine di evitare le fantasie attuative, i frequenti abusi e le disomogeneità esercitate al livello aziendale rispetto ai principi e norme del Ccnl e della legislazione vigente, sarebbe necessario spostare al livello di Ccnl nazionale l'individuazione dei criteri generali sottesi alla formulazione:

- **dei sistemi di valutazione** delle attività professionali, delle prestazioni e delle competenze organizzative dei dirigenti, nonché dei relativi risultati di gestione
- **del regolamento attuativo** deputato a individuare i meccanismi e strumenti di monitoraggio e di valutazione dell'attività professionale e gestionale.

ORARIO DI LAVORO

La normativa sull'orario di lavoro, introdotta dall'art. 27 del Ccnl 23.01.2024, ancor oggi risulta complessivamente soddisfacente.

Malgrado la chiarezza letteraria delle norme espresse in tale articolo, sono state però ripetutamente oggetto di interpretazioni fantasiose miranti a tentare di modificarne in modo unilaterale e penalizzante le modalità attuative.

Per questo motivo sarà necessario introdurre alcune precisazioni e correzioni normative per ricondurre il significato attuativo al dettato letterale del testo e possibilmente migliorarlo.

PROPOSTA 1

L'algoritmo necessario per il calcolo della retribuzione media pro capite annuale dovrà prevedere al numeratore solamente il fondo di risultato dell'anno di competenza contabile, al netto dei residui non spesi del fondo per gli incarichi, del fondo per particolari condizioni di lavoro e delle competenze per il pagamento delle certificazioni Inps dello stesso anno contabile e al numeratore il numero di tutti i dirigenti in servizio al 1° gennaio dell'anno di riferimento.

PROPOSTA 2

Il risultato ottenuto diviso 50 definirà il limite di eventuale eccedenza oraria individuale non programmabile, conseguente agli obiettivi di risultato e già retribuite dal premio correlato.

PROPOSTA 3

Nell'ipotesi che il limite massimo annuale di sommatoria di residui non spesi per il fondo per gli incarichi e per il fondo per le particolari condizioni di lavoro non sia rispettato, il limite massimo di eccedenza oraria, sopra definito nella sua quantità numerica, per lo stesso anno sarà ridotto del 20%.

ORARIO DI LAVORO PER ATTIVITÀ NON ASSISTENZIALE

L'orario di lavoro contrattuale, secondo il combinato disposto del dettato legislativo e contrattuale (art. 27 del Ccnl 23.01.2024), è deputato a soddisfare, oltre alle esigenze delle attività assistenziali, anche quelle conseguenti alle necessità dirigenziali e gestionali, all'aggiornamento continuo, alla partecipazione alle attività didattiche, alla ricerca finalizzata, ecc..

Questa pluralità di compiti, secondo lo stesso Ccnl, dovrebbe essere eseguita di norma nelle 38 ore contrattuali settimanali. A questo proposito lo stesso Ccnl riserverebbe alle attività assistenziali (cliniche) 34 ore o in alternativa 34 ore e 30 minuti settimanali e alle rimanenti attività non assistenziali, precedentemente enunciate le rimanenti 4 ore o 3 ore e 30 minuti.

Questa discrasia fra il dettato della normativa e la realtà esistente, spesso in conseguenza di disposizioni legislative, è diventata plateale nella sua gravità per i dirigenti del ruolo sanitario che hanno compiti anche gestionali e ancor più in particolare per quelli che hanno anche compiti istituzionali di ricerca quali ad esempio i Dirigenti del ruolo sanitario dipendenti degli Irccs e degli Izs e non solo loro.

In tali Istituti, la ricerca non è secondaria all'assistenza verso cui utilizzare l'orario contrattuale residuale, bensì per "mission" istituzionale ha pari dignità con i compiti clinici e pertanto la normativa contrattuale sull'orario di lavoro ne deve tenere conto.

PROPOSTA

Al fine di correggere questa inadeguatezza contrattuale, sarà necessario prevedere nel nuovo Ccnl due nuove condizioni oltre a quelle già presenti:

1. Per i Dirigenti del ruolo sanitario che hanno anche compiti istituzionali di ricerca quali ad esempio i dipendenti degli Irccs e degli Izs almeno n. 10 ore dell'orario settimanale da destinare ad attività non assistenziali fra cui in particolare quelle inerenti la ricerca; l'incremento di tale riserva di ore può essere deciso nelle sue dimensioni, previo confronto con le Organizzazioni Sindacali della dirigenza del ruolo sanitario al livello aziendale.
2. Per i Dirigenti del ruolo sanitario che hanno anche compiti direzionali e gestionali di particolare rilievo fino a 10

PROGETTO CONTRATTUALE 2022-2027

ore dell'orario settimanale possono essere destinati ad attività a tali compiti; i criteri generali a base della scelta di tale riserva di orario saranno oggetto di confronto con le Organizzazioni Sindacali della dirigenza del ruolo sanitario al livello aziendale.

ORARIO DI LAVORO PER LA FORMAZIONE

L'art. 27, comma 7 del Ccnl 23.01.2024 prevede che 4 o 3 ore e 30 minuti settimanali (se questa riduzione richiesta dall'azienda) siano riservata a compiti non assistenziali fra cui la formazione. Prevede altresì che tali ore siano cumulabili.

PROPOSTA

Dal momento che la formazione, sia per la dirigenza del ruolo sanitario e sia per le aziende sanitarie, ha un valore strategico fondamentale perché accresce le competenze professionali dei dirigenti dipendenti e di conseguenza il valore professionale dell'azienda, è necessario che attraverso il nuovo Ccnl si introducano condizioni normative che:

- facilitino l'utilizzo di tale riserva di ore per la formazione a prescindere dalle esigenze di servizio;
- permettano l'utilizzo di tali ore per la formazione anche all'esterno delle sedi istituzionali.

Dovranno comunque rimanere gli obblighi:

- alla programmazione preventiva di tali ore;
- dimostrazione oggettiva mediante attestazione formale che tali ore sono state utilizzate per la formazione professionale.



ORARIO DI LAVORO CONVENZIONALE

L'art. 27, comma 9 del Ccnl 23.01.2024 sancisce che ai fini di calcolo delle ferie e delle assenze dal lavoro a qualsiasi titolo, l'orario di lavoro debba essere articolato su cinque o sei giorni, con orario convenzionale rispettivamente di 7 ore e 36 minuti e di 6 ore e 20 minuti. Non definisce però chi debba fare questa scelta e i criteri generali su cui basarla.

Tale omissione ha creato al livello nazionale condizioni di scelte spesso difformi fra le diverse aziende ma anche al loro interno, palesi contrasti attuativi fra alcune norme contrattuali e ricadute spesso negative soprattutto sull'organizzazione del lavoro.

Sarà necessario correggere tale vulnus nel nuovo Ccnl.

PROPOSTE

Definire al livello del Ccnl:

- che la decisione in merito a quali Unità Operative e Servizi debbano avere l'orario convenzionale articolato su 5 o su 6 gg. della settimana debba essere presa dall'Azienda nella figura istituzionale del Direttore di Presidio;
- i criteri generali su cui basare la decisione devono essere:
 - presenza o meno di posti letto
 - giorni di apertura al pubblico dell'Unità Operativa o Servizio
 - orario di apertura al pubblico
 - attività specialistica eseguita
 - organizzazione delle guardie e pronte disponibilità.

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

Le attività diagnostiche e terapeutiche eseguite negli ospedali con il passare degli anni, sono state sempre più condizionate:

- dall'aumento della loro complessità tecnologica e procedurale;
- dai principi derivanti da evidenze scientifiche, miranti a migliorare le condizioni di lavoro e a ridurre la frequenza di eventi clinici avversi;
- dalla crescente riduzione degli organici di medici specialistici senza una contestuale riduzione dei servizi erogati.

PROPOSTE

In queste condizioni sarà necessario stabilire o al livello di Ccnl o al livello di Confronto Regionale obbligatorio i limiti massimi di carichi di lavoro delle seguenti attività disagiate.

Guardie della dirigenza medica e della dirigenza sanitaria

- Criteri generali su dove attuare la guardia medica e della dirigenza sanitaria, ove presenti, divisionale e dove quella interdivisionale;
- Numero massimi di posti letto serviti da una guardia divisionale
- Numero massimi di posti letto serviti da una guardia interdivisionale, individuati in rapporto alle specificità specialistiche, all'intensità di assistenza della tipologia di posti letto che la compongono, al posizionamento strutturale dei reparti interessati: in un unico monoblocco o in padiglioni staccati fra loro.

Pronte disponibilità

- Criteri generali su dove attuare la pronta disponibilità sostitutiva della guardia e dove quella integrativa della guardia medica.
- Condizioni che giustificano la deroga ai limiti massimi suddetti, limiti massimi temporali della deroga e tipologia di retribuzione in questi casi.

RETRIBUZIONE ATTIVITÀ IN CONDIZIONI DI LAVORO DISAGIATE E/O AGGIUNTIVE

Negli ultimi anni, la crescente carenza degli organici dei dirigenti del ruolo sanitario dipendenti delle Aziende per miopia programmatoria e di converso la crescente domanda di salute della popolazione, ha sempre più appesantito i carichi di lavoro di dei medici e sanitari e soprattutto il ricorso ad attività espletate in condizioni disagiate.

Questa situazione sta generando fenomeni di risposta estremi (alta frequenza di cessazione precoce dal lavoro) che solo recentemente ha cominciato a creare allarme sociale e nelle aziende che tentano di tamponare tale criticità con l'ulteriore accentuazione dei carichi di lavoro.

Questa miopia opportunistica del mondo politico e delle aziende è frenabile solamente mettendo un limite all'azione di sfruttamento economico e lavorativo dei dirigenti medici e sanitari mediante l'accentuazione significativa della retribuzione delle prestazioni aggiuntive, soprattutto quelle disagiate.

La richiesta di superamento di tali limiti dovrà avere una forte valorizzazione economica, dovrà essere finanziata dal bilancio aziendale (Libera professione in favore delle aziende) e sarà soggetto alla volontarietà del singolo dirigente.

Oltre il suddetto limite le prestazioni aggiuntive, soprattutto quelle disagiate, diventano volontarie e retribuite aggiuntivamente solamente.

Attività di lavoro in condizioni disagiate eseguite nel rispetto dei limiti contrattuali

PROPOSTE

Nel nuovo Ccnl si dovrà pertanto:

- **Affermare** con forza che qualsiasi attività aggiuntiva, richiesta o imposta dall'azienda attraverso piani di lavoro o ordini di servizio che determinino l'espletamento di orario di lavoro aggiuntivo a quello contrattuale, dovrà obbligatoriamente prevederne la retribuzione o il recupero delle ore in più lavorate.
- **Incrementare** l'indennità oraria di servizio notturno.
- **Omogenizzare** il valore economico dell'indennità di guardia notturna e diurna festiva per tutte le Unità Operative e Servizi a quello del Pronto Soccorso.
- **Introdurre** un ulteriore incremento dell'indennità di pronta disponibilità

nel suo valore nazionale compatibile con le risorse disponibili e ipotizzare eventuali ulteriori incrementi, su decisione del tavolo di contrattazione integrativa aziendale.

- **Introdurre** una indennità di chiamata in servizio durante pronta disponibilità.

Attività di lavoro in condizioni disagiate eseguite occasionalmente oltre i limiti contrattuali

PROPOSTE

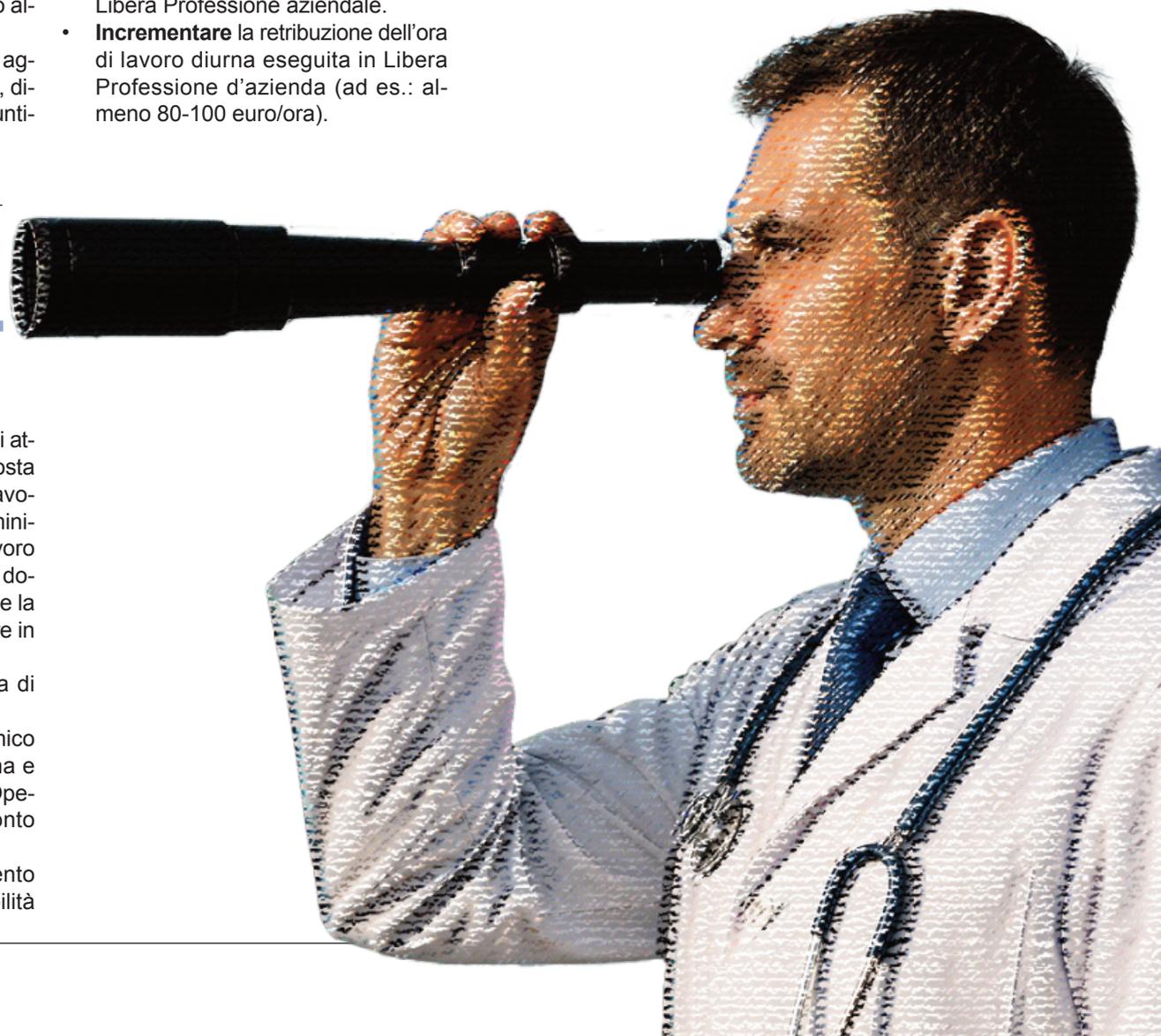
Per queste attività nel nuovo Ccnl si dovrà pertanto:

- **EsPLICITARE** che le attività di lavoro disagiate richieste occasionalmente dall'azienda oltre i limiti contrattuali possono essere eseguite solamente in Libera Professione d'Azienda.
- **Sancire** che anche per quest'ultime devono essere rispettate le norme sui riposi sancite da Dlgs 66/2003.
- **Incrementare** la retribuzione oraria della guardia notturna e turno di lavoro notturno e festivo diurno di 12 ore (ore comprese fra le 20 e le 8 del mattino), eseguita in libera professione d'azienda, al fine di renderla identica al valore economico dell'ora di lavoro diurna e feriali eseguita in Libera Professione aziendale.
- **Incrementare** la retribuzione dell'ora di lavoro diurna eseguita in Libera Professione d'azienda (ad es.: almeno 80-100 euro/ora).

ISTITUTO CONTRATTUALE DELLA SOSTITUZIONE

Due sono le condizioni di maggiore criticità attualmente presenti nell'attuazione dell'istituto che regola la sostituzione temporanea del dirigente del ruolo sanitario:

1. La sostituzione della posizione di direzione di Uoc responsabile di Uosd in caso di cessazione dal servizio. In questo caso la normativa contrattuale vigente in materia di sostituzione di apicali in caso di cessazione dal servizio, definisce in modo preciso la temporaneità di tale sostituzione, la sua durata temporale massima e l'entità economica dell'indennità di sostituzione. Malgrado ciò, le Aziende negli ultimi anni hanno abusato di tale istituto contrattuale, ritardando a scopo di risparmio la nomina del nuovo apicale, prolungando in alternativa oltre i limiti la sostituzione temporanea di questo da parte di dirigenti in servizio, con conseguente sovraccarico di lavoro per lungo tempo per il sostituto.
2. La sostituzione di un dirigente del ruolo sanitario in caso di maternità. In questo caso la normativa contrattuale vigente (art. 16 del Ccnl 1996, corretta dall'Accordo Nazionale del



PROGETTO CONTRATTUALE 2022-2027

5. 8. 1997) prevede solamente la possibilità per le aziende di sostituire la dirigente in maternità.

La mancanza dell'obbligatorietà ha spinto quasi sempre le aziende alla non sostituzione con aggravio dei carichi di lavoro degli altri dirigenti e criminalizzazione indiretta della gravidanza.

Il Ccnl dovrà ostacolare questo abuso e/o omissioni da parte delle aziende.

Nostri indirizzi

Assenza per cessazione o aspettativa o distacco temporaneo del Direttore di UOC o Responsabile di UOSD

- Il nuovo Ccnl dovrà prevedere:
 - l'equiparazione dell'indennità di sostituzione all'intero importo dell'indennità di direzione di Uoc;
 - l'equiparazione della retribuzione di posizione complessiva e di risultato a quella dovuta per la direzione di quella Uoc dalla graduazione delle posizioni;
 - esplicitazione che ambedue gli incrementi sono dovuti per tutti i periodi di sostituzione successivi al primo semestre, in modo indipendente dalla durata della sostituzione da parte del singolo dirigente;
- Il nuovo Ccnl dovrà prevedere le medesime condizioni normative per la sostituzione dei responsabili di Uosd, rapportando l'importo economico a quello percepito dalla retribuzione accessorio di tale posizione.
- La contrattazione nazionale dovrà sancire che, in ambedue i casi:
 - la sostituzione, in prima istanza, dovrà essere effettuata con dirigenti appartenenti alla stessa Uoc o Uosd in possesso della posizione di responsabile di struttura semplice o incarico di alta professionalità. In assenza di dirigenti con le suddette caratteristiche si potrà procedere a una selezione di dirigenti appartenenti ad altre strutture appartenenti allo stesso dipartimento e alla stessa disciplina;
 - i costi maggiori della sostituzione dopo il primo semestre sono integralmente a carico del bilancio aziendale.

Assenza per maternità

- Il nuovo Ccnl dovrà prevedere l'obbligatorietà alla sostituzione della dirigente del ruolo sanitario in maternità con altro dirigente assunto a tempo determinato.



ATTIVITÀ DIDATTICA E TUTORAGGIO

Attività didattica

Uno degli obiettivi da perseguire con il nuovo Ccnl dovrà essere la definizione di una giusta remunerazione dell'attività didattica (didattica frontale), correggendo il dettato previsto all'art. 96, co. 5, lett. B del Ccnl 19.12.2019.

In tale dettato è prevista che la remunerazione per l'attività didattica sia:

- svolta fuori dall'orario contrattuale = euro 25,82 lorde ora;
- all'interno dell'orario contrattuale = euro 5,16 lorde ora.

Lo stesso dettato prevede anche che la spesa per tale attività sia caricata sul fondo contrattuale per particolari condizioni di lavoro.

Tali disposizioni si ritengono fortemente inadeguate ed è errata la loro imputazione al suddetto fondo contrattuale.

PROPOSTA

Nel calcolare il valore economico, se espletate al di fuori dell'orario contrattuale, si deve tener conto che il tempo dedicato a tale attività non è solo quello consumato con la didattica ma anche quello necessario per la preparazione di

questa.

Il valore dell'ora di lezione e del tempo di preparazione di questa non può valere meno sia dell'ora in L. P. Aziendale e sia addirittura del valore economico dell'ora di lavoro straordinario!

Si propone pertanto ai fini della retribuzione che:

- a ogni ora di lezione siano aggiunti almeno 30 minuti di preparazione della lezione (unità tempo complessivo didattica);
- ogni unità di tempo complessivo di didattica abbia lo stesso valore retributivo di 1,5 ore di L. P. aziendale.

Per quanto poi riguarda l'imputazione della spesa, si fa presente che:

- la legislazione nazionale vigente affida la formazione completamente all'Università;
- l'attività didattica delle scuole di specializzazione medica è anch'essa affidata all'Università (Legge 389/1999).

La stessa Legge e il Decreto Interministeriale 4 febbraio 2015 n. 68 sanciscono che l'Università, per effettuare l'attività didattica nei corsi di laurea e nelle Scuole di specializzazione, può ricorrere alla Rete Formativa costituita dalle strutture:

- di sede della Scuola di specializzazione a direzione universitaria;
- di supporto alla di sede della Scuola, che concorrono al completamento della rete formativa e sono della



ATTIVITÀ DI TUTORAGGIO FORMATIVO

Le disposizioni legislative vigenti prevedono ultimamente l'esistenza di percorsi di apprendimento specialistico del "saper fare" all'interno degli ospedali per gli specializzandi durante il loro corso di specializzazione e per gli specializzandi dell'ultimo e penultimo anno di specializzazione, assunti nelle aziende sanitarie con contratti a tempo determinato di "formazione lavoro".

Le medesime Leggi prevedono che nei rispettivi percorsi di formazione siano presenti due tipologie di "tutor":

- il **"tutor certificativo"** che ha compiti di supervisione e di certificazione dell'espletamento del percorso formativo e della sua correttezza attuativa; questo può essere solamente il direttore del reparto a cui è stata affidata la didattica del "saper fare";
- i **"tutor attuativi"** che dovranno essere i dirigenti del ruolo sanitario del reparto che hanno superato la verifica professionale prevista dal Ccnl dopo i primi 5 anni di servizio e che dovranno affiancare continuamente lo specializzando dei primi anni o quello degli ultimi anni, assunto con contratto di formazione lavoro.

PROPOSTA

Nel primo caso, il compito di tutoraggio certificativo del direttore del reparto della didattica del "saper fare" dovrà essere retribuito aggiuntivamente mediante la previsione di un'indennità specifica di alme-

no 300 euro lorde mese il cui costo dovrà essere attribuito all'Università, essendo un compito di sorveglianza e certificazione in nome e per conto della stessa. Nel secondo caso, dal momento che l'organizzazione dei reparti impedisce di norma l'attribuzione a un singolo tutor, di necessità dovrà essere attuato un tutoraggio diffuso che preveda il concorso di tutti i dirigenti del ruolo sanitario del reparto che abbiano superato la verifica professionale prevista dopo i primi 5 anni di servizio. Tale tutoraggio diffuso (insegnamento continuo del "saper fare") dovrà anche in questo caso essere retribuito aggiuntivamente mediante la previsione di un'indennità specifica di almeno 200 euro lorde mese il cui costo dovrà essere attribuito all'Università, essendo anche in questo caso un compito effettuato in nome e per conto della stessa l'affiancamento continuo di ciascun specializzando possa essere attribuito a un singolo tutor. I compiti di tutoraggio per i suddetti dirigenti, sia nel primo che nel secondo caso, si aggiungono a quelli ordinari istituzionali accentuando i rispettivi carichi di lavoro e di responsabilità.

WELFARE AZIENDALE

Uno degli obiettivi da perseguire con il nuovo Ccnl dovrà essere quello di creare condizioni di benessere lavorativo che favoriscono in modo costruttivo il doppio ruolo di lavoratore (nel nostro caso di dirigente del ruolo sanitario) e di genitore soprattutto nei primi anni di vita dei figli.

PROPOSTA

All'interno del welfare aziendale, deve essere prevista l'istituzione all'interno degli ospedali o in ambienti vicini ad esso di un asilo nido a disposizione dei figli dei dipendenti fino all'età di 3 anni di vita. Ai costi di tale asilo dovranno partecipare in parte i dipendenti che ne usufruiscono mediante rette calmierate in rapporto proporzionale al reddito familiare.

L'organizzazione e l'attivazione di tali asili nido dovrà arrivare a compimento entro un anno dalla firma del Ccnl.

In sede di contrattazione aziendale devono essere concordati:

- i criteri di diffusione di tali asili;
- gli orari di funzionamento;
- i criteri di costruzione delle tariffe e di partecipazione dell'Azienda e dei dipendenti.

stessa specialità della struttura di sede e convenzionate con la Scuola di specializzazione;

- complementari pubbliche o private, di specialità diversa da quella della struttura di sede, con le quali devono essere stipulate specifiche convenzioni.

Lo stesso Decreto Interministeriale n. 68/2015 sancisce la possibilità che i medici ospedalieri partecipino alla didattica nella Rete formativa delle Scuole di Specializzazione e il Dlgs 517 di fatto sancisce che l'Università per avere prestazioni di didattica a suo favore da parte dei medici del SSN deve pagare.

Da tutto ciò ne deriva pertanto che:

- la spesa per tale retribuzione deve essere a carico del bilancio aziendale, in quanto Dirigenti del Ssn. dipendenti dell'Azienda a cui è stata richiesta una attività aggiuntiva dalla stessa Azienda;
- il costo di tale attività sarà imputato poi all'Università, avendo quest'ultima stipulato una convenzione con l'Azienda per la didattica, in ottemperanza del dettato del Dlgs 517/1999.

PROGETTO CONTRATTUALE 2022-2027

DIRIGENZA SANITARIA NELLE ARPA

Nel prossimo Ccnl sarà necessario porre all'attenzione la questione della Dirigenza Sanitaria nelle Arpa, la cui consistenza numerica, nel corso degli anni, è andata assottigliandosi, a seguito della scelta delle Direzioni Generali delle Arpa di sotto inquadrate i laureati in biologia, chimica e fisica nel comparto o al massimo inquadrando nel ruolo tecnico come Dirigenti Ambientali.

A quest'ultimi, poi, dallo scorso anno, viene applicato il contratto dell'Area delle Funzioni locali.

È necessario pertanto, sia a livello legislativo che contrattuale, riportare i laureati delle "professioni sanitarie" (biologi, chimici e fisici) all'interno del ruolo sanitario.

A quest'ultimi, poi, dallo scorso anno, viene applicato il contratto dell'Area delle Funzioni locali.

È necessario pertanto, sia a livello legislativo che contrattuale, riportare i laureati delle "professioni sanitarie" (biologi, chimici e fisici) all'interno del ruolo sanitario.

PROPOSTE

Legislative

L'introduzione delle lauree brevi ha creato importanti anomalie nei sistemi di arruolamento dei dirigenti sanitari nel Ssn e nelle Arpa

Nel Sistema Nazionale della Protezione Ambientale (Snpa) si potrebbe prevedere, in deroga a quanto avviene nel Ssn, un percorso diversificato per i laureati sanitari che comunque garantirebbe loro la possibilità di una progressione di carriera fino ai livelli dirigenziali e successivamente in linea con quelli del Ssn.

Si permetterebbe d'altro canto la permanenza anche nel Snpa della dirigenza sanitaria, ora fortemente minacciata.

Contrattuali

Un'ipotesi di lavoro da concretizzare nella prossima trattativa nazionale potrebbe essere la seguente:

a. Nel Snpa i laureati triennali con lauree sanitarie (biologi, chimici, fisici) potrebbero essere assunti nel comparto come una nuova figura di CS (Collaboratori con laurea Sanitaria) e inquadrati al pari dei tecnici della pre-

venzione del Ssn. Gli stessi non possono essere obbligati all'iscrizione all'ordine professionale e quindi non possono espletare le funzioni che prevedono l'obbligo di tale iscrizione.

b. I dirigenti con laurea sanitaria non possono essere inquadrati nel profilo tecnico di dirigente ambientale ma solo nel profilo sanitario come dirigente sanitario. Solo tali dirigenti possono essere obbligati all'iscrizione agli specifici albi professionali e quindi legittimati appieno a svolgere le funzioni proprie della professione;

c. In via transitoria per le prime applicazioni e al fine del corretto inquadramento dei laureati sanitari nella dirigenza sanitaria si deve prevedere l'espletamento di concorsi pubblici per dirigente sanitario con riserva del 50% dei posti per interni per i dirigenti ambientali e per i Ctp con laurea sanitaria in servizio anche in soprannumero sulla dotazione organica preesistente;

d. A tali concorsi possono partecipare i laureati sanitari in possesso di laurea magistrale o di laurea specialistica e della specializzazione e in prima applicazione anche i laureati sanitari privi di specializzazione ma con almeno 10 anni di anzianità di servizio di ruolo o con incarichi a tempo

determinato anche non continuativi in Arpa.

e. Sempre in prima applicazione per i dirigenti ambientali il servizio prestato nelle Arpa, con esclusione di quello già valutato come sostituzione del requisito della specializzazione, è valutato per intero, se svolto nella qualifica di dirigente ambientale, o per un terzo se come Ctp sia ai fini della carriera che della progressione economica (es. il dirigente con 3 anni da dirigente ambientale e 6 da Ctp acquisisce 5 anni di anzianità nella nuova posizione di dirigente sanitario).

Andrebbe infine esplicitata l'equiparazione della dirigenza sanitaria nelle Arpa con la dirigenza sanitaria del Ssn inserendo una frase di questo tipo: *"Limitatamente alle funzioni delle Arpa/Appa, finalizzate alla collaborazione con il Ssn per il raggiungimento dei Lea e per il supporto al controllo delle situazioni di emergenza sanitaria e pandemica, le suddette Agenzie ambientali devono essere considerate a tutti gli effetti facenti parte del Servizio Sanitario Nazionale. Pertanto tutte le disposizioni legislative, amministrative e contrattuali che interessano la dirigenza sanitaria degli Enti del Ssn si applicano anche alla stessa dirigenza delle Agenzie ambientali."*

Manutenzione delle norme contrattuali vigenti

Con il prossimo Ccnl si dovrà eseguire anche un'accurata manutenzione delle norme contrattuali presenti nel Ccnl 23.01.2024 al fine di:

- **aggiornare** dove necessario il dettato normativo alle disposizioni legislative vigenti;
- **correggere** gli eventuali errori o omissioni presenti;
- **rendere** maggiormente comprensibili il testo delle norme contrattuali presenti.



CAMPAGNA ISCRIZIONI ANAAO ASSOMED 2025



ANAAO È MIGLIAIA DI CAMICI. INCLUSO IL TUO.

Lavoriamo ogni giorno
per sostenere la sanità pubblica,
e tutelare dirigenti medici e
sanitari, specializzandi e studenti.

ISCRIVITI ALL'ANAAO ASSOMED

www.anaao.it

**PIÙ FORZA.
PIÙ VOCE.
PIÙ FUTURO.**

ANAAO  **ASSOMED**

CAMPAGNA ISCRIZIONI ANAAO ASSOMED 2025

POLIZZA RC COLPA GRAVE

Valida per tutti i
Dirigenti Medici,
Dirigenti sanitari
e assunti con
Decreto Calabria

GRATIS PER
I NUOVI ISCRITTI

ASSILEGAL

Network di
assistenza legale
per la malpractice
medica

GRATIS PER
GLI ISCRITTI

POLIZZA TUTELA LEGALE

Scegli il legale per
difenderti in ambito
penale, civile
e contrattuale

GRATIS PER
GLI ISCRITTI

UFFICIO LEGALE

Esperti qualificati
per risolvere le
controversie legali
o contrattuali

GRATIS PER
GLI ISCRITTI

AGGRESSIONI

Polizza AmTrust
per difendersi
dalle aggressioni

GRATIS PER
GLI ISCRITTI

CYBER- SECURITY

Per proteggere
i dati personali
dagli attacchi
informatici

TARIFFE PROMO
PER GLI ISCRITTI

ECM/FAD

Con la Fondazione
Pietro Paci un
provider di qualità
per la formazione

GRATIS PER
GLI ISCRITTI

TUTTI I SERVIZI RISERVATI AGLI ISCRITTI



SPECIALIZZANDI E NEOLAUREATI

Polizze
Responsabilità
Civile Professionale
e Tutela Legale

TARIFFE PROMO
PER GLI ISCRITTI



**ANAAO È MIGLIAIA DI CAMICI.
INCLUSO IL TUO.**

ISCRIVITI ALL'ANAAO ASSOMED

Qui tutti i nostri
contatti per trovare
la risposta sindacale
di cui hai bisogno!



**PIÙ FORZA.
PIÙ VOCE.
PIÙ FUTURO.**

